

**REVISIÓ SISTEMÀTICA DELS TRACTAMENTS  
PER AL TRASTORN D'IDENTITAT DISSOCIATIU**  
*EFFECTIVENESS OF TREATMENT METHODS  
FOR DISSOCIATIVE IDENTITY DISORDER:  
A SYSTEMATIC REVIEW*

*Núria Melià Martín\**

---

doi: 10.7203/anuari.psicologia.15.2.117

---

**Resum**

La finalitat d'aquesta revisió sistemàtica va ser determinar l'eficàcia dels mètodes terapèutics per al Trastorn d'Identitat Dissociatiu (DID), en què es diferencia entre tractament psicoterapèutic i farmacològic, així com el tractament per a pacients amb comorbiditat. D'un total de 1.209 referències obtingudes a la base de dades *PsycInfo*, s'hi seleccionaren 15 estudis a partir dels criteris de selecció establerts prèviament. Un dels estudis s'ha obtingut a la base de dades *Web of Science*. Els criteris seguits per seleccionar els articles són aquells amb pacients adults diagnosticats de DID que rebien alguna o ambdues modalitats terapèutiques esmentades més amunt, i foren rebutjats aquells que es limitaven a descriure el trastorn o els pacients del qual presentaven trastorns no dissociatius (amb excepció de comorbiditat). En revisar els diversos estudis, es va concloure que el Model de les 3 Fases (Herman, 1992) integra gran part dels mètodes i tècniques necessàries per a un tractament òptim del Trastorn d'Identitat Dissociatiu. No obstant això, cal tenir en compte dos factors. D'una banda, la funció del tractament farmacològic com a solució a símptomes associats i no per al Trastorn *per se*. D'altra, les particularitats que implica el tractament dels pacients amb trastorns comòrbids a més del DID.

*Paraules clau: Trastorn d'Identitat Dissociatiu, DID, psicoteràpia, farmacoteràpia; alters, hipnosi, model de les 3 fases, recuperació de records.*

\* Correspondència: <memarnu@alumni.uv.es>. Universitat de València.

## Abstract

*The aim of this systematic review was to determine the effectiveness of therapeutic methods for Dissociative Identity Disorder (DID), differentiating between psychotherapy and drug therapy, as well as treatment for comorbid patients. From a total of 1,209 bibliographic references found in PsycInfo data base, 15 conform with the selection criteria. One of the articles has been found in Web Of Science data base. The selection criteria to select the studies were those which adult patients had been diagnosed with DID, and they receive one or both treatment modalities.*

*Those studies that only described the disorder or which patients were diagnosed with other non-dissociative disorders were rejected (with the exception of comorbidity). As of the review of the selected studies, the conclusion was that the Three-Stage Model (Herman, 1992) integrates most of necessary methods and techniques for an optimal treatment for Dissociative Identity Disorder. However, it is necessary to consider two factors. On the one hand, the function of drug therapy as a solution for associated symptoms and not for the Disorder itself. On the other hand, the special features that treatment for comorbid patients involve.*

Key words: Dissociative Identity Disorder, DID, psychotherapy, drug therapy, alters; hipnosis, Three-Phase Model, abreaction.

## Introducció

En un sentit general, entenem el concepte «dissociació» com una absència de connexió entre fenòmens prèviament relacionats, és a dir, es mostren uns pensaments disgregats, a més d'una desintegració dels processos cognitius, la qual cosa provoca una incoherència entre la consciència i identitat pròpies. Així doncs, podem concloure que la característica essencial dels trastorns dissociatius consisteix a una alteració de les funcions integradores de la consciència, la identitat, la memòria i la percepció de l'entorn (Hales, 2002).

Segons la classificació donada per la cinquena versió del Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (DSM-V), existeixen cinc trastorns inclosos dins la categoria de Trastorns Dissociatius. En primer lloc, al Trastorn d'Identitat Dissociatiu s'identifica una pertorbació de la identitat determinada per dos o més estats de personalitat ben definits. Segon, l'amnèsia dissociativa es caracteritza per una incapacitat per recordar informació personal rellevant, generalment de naturalesa traumàtica o estressant, que es considera incompatible amb un oblit ordinari.<sup>1</sup> Tercerament, s'entén per trastorn de despersona-

1. En la classificació del DSM-V, la Fuga Dissociativa s'inclou al trastorn de l'Amnèsia dissociativa, en què s'hauria d'especificar si aquesta ve acompanyada de la primera.

lització/desrealització la presència d'episodis recurrents d'alguna de les dues alteracions; la despersonalització es caracteritza per episodis d'irrealitat, distanciament o sensació d'observador extern quant als propis pensaments, sentiments, sensacions, accions o inclús el propi cos, i en la desrealització, per la seua banda, aquestos episodis d'irrealitat corresponen a l'ambient del subjecte. En una quarta classificació estarien incloses aquelles manifestacions dissociatives que generen un malestar clínicament significatiu o que generen un deteriorament en els àmbits social, laboral o d'altres en el pacient, però que en canvi no compleixen alguns dels criteris diagnòstics que corresponen a cap dels trastorns esmentats en aquesta secció. Per últim, per la seua banda el trastorn dissociatiu no especificat es diferencia de la classificació anterior, la qual feia referència a un trastorn dissociatiu especificat, en què en aquest cas no es compleixen tots els criteris diagnòstics de cap dels trastorns dissociatius.

Ens centrarem en aquest cas en la primera de les classificacions esmentades: el Trastorn d'Identitat Dissociatiu.<sup>2</sup> Aquest trastorn, el qual ja ha estat introduït al paràgraf anterior, està caracteritzat per l'existència de dos o més estats de personalitat ben definits que provoquen una pertorbació en la identitat del pacient. Aquesta pertorbació implica una discontinuïtat del *jo* i el sentit propi d'entitat, la qual ve acompanyada per alteracions en l'afecte, la conducta, la consciència, la memòria, la percepció, el coneixement, a més del funcionament tant a nivell sensorial com motor. D'altra banda, en els pacients amb aquest trastorn es dóna una sèrie de lapsus de memòria referents a la memòria autobiogràfica o esdeveniments traumàtics, però que no poden ser explicats per un oblit comú; a més, els símptomes generen al subjecte un malestar significatiu a nivell clínic i un deteriorament en distints àmbits de la seua vida. Quant a l'etiologia dels símptomes, aquests no poden atribuir-se als efectes fisiològics derivats del consum d'alguna substància o d'una malaltia mèdica (APA, 2013).

Cadascun dels estats de personalitat que conformen l'eix d'aquest trastorn s'entén com a una història personal, identitat, imatge o inclús nom distints. Hi sol haver una personalitat primària que correspon al nom del pacient, la qual normalment és de caràcter depressiva, dependent, passiva i culpable. Per la seua banda, els *alters* es diferencien d'aquesta personalitat primària quant a noms i trets, i poden inclús distingir-se entre sí en aspectes com poden ser l'edat, el sexe o l'estat d'ànim<sup>3</sup> (Hales, 2002).

2. En referències posteriors, emprarem les sigles DID, les quals representen el nom en anglès del trastorn: *Dissociative Identity Disorder*.

3. El terme *alters* s'utilitzarà en repetides ocasions per fer referència a les distintes identitats o estats de personalitat que es presenten en un pacient amb Trastorn d'Identitat Dissociatiu.

El DID implica determinades alteracions a distints nivells en l'individu que el pateix. Quant a l'aspecte cognitiu, el trastorn afecta a la memòria quant a la incapacitat d'evocar informació biogràfica, a més d'una dificultat per integrar diversos aspectes de la identitat, la memòria i la consciència. En el camp afectiu, l'individu presenta una personalitat amb sentiments deprimits i de culpabilitat, acompanyada d'altra de caràcter més hostil; a més, mostra símptomes relatius a un trastorn d'estrès posttraumàtic. Existeix un control conductual del subjecte per part d'un o més *alters*, a part d'un comportament dependent, d'una banda, i agressiu i impulsiu, d'altra. Així també, l'individu sol recórrer a l'autolesió i intents de suïcidi, a més de posseir un patró conductual en què les relacions estan protagonitzades per abusos sexuals i físics. Per últim, el Trastorn implica conseqüències a nivell físic, entre les quals s'inclouen l'alta probabilitat del pacient a entrar en un estat d'hipnosi, a més de conversió, dissociació, i una variació de les funcions biològiques en cada identitat (Marín, Páez i Robles, 2011).

El tractament per al Trastorn d'Identitat Dissociatiu ha estat derivat del proposat inicialment per Judith L. Herman en la seua obra *Trauma and Recovery* (1992), el qual estava inicialment dirigit a persones a què pot considerar-se «supervivents» d'un trauma. Aquest model consta de tres fases: una primera fase d'establiment de seguretat, on la intenció es reconstruir la confiança del pacient amb la resta mitjançant una aliança terapèutica ferma; la segona fase s'anomena de rememoració i dol, que es caracteritza pel relat del pacient de la seua experiència traumàtica completa, i on el terapeuta representa un rol de testimoni i aliança; l'última de les fases és la de reconnexió del pacient amb el seu entorn, i és en la qual aquest es reconcilia amb el seu passat i repudia aquells aspectes que tenia imposats arran el trauma.

Ross (1997) fa referència a aquest model terapèutic, i n'afegeix una fase final de post-integració. Abans de procedir amb la descripció d'aquestes fases, cal tenir en compte que el tractament del Trastorn ha d'estar basat en els principis de psicoteràpia, és a dir, la presa de consciència de què s'està tractant a una persona, la qual cosa implicarà un rebuig automàtic d'aquelles intervencions que no la facen millorar per molt exitoses que siguen, a més de dirigir la teràpia cap a la cura del trastorn i no a la seua pal·liació. El tractament mèdic, per la seua banda, suposa un avantatge quant a la valoració dels problemes físics del pacient amb el Trastorn, malgrat no resultar massa rellevant. No obstant això, els fàrmacs poden ser útils en la fase intermèdia del tractament.

Un cop introduïdes, procedirem amb l'exposició de les distintes fases del tractament per al Trastorn referint en primer lloc a la fase inicial, abans la qual el pacient normalment ha estat involucrat en el sistema de salut mental, a més d'haver treballat amb altres terapeutes. La fase en qüestió s'enceta amb una avaluació inicial, en què s'inclouen tasques com la realització del diagnòstic i compartir-lo amb el pacient, educar-lo sobre la dissociació i l'abús, proposar

una meta d'integració total, negociar un contracte d'intervenció, fer saber els *alters* que pertanyen a un mateix cos, establir una aliança terapèutica inicial, i començar amb una esquematització del sistema (Ross, 1997).

La fase intermèdia implica la dolorosa evocació de records referents als abusos soferts durant la infància. És en aquesta part on es dona un augment de la comunicació i cooperació interpersonals, així com un desmantellament de les barreres que produeix l'amnèsia, i, en ocasions, la integració dels *alters*. La fase final de pre-integració, per la seua banda, és menys intensa. Inclou una revisió del treball realitzat, negociacions finals entre els diferents *alters* i un desenvolupament d'habilitats i relacions noves (Ross, 1997). Ambdues fases solen referir-se conjuntament, de la mateixa manera que els mètodes que s'hi empren, els quals enumerem a continuació (Ross, 1997):

- a) *Reconstrucció de records traumàtics o abreacció*.<sup>4</sup> Pot entendre's com una via mitjançant la qual el pacient converteix els records i els sentiments en conductes manifestes.
- b) *Activitats amb alters infantils congruents amb la seua edat*. Estos estats de personalitat normalment posseeixen una comprensió més madura i completa del sistema de personalitat de la que presenta la personalitat primària a l'inici de la teràpia.
- c) *Treballar amb alters agressius i assetjadors*. Aquest mètode pot resultar exigent, emocionalment estressant, i perillós. Per la seua banda, se sol poder formar una aliança terapèutica amb els *alters* agressius, a més de poder-ne aconseguir una integració estable.
- d) *Reestructuració cognitiva*. Basada en la teràpia cognitiva per a l'ansietat i la depressió (Beck et al., 1976, 1985).
- e) *Negociar amb les distintes personalitats*. Es tracta d'analitzar el sistema de personalitat del pacient, identificar-ne els conflictes i problemes específics, i negociar solucions amb els *alters* involucrats.
- f) *Ús de metàfores, rituals, imatgeria i somnis*. Dóna la possibilitat d'aportar dades des del camp de la memòria falsa, on pot haver distints tipus de vincles neuropsicològics entre l'abús, la dissociació i la imaginació visual.
- g) *Hipnosi*. Generalment s'utilitza tant per accedir a les distintes personalitats, com per a reduir l'impacte dels records traumàtics evocats.

4. Terme en anglès: *abreaction*. Procés mitjançant el qual es guia al pacient a través d'episodis curts, però intensos, en què s'evoquen aspectes dissociatius d'un record traumàtic, es recreen i apareixen conjuntament els distints *alters*, i proporcionen informació sobre els fets (Hart & Boon, 1997).

- h) *Progressió i regressió de l'edat dels alters*. Realitzada a partir d'un ritual hipnòtic.
- i) *Exercicis d'escriptura*. Comunament proporcionades pel propi subjectes, referents a les pròpies vivències, el dia a dia.
- j) *Ús de materials audiovisuals*. Emprats, d'una banda, per adquirir mitjançant gravacions material que puguin servir futurament per a la millora del diagnòstic i el tractament del Trastorn. D'altra, proporcionar informació al pacient sobre tècniques de relaxació, instruccions per a millorar la son, i millora dels símptomes.
- k) *Tractament farmacològic*. Cal destacar que els fàrmacs no suposen una cura per al DID *per se*, sinó que en redueixen la simptomatologia associada, com ara depressió, ansietat o insomni (Ross, 1997).

Entre els fàrmacs emprats actualment, s'inclouen: **(1)** *antidepressius i ansiolítics*, per tractar símptomes comòrbids, estabilitzar l'estat d'ànim, i reduir els símptomes intrusius, l'hiperarousal i l'ansietat; **(2)** les *benzodiazepines*, emprades amb precaució poden reduir l'ansietat, en cas contrari pot exacerbar la dissociació; **(3)** *bloquejadors beta i clonidina*, amb funcions anàlogues al primer grup (en excepció dels símptomes comòrbids); **(4)** *antipsicòtics atípics*, per estabilitzar l'estat d'ànim, i minvar tant l'ansietat apabullant com els símptomes intrusius; **(5)** el *prazosin* redueix els malson; **(6)** la *carbamazepina i altres estabilitzadors de l'estat d'ànim* disminueixen l'agressió, els símptomes intrusius i l'hiperarousal; i per últim, el **(7)** el *naltrexone* redueix el comportament autolesiu (Gentile et al., 2013).

La teràpia electroconvulsiva (TEC) de vegades és prescrita per a pacients del Trastorn amb símptomes depressius, però no en pacients únicament amb DID.

No hi ha, però, estudis controlats sobre l'ús de qualsevol fàrmac en el Trastorn d'Identitat Dissociatiu, la qual cosa implica la inexistència de bases científiques rigoroses sobre la prescripció d'aquests per als pacients amb DID (Ross, 1997).

#### l) Hospitalització.

Per comprendre l'última fase, cal tenir en compte els distints significats del terme «integració». D'una banda, s'entén com un procés que té lloc al llarg de la teràpia i durant els anys posteriors; d'altra, cal que es conceba com a una fusió, un esdeveniment discret que pot produir-se en un moment determinat, en què dos o més *alters* es fusionen per formar una única entitat. Existeix, però, la possibilitat de què la integració es done espontàniament, d'un mode deliberat pel propi pacient, o a través d'un ritual guiat pel terapeuta. Aquest ritual d'integració no suposa la fi de la teràpia, sinó més bé l'acabament d'una etapa que

en dona inici a altra, un procés en què els distints *alters* han après a funcionar conjuntament en benefici d'un organisme únic. En la part de post-integració, la majoria del treball realitzat posseeix un caràcter educatiu i de suport, on s'inclouen estratègies de resolució de problemes. Si un pacient presenta un trastorn d'estrès posttraumàtic, malgrat haver estat aparentment integrat, suposaria un indicatiu sobre l'existència d'altre estrat d'*alters*, i, en conseqüència, d'un trauma més llunyà (Ross, 1997).

Aquesta revisió sistemàtica estarà orientada a revisar l'evidència existent sobre els tractaments emprats sobre el Trastorn d'Identitat Dissociatiu. Les variants terapèutiques que s'han trobat als estudis de cas analitzats consisteixen tant a psicoteràpia com a farmacoteràpia, a més d'un tractament combinat d'ambdues modalitats.

## **Mètode**

### ***Estratègia de recerca***

Els estudis seleccionats han estat publicats en diferents revistes científiques, datats entre el 1984 i el 2013, i escrits en llengua anglesa, a més d'estar centrats en el tractament del Trastorn d'Identitat Dissociatiu, el qual inclou la psicoteràpia i, en alguns casos, el tractament farmacològic. La recerca de la literatura es va dur a terme a través de la base de dades *PsycInfo*, i es van emprar els termes següents: (*Dissociative Disorders OR Dissociative Identity Disorder*) AND (*Intervention OR Treatment OR Psychotherapy*).

Arran la recerca realitzada, es van obtenir 1209 referències en la base de dades esmentada. En restaren 887 després d'aplicar distints filtres relacionats amb els criteris de selecció. A partir de refinar novament la recerca, la base de dades va mostrar 98 articles, de què se'n van reduir a 25 en llegir-ne el resum i el títol, i entre aquests, es van seleccionar finalment 15 en funció de la seua disponibilitat.

Un dels estudis es va obtenir arran la recerca a la base de dades *Web Of Science*.

### ***Criteris de selecció***

En aquest treball s'han considerat aquells estudis de cas únic que presentaven pacients adults (+18 anys) diagnosticats de DID, i que rebien alguna o totes les modalitats esmentades de tractament (psicoteràpia, farmacoteràpia o ambdues).

Es descarten aquells estudis els pacients dels quals presenten trastorns diferents al DID, en excepció de la comorbiditat, així com aquells que es limiten a descriure el Trastorn.

Ha estat necessari realitzar una inclusió més flexible de determinats estudis. Els pacients de tres d'aquests estudis presenten comorbiditat amb altres trastorns: el publicat per DeBattista et al. (1998), les pacients del qual presenten un trastorn comòrbid de Depressió Major i en què es determina l'eficàcia de la Teràpia Electro-Convulsiva en ambdós trastorns; el treball de Lakshmanan et al. (2010), on el pacient observat presenta una relació entre el DID i el Trastorn Bipolar; i, per últim, Shusta (1999) mostra al seu estudi un pacient amb un Trastorn Obsessiu Compulsiu (TOC) refractari junt al DID.

### *Codificació dels estudis*

Variabls sobre les característiques dels estudis:

- a) País en què s'ha desenvolupat l'article.
- b) Nombre de casos per estudi.
- c) Disseny de l'estudi.

Variabls relacionades amb el tractament:

- a) Tipus.
- b) Duració.
- c) Eficàcia terapèutica.

Variabls relacionades amb els pacients:

- a) Sexe.
- b) Edat mitjana.
- c) Diagnòstic.
- d) Síntomes o manifestacions.
- e) Nombre mitjà d'*alters* per pacient.

## **Resultats**

### *Característiques dels estudis*

A la taula 1 es mostren en detall les característiques principals dels diferents estudis. No s'han extret les característiques dels estudis de Gentile et al. (2013) i el de Şar (2014), malgrat que sí descriuen casos de pacients amb DID, per què s'han emprat únicament per descriure els mètodes terapèutics actuals.

Malgrat que la totalitat dels estudis seleccionats consisteix en estudis de cas únic, alguns presenten anàlisis de més d'un pacient. Deu dels articles presenten un únic pacient (71%), altres dos (14%) contenen els casos de 2 pacients



cadascun, i els dos estudis restants mostren 3 i 4 casos, respectivament. Açò resulta en una suma de vint-i-un pacients totals.

D'altra banda, vuit dels estudis (57%) procedeixen de distints estats dels Estats Units. La resta van ser realitzats en Japó, Noruega, Països Baixos, Puerto Rico, Regne Unit i Turquia.

### *VARIABLES RELATIVES ALS PACIENTS*

Dels 21 pacients totals, 18 són dones (86%) i únicament 3 són homes (14%). L'edat mitjana d'aquests pacients és de 37.6 anys (DT = 8.76). Trobem el pacient més jove amb 25 anys, i el més major amb 55.

#### *Diagnòstic dels pacients*

A més del Trastorn d'Identitat Dissociatiu que mostren tots els pacients, 6 d'ells mostren comorbiditat. Els trastorns comòrbids són la Depressió Major (67%), el Trastorn Obsessiu Compulsiu (17%) i el Trastorn Bipolar (17%).

#### *Síntomes o manifestacions del pacient*

Entre els símptomes identificats, comunament presents a l'inici de la teràpia, trobem l'amnèsia dissociativa o pèrdua de memòria, en un 52% dels casos totals, la pèrdua de consciència o «absències»<sup>5</sup> (48%), intents de suïcidi (43%) i autolesions (43%).

Hi succeeixen les veus controladores que el pacient escolta al seu cap (24%), els canvis en l'estat d'ànim, humor o identitat (24%), la ideació suïcida (19%) i una manifestació ansiosa (19%). En tres dels estudis, es mostren certs desordres alimentaris, com ara purgues o control calòric (14%), i trobem en mateixa freqüència fugues dissociatives (14%), sentiment de despersonalització i/o desrealització (14%) i dolors de cap (14%).

Les manifestacions més infreqüents inclouen els malsons (10%), l'emocionalitat depressiva (10%), insomni (10%) o *flashbacks* (10%), d'entre altres.

#### *Nombre mitjà d'alters per pacient*

El valor mitjà d'*alters* presentats pels 21 pacients és de 15.47 (DT = 20.87). Trobem el nombre mínim de personalitats per pacient en 2, i el màxim en 92.

5. Als estudis originals, se'n refereixen com a «*blackout*», que es defineix com a desmai, i descriu els moments en què la persona es dissocia de la seua personalitat i emergeix com a algun dels seus *alters*. I de què el pacient no en té consciència.

## VARIABLES RELATIVES AL TRACTAMENT APLICAT

### *Enfocament terapèutic*

El 57% de la totalitat del pacient s'han sotmès a un tractament de psicoteràpia, solament un 5% dels pacients ha rebut un tractament exclusivament farmacològic, i una combinació d'ambdós ha estat proporcionada al 38% de pacients restants.

Dins el mètodes emprats al tractament psicoterapèutic, la hipnosi apareix en un 50% dels estudis, seguida de l'abreacció (29%), i la interpretació dels somnis en un 21% dels articles.

Altres mètodes esmentats han estat l'ús de la metàfora (14%), els contractes de contingència amb *alters* per aconseguir-ne col·laboració (14%), i, en menor freqüència, l'expressió artística (7%), la Teràpia Electro-Convulsiva (7%), l'ús de diaris que reflexa la comunicació del pacient amb els *alters* (7%) i la comunicació escrita en general (7%).

### *Duració del tractament*

S'han trobat referències a la duració en 10 dels 14 estudis. Un 30% d'aquests 10 articles presenten tractaments de menys d'un any; altre 10% en què ha durat entre 1 i 2 anys i un 30% en què s'estén entre 2 i 3 anys. Un 20% dels deu estudis presenten tractaments de més de 3 anys, i solament en un 10% dels casos el tractament ha durat més de 5 anys.

### *Eficàcia terapèutica*

Entre les variables indicadores del progrés del tractament, trobem predominantment la cooperació dels *alters* de cara a la fusió en un 50% dels estudis totals, seguit d'altre 50% en què s'ha aconseguit la fusió satisfactòria de les personalitats.

Els segueixen la reducció de la simptomatologia comòrbida (29%) –Depressió Major, TOC i Trastorn Bipolar–, la reincorporació laboral del pacient després de la millora (21%), descens del grau d'agressivitat d'alguns *alters* (21%) i l'estabilitat a partir del tractament (21%).

En menor freqüència, trobem la millora tant de l'expressió emocional o de les pròpies actituds i autoconcepte, com del ritme biològic de la son-vigília, o l'ús de noves habilitats d'enfrontament apreses durant la teràpia.

## *Eficàcia de les intervencions*

Per determinar l'eficàcia dels distints tractaments, no disposem de dades estadístiques, sinó que ens basarem en una interpretació qualitativa en funció de les conclusions establertes pels autors dels estudis. Considerarem indicadors de l'efectivitat variables com ara la integració satisfactòria del sistema de personalitat, millora de la simptomatologia i un augment general de la qualitat de vida del pacient.

## *TIPUS DE TRACTAMENT*

### *Tractaments per psicoteràpia*

A l'estudi de Confer (1984) observem una referència als avantatges de la comunicació amb els *alters* de la pacient, amb la finalitat de recuperar experiències reprimides. A més, s'educa a la pacient sobre la dissociació, la qual cosa emfatitza el caràcter insostenible dels *alters* com a estratègia per superar l'estrès de les experiències traumàtiques. Per aconseguir la fusió, s'ensenya primerament als *alters* els avantatges que aquesta suposa, per a accedir posteriorment a cadascun d'ells per a procedir amb la integració progressiva. S'empra també el mètode hipnòtic per facilitar l'acceptació de la integració per part de la pacient, en què es dona la possibilitat al pacient d'expressar sentiments durant el període de trànsit.

Kluft (1986) introdueix la noció de pacients amb Trastorn d'Identitat Dissociatiu d'alt nivell:

[...] la patologia dels quals està extremadament ben disfressada tant en la seua vida com en les manifestacions clíniques. Tampoc demostren ni reconeixen símptomes que suggerisquen algun trastorn dissociatiu, malaltia convulsiva, esquizofrènia, trastorn afectiu, d'ansietat o de personalitat límit. (p. 722)

En canvi, la finalitat de l'autor de presentar aquest terme (Kluft, 1986, pp. 722-723):

[...] no és suggerir una nova categoria diagnòstica, sinó incrementar el grau de presumpció per al DID en pacients aparentment estables i saludables.

L'autor centra el seu estudi en tres pacients d'alt nivell que tracten de mantenir el seu *status* laboral ocultant-ne el diagnòstic, amb temor de tornar-se disfuncionals de cara a les seues carreres. Segons l'autor, l'èxit d'una teràpia sol estar assegurat si consisteix en una teràpia de suport o de caràcter psicoanalític, en què s'inclou l'ús de la hipnosi tant per un alleujament simptomàtic com per a una exploració de l'estat del pacient. Així, en aquest escrit també s'esmenta la importància de no sobreçarregar el pacient amb més responsabilitat de la que

puga suportar sense causar-li conflictes, a més d'aconsejar-li limitar els projectes que desitge dur a terme per evitar excedents.

La psicoteràpia dirigida al pacient de l'estudi de Salley (1988) continua després de la publicació de l'article, i es menciona l'ús de la hipnosi per realitzar una fusió progressiva dels *alters*, la qual es desintegraria arran un conflicte amb determinats fragments re-emergents. El mètode nuclear d'aquest tractament és la interpretació onírica, mitjançant la qual s'identifiquen la majoria dels *alters* del sistema de personalitat del pacient. A partir d'aquesta interpretació, es va observar que els *alters* posseïen una capacitat per predir el contingut dels somnis, el qual pareixia ser congruent amb la informació clínica obtinguda. Altre avantatge de la interpretació de somnis radica en la possibilitat de revelació dels records traumàtics encoberts. En conclusió, l'autor suggereix que la fragmentació de personalitat en pacients amb DID pot aportar una accés més directe a estructures de processament cognitiu que normalment estan inconscients i inaccessibles, i fa referència a més a la funció comunicativa dels somnis entre distints nivells distanciat d'organització cognitiva. No obstant, subratlla la necessitat de dur a terme un major volum d'investigació amb pacients amb DID per aportar més dades sobre el processament inconscient esmentat, entre els components del qual podríem trobar la funció onírica.

Per la seua banda, l'estudi de Boe et al. (1997) se centra en el Model de les 3 Fases, la primera de les quals consisteix a establir una aliança terapèutica de caràcter essencial. S'observa a més l'ús de la interpretació dels somnis i de la hipnosi, així com de l'expressió artística –com ara el dibuix, la música o la composició poètica– mitjançant la qual els pacients podien exterioritzar emocions i canalitzar-ne l'agressivitat. Comprovem a més l'eficàcia d'establir contractes de contingència amb determinats *alters* per tal d'evitar el comportament destructiu cap al pacient. Igualment, es destaca el caràcter positiu d'establir comunicació amb els *alters*.

L'enfocament emprat per van der Hart i Boon (1997) en el seu estudi és el Model de les 3 Fases ja esmentat, a més de proporcionar una teràpia de suport a una dels pacients. Aquesta teràpia de suport ha estat dirigida a què la pacient aprengué a afrontar els símptomes dissociatius i a contenir els records traumàtics, a més d'aconseguir una millora de la seua vida quotidiana. A pesar de què en l'última fase del tractament, ja esmentada en la *Introducció*, s'assoleix la fusió dels fragments de personalitat, la que es considera la primera de les fusions no sol ser l'última; per la seua banda, els pacients que han sigut completament integrats pareixen necessitar ajuda per desenvolupar noves estratègies de resolució de problemes i evitar així una dependència cap als distints *alters*. Arran el tractament, els pacients presenten una major estabilitat sense episodis dissociatius, un progrés de determinats aspectes vitals com ara l'obtenció de treball o millora del ritme de la son, així com un cessament de la recreació de les experiències traumàtiques.

El tractament ofert a l'estudi de Brenner (1999) pertany a un enfocament fonamentalment psicoanalític, en què s'utilitzen les regressions i la metàfora, per facilitar l'accés als *alters* i poder comunicar-se amb els pacients qualsevol fóra l'estat de personalitat que s'hi presente. Aquest estudi, en canvi, no proporciona dades sobre la millora del pacient, encara que sí que es destaca la rellevància d'establir una aliança terapèutica per augmentar-ne la confiança i facilitar així el curs de la teràpia. D'altra banda, s'evita la menció dels distints *alters*, donat que s'assumeix que emergiran durant el tractament. Per últim, l'autor es decanta per emprar una tècnica més flexible que s'adapte millor al tractament específic.

Everest (1999), en canvi, no descriu els mètodes emprats durant el tractament en el seu estudi, esmenta únicament l'ús d'un enfocament psicoanalític i centra principalment el seu escrit a la descripció de la teoria psicoanalítica en referència al Trastorn. No obstant, sí que s'hi indica una major cooperació i comunicació amb els *alters*, la qual cosa n'afavoreix una major disposició front la fusió; a més, la pacient manifesta una disminució en les pèrdues de consciència i una major facilitat per expressar sentiments, que s'aconsegueix mitjançant una cooperació absoluta dels *alters*.

### ***Tractaments combinats de psicoteràpia i farmacoteràpia***

En aquest primer estudi publicat per Ruddy et al. (1994) es duu a terme una col·laboració disciplinar entre psicoteràpia i teràpia mèdica amb un metge de família, en què es realitzen ambdós tractaments simultàniament alhora que separatament. A més, aquesta col·laboració posseïa un caràcter triàdic: el terapeuta que va encetar el tractament (el dr. Farley) va ser derivat a altra consulta, per la qual cosa el Dr. Nymberg va prendre el relleu (veja's la referència a l'estudi). Un cop superades els obstacles comunicatius amb la pacient –junt amb el consegüent increment de la confiança amb els professionals–, i determinat un diagnòstic específic, es procedeix amb el tractament, el qual ha estat dirigit inicialment a avaluar l'abast de les dificultats mostrades per la pacient. En aquesta primera fase, va ser especialment rellevant la col·laboració entre el psicoterapeuta i el metge, donada la necessitat de realitzar distintes proves mèdiques, a partir de simptomatologies somàtiques manifestades amb possible relació amb el DID. És durant aquest període quan s'inicia la comunicació amb els *alters* mitjançant cartes escrites per alguns d'aquests. A mesura que avançava la teràpia, se'n reduïa el nivell d'hostilitat, a més d'incrementar-se la cooperació entre aquests. No obstant això, una part dels *alters* es discernien de la resta degut al seu caràcter destructiu, i van arribar a ferir el cos de la pacient, per la qual cosa el terapeuta es va veure obligat a sol·licitar la supervisió constant de familiars i amics d'aquesta. Són pràcticament nul·les les afirmacions en el text que indiquen un progrés en la pacient en referència als seus símptomes dissociatius, més

enllà de la suma importància de l'aliança terapèutica de cara a què la pacient es veiés capaç de prosseguir amb els seus relats i de reduir-ne la simptomatologia ansiosa. Malgrat açò, els autors remarquen que un tractament per col·laboració té avantatges tant per al pacient com per al terapeuta. Pel que fa al pacient, una col·laboració va permetre que es veiés amb forces per iniciar el tractament a més de poder establir confiança amb els distints professionals que la tractaven; d'altra banda, l'impacte de les distintes proves físiques que se li van realitzar es va reduir gràcies a que els professionals en qüestió estaven sensibilitzats front les seues necessitats. Els avantatges que beneficiaven el terapeuta es resumeixen en un augment a nivell professional així com d'una pal·liació de l'ansietat que pot provocar el fet de tractar molt de seguit una pacient com la present a l'estudi, la comunicació amb la qual podia resultar frustrant i molesta.

A l'estudi de Martínez-Taboas i Rodríguez-Cay (1997) s'empra el Model de les 3 Fases ja indicat en reiterades ocasions. Al transcurs de la primera fase, s'estableix una comunicació amb els dos *alters* –els quals representen persones reals: els abusadors de la pacient– i es redacta un contracte per garantir que no atemptaran contra la integritat física de la pacient. D'altra banda, l'amnèsia que aquesta presenta de cara als episodis abusius es manifesta en forma de dibuixos sobre els fets traumàtics realitzats automàticament mitjançant *flashbacks* –confirmats a partir del contacte amb un dels abusadors–, a més de mostrar records en modalitat somàtica (sentir el dolor provocat durant els abusos) front el baix nivell narratiu d'aquestos. En la segona fase, s'introdueixen dos mètodes addicionals: d'una banda, s'empra un diari a través del qual la pacient es comunica amb els seus *alters* mitjançant missatges alternants, i, d'altra, s'inicia un tractament farmacològic per tractar la depressió que la pacient va desenvolupar front la proximitat dels seus *alters*. En aquesta fase, a més, comença a cessar el caràcter destructiu d'alguns *alters* i entenen la seua disfuncionalitat en expressar que haurien de deixar d'existir. En la tercera i última fase, s'inclouen la teràpia cognitiva, d'una banda, i la teràpia comportamental, d'altra. La teràpia cognitiva s'empra per modificar els esquemes, establerts per la pacient durant la infància, mitjançant tècniques emotives, interpersonals, cognitives i comportamentals; la teràpia comportamental està dirigida a l'aprenentatge i desenvolupament de noves habilitats socials i de superació, a més de proporcionar guies a la pacient per ser més autònoma i assertiva, així com per identificar i modificar els seus pensaments automàtics desadaptatius. Cal al·ludir a l'èmfasi que posa l'autor en la rellevància de reconèixer i reformar les defenses dissociatives construïdes pel pacient en relació al benefici sobre l'efectivitat global del tractament dut a terme. Com a conclusió, afegir que es va observar una millora en la pacient a nivell dissociatiu, a més de poder prescindir del tractament farmacològic donada la remissió de la simptomatologia depressiva, i una millora general quant a l'autoconcepte sumada al posterior ús de les noves habilitats d'afrontament apreses durant la teràpia.

Per últim, al cas presentat per Şar i Tutkun (1997), el tractament farmacològic s'introdueix en fases primerenques del tractament, i consisteix, d'una banda, en antidepressius (trazodona i fluoxetina) i un ansiolític (alprazolam), d'altra. L'internament de la pacient es requereix necessàriament, degut sobre tot a la inestabilitat i les crisis patides reiteradament per aquesta, a més de per una impossibilitat per realitzar un tractament ambulatori donada la distància geogràfica del lloc de residència. Una volta assolit el context terapèutic, es procedeix amb la fase d'estabilització, en què es controlen tant la ideació com els intents suïcides, els comportaments autolesius i les queixes somàtiques, a més d'establir contractes amb molts dels *alters* per facilitar el tractament. A més d'oferir l'assistència necessària per a l'acceptació del diagnòstic, es proporciona a la personalitat hoste la informació recollida pels *alters* infantils sobre els episodis amnèsics. És en la fase de tractament sobre el trauma on s'introdueix el mètode hipnòtic, amb la finalitat de recuperar els esdeveniments traumàtics de què la pacient no té consciència, i les dades dels quals eren aportats pels diferents *alters*; a més, se suprimeix la fixació que mostren les personalitats infantils cap als fets traumàtics mitjançant la reorientació espacio-temporal en què s'assegura que aquests fets pertanyen a un passat que no té per què influir en el present. Considerant l'actitud cooperativa dels *alters*, es procedeix a una fusió progressiva d'aquests, després d'un acord conjunt sobre com dur-la a terme. Açò es produeix satisfactòriament 8 mesos després de l'inici del tractament; dues setmanes posteriors al procés, la pacient va ser donada d'alta a l'hospital. Un cop realitzada la fusió, el tractament s'orienta a la millora dels sentiments i actituds generals de la pacient, així com els seus problemes amb els membres de la família. Entre els indicadors de millora de la pacient, s'observa una fusió satisfactòria, un cessament dels episodis amnèsics i pseudo-psicòtics, i una interrupció de l'activitat dels *alters*.

### ***Tractament farmacològic***

Els resultats de l'estudi de Okugawa et al. (2005) confirma allò enunciat a l'inici d'aquest escrit sobre què el tractament farmacològic per a pacients amb Trastorn d'Identitat Dissociatiu pal·liava els símptomes subjacents, i no el Trastorn *per se*. La pacient d'aquest cas va estar exposada, durant aproximadament 7 mesos, a un tractament de perospirona –la funció principal del qual és tractar els símptomes psicòtics de l'esquizofrènia, i així l'estudi estava dirigit a provar-ne l'eficàcia en el DID–. A partir del segon mes, la dosi del fàrmac es va incrementar doblement, i en aquest moment es va començar a observar una remissió en els símptomes ansiosos i les al·lucinacions auditives que manifestava la pacient a l'inici del tractament, a més d'una millora de les experiències dissociatives de la personalitat.

Després de cinc mesos amb preses diàries de 24 mg de perospirona, s'anul·la la medicació, i a partir d'aquest moment la pacient no mostra durant 1 any cap símptoma dels esmentats. Els autors conclouen que l'ús d'aquest fàrmac sobre una pacient amb DID que mostrava resistència a fàrmacs tranquil·litzants i antidepressius va provocar que els símptomes clínics milloraren significativament. La seua eficàcia a nivell neurològic es deu al bloqueig dels receptors dopaminèrgic  $D_2$  i serotoninèrgic  $5HT_2$ , a més d'una estimulació dels receptors serotoninèrgics  $5HT_{1A}$ .

#### *PARTICULARITATS DEL TRACTAMENT: ESTUDIS AMB COMORBILITAT*

DeBattista et al. (1998) mostren al seu estudi quatre pacients amb diagnòstic de DID junt a comorbilitat de Depressió Major. El tractament dut a terme en els quatre casos ha sigut, d'una banda, psicoterapèutic, en què a més s'ha realitzat una avaluació pre-test i post-test del grau de depressió mitjançant l'escala Ham-D (*Hamilton Depression Rating Scale*, 1960). S'empren, a més, antidepressius com a tractament farmacològic complementari, així com la Teràpia Electro-Convulsiva (TEC), en l'eficàcia de la qual se centra gran part de l'estudi front el Trastorn d'Identitat Dissociatiu. Arran l'aplicació de la TEC, s'observa una reducció del caràcter depressiu i agitat dels *alters*, a més d'un decrement del nivell de depressió en les pacients. En un dels quatre casos, una pacient abandona la TEC, donat que considera que empitjora la seua simptomatologia, i a partir d'ací experimenta una millora en l'estat d'ànim i una reducció de l'estress. Pel que fa a l'efecte de la TEC, els autors consideren que pot ser eficaç en pacients amb DID i depressió major, en un període aproximat de 8 setmanes, en cas que es recomanen els fàrmacs adequats, però no alterarà l'estructura de personalitat del pacient amb Trastorn d'Identitat Dissociatiu –ja que els distints *alters* presenten millores paral·leles en la respectiva simptomatologia–. Per la seua banda, la TEC pot ser vista pels pacients de DID com un atac a la pròpia estructura o inclús com càstig. Per últim, els autors al·ludeixen a la necessitat de desenvolupar més investigació sobre la utilitat de la TEC.

Shusta (1999) descriu al seu estudi el cas d'un pacient amb un diagnòstic inicial de Trastorn Obsessiu-Compulsiu (TOC), qui després d'una revisió de tractaments previs al relatat en l'escrit es revela que també presentava DID. Aquest pacient, a més, seguia un tractament farmacològic previ, el qual va continuar a excepció de la retirada d'alguns fàrmacs (com ara la risperidona), i en què s'incloïen antidepressius, antipsicòtics i anticonvulsius. No obstant, malgrat continuar amb el tractament farmacològic, s'observa que la compulsió pròpia del TOC es mostrava refractària front qualsevol medicació. Per la seua banda, la psicoteràpia podria classificar-se en tres enfocaments: (a) teràpia de suport, en què s'emfatitza la importància de continuar amb la medicació mentre s'exploren les obsessions i les compulsions, i s'espera obtenir una millora sig-



nificativa; (b) teràpia cognitivo-conductual, l'objectiu de la qual era enfrontar el pacient amb les pròpies creences irracionals i oferir alternatives més saludables; i (c) teràpia psicodinàmica, on l'objectiu era eliminar les compulsions mitjançant la revelació d'informació vital primerenca i la interpretació dels somnis, i en què posteriorment s'empraria la hipnosi. Les conductes compulsives van cessar després d'emprar el mètode d'anunciació als *alters*, mitjançant els quals el pacient havia d'informar-los sobre quan havia tancat la porta o s'havia rentat les mans, per tal de no provocar-li la inseguretat de poder no haver realitzat aquestes accions. Altres variables de millora són que el pacient no va tornar a mostrar símptomes de TOC, encara que s'exposés a situacions d'alt nivell d'estrès, a més de presentar una major acceptació de cara a la integració dels *alters*. Per concloure, cal esmentar la rellevància de considerar altres diagnòstics quan la simptomatologia del TOC es torna refractària i de llarga duració, a pesar dels esforços dedicats pels professionals, ja que, encara que el DID és poc comú, de vegades coexisteix amb el TOC i ha de ser valorat en el moment en què el tractament convencional ha fallat.

Per últim, el cas descrit a l'estudi de Lakshmanan et al. (2010) tracta d'una pacient diagnosticada de DID amb Trastorn Bipolar (TB) comòrbid. Per al tractament, s'empren, d'una banda, fàrmacs, entre els que s'inclouen el liti, trazodona i lorazepam (per reduir l'ansietat i l'insomni), la lamotrigina (prescrit per al TB) i l'aripirazol (recomanat també per al TB, d'entre altres). Per la seua banda, el tractament psicoterapèutic va consistir fonamentalment en entrenar la pacient per què fóra capaç d'aïllar els esdeveniments del seu passat llunyà, per poder suportar-los sense haver de reviuire el trauma, junt amb una evocació d'esdeveniments vitals, tant anteriors com posteriors als abusos, i establir l'edat que tenia aleshores i les dates en què van ocórrer. Aquesta evocació va estar facilitada per la remissió dels símptomes del TB, conseqüència del tractament farmacològic, ja que fins aleshores existia una barrera amnèsica que impedia a la pacient poder recordar certs esdeveniments; a partir d'ací, va poder dur-se a terme una integració satisfactòria dels *alters* i una remissió dels símptomes dissociatius. Entre les conclusions determinades pels autors, trobem, d'una banda, que el tractament farmacològic estava dirigit al TB i, arran açò, apareix una capacitat millorada per evocar records, la qual cosa, com ja s'ha esmentat, va donar peu al procés d'integració dels *alters*. D'altra, se sap que una de les funcions del fàrmac lorazepam és el fet de facilitar l'evocació mitjançant el control de l'ansietat secundària –la qual inhibeix la recuperació de records angoixants–, i l'aripirazol per la seua part va facilitar l'evocació amb la conseqüent remissió de la simptomatologia dissociativa. Altre fet que destaquen els autors és la importància, tant per a psicòlegs com per a psiquiatres, d'establir primordialment un tractament per algun trastorn comòrbid que pugui donar-se, que en el cas del present estudi va constituir una base fonamental per què la pacient poguera veure's capaç d'implementar el tractament amb la vida diària.

## ENFOCAMENTS ACTUALS

L'estudi de Gentile et al. (2013) mostra que actualment continua emprant-se el Model de 3 Fases, àmpliament recomanat per experts en Trastorns Dissociatius, i destaca la utilitat de les tècniques d'entrevista motivacional, preguntes obertes i l'escolta activa. No obstant això, la complexitat dels trastorns dissociatius sol requerir l'assumpció d'una perspectiva eclèctica, i se'n distingeixen dues classificacions:

Durant períodes amb estressors aguts i/o depressió i ansietat severes, la teràpia de suport (intervencions durant les crisis i suport a les estratègies i habilitats existents d'afrontament) resulta adequada; durant períodes de símptomes relativament lleus, pot utilitzar-se una aproximació psicodinàmica (centrada en la introspecció i l'autoexaminació). (p. 27)

D'altra banda, pel que fa al tractament farmacològic, Brand et al. (2012) consideren que els antipsicòtics atípics bloquejadors dels receptors dopaminèrgic  $D_2$  i serotoninèrgic  $5HT_{2A}$  poden prescriure's per al tractament de casos traumàtics complexos, i els antàgonistes opioïds ajuden a pal·liar simptomatologia dissociativa. Es reitera l'eficàcia dels fàrmacs per al tractament dels símptomes associats i no com a cura del Trastorn *per se*:

Molts medicaments, com ara antidepressius o ansiolítics, són prescrits per a l'ansietat comòrbida i alteracions en l'estat d'ànim, però no tracten específicament la dissociació. Actualment, no s'ha trobat cap tractament farmacològic per reduir la dissociació. (p. 28)

Dins el grup d'antidepressius, s'inclouen els inhibidors selectius de la recaptació de la serotonina (ISRS), els inhibidors de la monoaminoxidasa (IMAO) i els tricíclics. La resta de fàrmacs referits a l'article estan enumerats i detallats a la *Introducció*.

Şar (2014) refereix a l'actualitat d'ús del Model de les 3 Fases en el tractament per a la dissociació, present en la versió més actual de les Guies per al Tractament de la Societat Internacional per a l'Estudi del Trauma i la Dissociació (ISSTD).<sup>6</sup> A més, destaca:

El manteniment d'una aliança terapèutica és particularment important, i sembla ser un predictor significatiu per a un desenvolupament positiu en diversos tipus d'intervenció.

Igualment a l'article de Gentile et al. (2013), l'autor menciona l'absència de tractaments específics per als trastorns dissociatius. Com ja sabem, el tractament farmacològic sol emprar-se per alleugerar símptomes comòrbids.

6. Pàgina web de la ISSTD: <<http://www.isst-d.org/>>.

TAULA 1  
*Característiques dels estudis inclosos a la revisió*

Autor (any) <i>País</i>	CARACTERÍSTIQUES PACIENT			INTERVENCIÓ		EFICÀCIA TERAPÈUTICA
	Edat	Sexe	Diagnòstic	Tractament	Mètode terapèutic	
Confer (1984) <i>Estats Units</i>	27	Dona	DID	Psicoteràpia	Hipnosi	Sense dades
Kluft (1986) <i>Estats Units</i>	30	Dona	DID	Psicoteràpia	Psicoanàlisi • Hipnosi	Sense dades
	40	Dona				
	28	Dona				
Salley (1988) <i>Estats Units</i>	37	Home	DID	Psicoteràpia	Psicoanàlisi • Hipnosi • Interpretació de somnis	Sense dades (continuació del tractament)
Ruddy et al. (1994) <i>Estats Units</i>	–	Dona	DID	Psicoteràpia	Psicoteràpia Tractament mèdic	Dades insuficients
Boe et al. (1997) <i>Noruega</i>	48	Dona	DID	Psicoteràpia	Model 3 fases • Somnis • Hipnosi • Tracte amb <i>alters</i>	Sense dades
	25	Home				
Hart & Boon (1997) <i>Països Baixos</i>	32	Dona	DID	Psicoteràpia	Model 3 fases • Metafores • Hipnosis Teràpia de suport	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Alters</i> menys agressius</li> <li>• Cessament de la recreació del trauma</li> <li>• Major assertivitat</li> <li>• Menor dependència cap a la parella</li> <li>• Millora de las relaciones</li> <li>• Millora del ritme de la son</li> <li>• Estabilitat relativa</li> <li>• Millora de les relacions</li> </ul>
	55	Dona				

DID: Trastorno d'Identitat Dissociatiu.

TAULA 1 (cont.)  
*Característiques dels estudis inclosos a la revisió*

Autor (any) <i>País</i>	CARACTERÍSTIQUES PACIENT			INTERVENCIÓ		EFICÀCIA TERAPÈUTICA
	Edat	Sexe	Diagnòstic	Tractament	Mètode terapèutic	
Martínez-Taboas & Rodríguez-Cay (1997) <i>Puerto Rico</i>	28	Dona	DID	Psicoteràpia Farmacoteràpia	Model 3 fases • Teràpia cognitiva • Teràpia conductual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Alters</i> menys agressius</li> <li>• Obtenció de treball</li> <li>• Inici estudis</li> <li>• Millora de l'autoconcepte</li> <li>• Ús de noves habilitats d'afrontament</li> </ul>
Sar & Tutkun (1997) <i>Turquia</i>	45	Dona	DID	Psicoteràpia Farmacoteràpia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipnosi</li> <li>• Recuperació de records</li> <li>• Hospitalització</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cooperació dels <i>alters</i></li> <li>• Fusió ràpida i satisfactòria</li> <li>• Alta en l'hospital</li> <li>• Cessament d'episodis amnèsics i psicòtics</li> <li>• Cessament de l'activitat dels <i>alters</i></li> <li>• Desaparició de símptomes posttraumàtics</li> </ul>
DeBattista et al. (1998) <i>Estats Units</i>	48 31 46 47	Dona Dona Dona Dona	DID • Depressió	Psicoteràpia Farmacoteràpia ECT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antidepressius</li> <li>• TEC</li> <li>• Hospitalització</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Millora de l'estat d'ànim</li> <li>• Reducció d'estrès</li> <li>• <i>Alters</i> menys agitats</li> <li>• Reinserció laboral</li> </ul>
Benner (1999) <i>Estats Units</i>	35	Dona	DID	Psicoteràpia	Psicoanàlisi • Regressions • Metàfores	Sense dades
Everest (1999) <i>Regne Unit</i>	35	Dona	DID	Psicoteràpia	Psicoanàlisi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Major cooperació i comunicació entre <i>alters</i></li> <li>• Menys lluites internes entre <i>alters</i></li> <li>• Major acceptació de què els <i>alters</i> formen part de sí</li> </ul>

DID: Trastorno d'Identitat Dissociatiu; TEC: Teràpia Electro-Convulsiva; TOC: Trastorn Obsessiu Compulsiu.

TAULA 1 (cont.)  
*Característiques dels estudis inclosos a la revisió*

Autor (any) <i>País</i>	CARACTERÍSTIQUES PACIENT			INTERVENCIÓ		EFICÀCIA TERAPÈUTICA
	Edat	Sexe	Diagnòstic	Tractament	Mètode terapèutic	
Shusta (1999) <i>Estats Units</i>	40	Home	DID • TOC	Psicoteràpia Farmacoteràpia	Teràpia cognitivo- conductual Teràpia de suport Psicodinàmica • Interpretació de somnis • Recuperació de records • Hipnosi	• Cessament de conductes compulsives • Acceptació a la integració
Okugawa et al. (2005) <i>Japó</i>	30	Dona	DID	Farmacoteràpia	Antipsicòtic	• Remissió d'ansietat i al·lucinacions • Millora de la dissociació • Estabilitat arran anular medicació
Lakshmanan et al. (2010) <i>Estats Units</i>	45	Dona	DID • Trastorn Bipolar	Psicoteràpia Farmacoteràpia	• Liti • Hipnòtics • Ansiolítics	• Remissió símptomes TB • Millora teràpia arran remissió TB • Integració i remissió DID • Millora del ritme de la son • Menys aclaparament

DID: Trastorn d'Identitat Dissociatiu; TOC: Trastorn Obsessiu Compulsiu; TB: Trastorn Bipolar.

## Discussió

Per a assolir el nostre objectiu de determinar quins mètodes i enfocaments poden ser més recomanables per al tractament del Trastorn d'Identitat Dissociatiu, hem pogut extreure algunes conclusions a pesar del biaix que presenta l'evidència sobre aquest Trastorn. Amb biaix ens referim a una manca de dades estadístiques al llarg dels setze estudis, la qual es deu, bàsicament, a l'absència d'estudis aleatoritzats amb pacients diagnosticats de DID –s'assumeix que per la seua baixa prevalença–. Ross (1997) esmenta que

No hi ha cap estudi sistemàtic o controlat per a l'ús de qualsevol medicament en DID. Açò significa que no hi ha cap base científica rigorosa sobre cap prescripció per a un pacient amb DID, i que qualsevol prescripció serà un assaig empíric (p. 358).

En conseqüència, els estudis seleccionats per realitzar aquesta revisió són de cas únic.

Així, arran una revisió dels estudis previs, comprovem que existeix un consens sobre distintes afirmacions. Una de les més freqüents és la rellevància d'establir una aliança terapèutica sòlida i estable, que permeta al pacient sentir-se en un ambient segur on puga evolucionar sense dificultats al llarg de la teràpia. A més, s'observa que una comunicació amb els *alters* redueix el seu caràcter hostil i fa que deixen de considerar-se com una part distinta al pacient, la qual cosa augmenta el grau de cooperació dels *alters* cap a la integració final, i en conseqüència permet que es realitze d'un mode més satisfactori i eficaç. Aquesta cooperació també possibilita, d'altra banda, que els *alters* proporcionen major volum d'informació sobre els esdeveniments traumàtics de què els pacients no solen tenir consciència, per a la qual cosa s'empra quasi unànimement el mètode hipnòtic per accedir a aquesta informació i poder guiar els distints pacients cap a una integració.

Pel que fa al tractament farmacològic, s'ha observat que no es pot emprar de manera exclusiva per tractar el DID, sinó que la recomanació de determinats medicaments va dirigida a reduir la simptomatologia associada, bé present des de l'inici del DID o abans, bé quan emergeix durant certs períodes del tractament. Açò pot aplicar-se als casos de DID amb comorbiditat, encara que més complex, donat que en la majoria dels casos els símptomes comòrbids impedeixen la remissió del DID, essent necessari resoldre el problema del trastorn comòrbid amb prioritat (Lakshmanan et al., 2010). Pel que fa a aquests casos excepcionals, trobem un acord majoritari entre els estudis amb comorbiditat sobre considerar l'existència d'un trastorn subjacent que puga estar impeding el desenvolupament, i per tant l'eficàcia, del tractament en curs per a, posteriorment i conseqüentment, solucionar el trastorn i centrar-se en el tractament per al DID i poder aconseguir així una fusió satisfactòria (Shusta, 1999; Lakshmanan et al., 2010).

L'aspecte que ha limitat el desenvolupament d'aquesta revisió sistemàtica fa referència a la qualitat dels estudis trobats. S'hi observa un major interès terapèutic front al científic, quant a què la finalitat és la remissió del Trastorn més que proporcionar dades empíriques sobre algun tipus de tractament i/o la seua eficàcia sobre el pacient. Així, com s'ha esmentat en diverses ocasions, els criteris d'eficàcia terapèutica en què ens hem basat al llarg d'aquest treball són de caràcter qualitatiu. Pel que fa a la línia base que deu ser establerta en iniciar el disseny experimental, ha estat substituïda per una avaluació inicial per conèixer la història del pacient, i en què essencialment s'estableix una aliança terapèutica sòlida. D'altra banda, a l'hora d'aplicar la intervenció, aquesta no pareix poder incloure's entre les taxonomies de gradual, uniforme o puntual en cap dels estudis, a excepció del treball d'Okugawa et al. (2005) que presenta un tractament farmacològic uniforme fins que és retirat.

Les limitacions que generen els estudis seleccionats de cara a la revisió sistemàtica continuen si dirigim l'atenció als tipus de disseny experimental de cas únic. En tenir en compte la seua classificació en quatre grups, observem novament que els articles analitzats no es cenyeixen a què cabria esperar d'un disseny experimental de cas únic (León i Montero, 2003). Únicament l'estudi d'Okugawa et al. (2005) podria englobar-se en un dels tipus –disseny ABA–, ja que es dona una fase d'avaluació inicial, una etapa intermèdia de farmacoteràpia, seguida finalment d'una fase en què s'observa milloria en la pacient després de retirar el tractament en qüestió.

Per la seua banda, l'absència de registres de puntuacions pre- i post-test dificulta l'establiment de criteris més objectius de progrés del pacient; una excepció es mostra a l'estudi de DeBattista et al. (1998), on es prenen mesures de l'escala Ham-D –per determinar el grau de depressió– abans i després del tractament.

A mode de conclusió, pel que fa al disseny dels estudis inclosos en aquesta revisió, aquests no podrien considerar-se com a dissenys experimentals de cas únic, la qual cosa condueix a indicar de nou la necessitat de dur a terme major quantitat d'investigació controlada –en consideració amb la baixa prevalença del trastorn– per poder determinar més exactament l'eficàcia dels diferents mètodes terapèutics. Quant a la metodologia terapèutica, podem establir que el Model de les 3 Fases (Herman, 1992; Ross, 1997) extensament descrit a la *Introducció* integra els mètodes i tipus de teràpia necessaris, ja esmentats, per aconseguir un tractament apropiat per al DID, sempre considerant els beneficis de dur a terme un tractament de caràcter flexible, especialment en casos més específics com els pacients amb Trastorn d'Identitat Dissociatiu i altre trastorn comòrbid.

Actualment, comprovem que el Model esmentat continua suposant un tractament de primera línia per als Trastorns dissociatius, entre què s'inclou el DID, encara que depenent del moment determinat de la intervenció, caldria adoptar

una visió eclèctica en què poden introduir-se altres enfocaments terapèutics; a més, es reitera que el tractament farmacològic està dirigit a tractar la simptomatologia associada i no suposa una cura per al DID en sí. No obstant, cal citar la necessitat d'un major volum d'investigació per determinar més precisament l'eficàcia dels tractaments per al DID.

## Referències

- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). Trastornos disociativos. En Asociación Americana de Psiquiatría (Ed.), *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5* (175-179). Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Boe, T.; Haslerud, J.; Hove, I.; Langfeldt, T. S. i Stoerseth, F. (1997). Working with Dissociative Identity Disorder in Stavanger, Norway. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 10(3), 166-173.
- Brand, B. L.; Lanius, R.; Vermetten, E.; Loewenstein, R. J. i Spiegel, D. (2012). Where are we going? An update an assessment, treatment, and neurobiological research in dissociative identity disorders as we move toward the DSM-5. *J Trauma Dissociation*. 13(1), 9-13.
- Brenner, I. (1999). Deconstructing DID. *American Journal of Psychotherapy*, 53(3), 344-360.
- Confer, W. N. (1984). Hypnotic treatment of multiple personality: A case study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 21(3), 408-413.
- DeBattista, Ch.; Solvason, B. i Spiegel, D. (1998). ECT in dissociative identity disorder and comorbid depression. *The Journal of ECT*, 14(4), 275-279.
- Everest, P. (1999). The multiple self: Working with dissociation and trauma. *The Journal of Analytical Psychology*, 44(4), 443-463.
- Gentile, J. P.; Dillon, K. S. i Gillig, P. M. (2013). Psychotherapy and Pharmacotherapy for Patients with Dissociative Identity Disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 10(2), 22-29.
- Hales, R. E. (2002). Trastornos disociativos. En López-Ibor, J. J. i Valdés, M. (Eds.), *DSM-IV-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales* (581-582). Barcelona: Masson.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and Recovery*. Basic Books. Recuperat de: <<https://www.uic.edu/classes/psych/psych270/PTSD.htm>>.
- Kluft, R. P. (1986). High-functioning multiple personality patients: three cases. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(12), 772-726.
- Lakshmanan, M. N.; Meier, S. L. C.; Meier, R. i Lakshmanan, R. (2010). An archetype of the collaborative efforts of psychotherapy and psychopharmacology in successfully treating dissociative disorder with comorbid bipolar disorder. *Psychiatry*, 7(7), 33-37.



- León, O. G. i Montero, I. (2003). Diseños experimentales de caso único. En León, O. G. i Montero, I. (Eds.), *Métodos de Investigación en Psicología y Educación* (303-325). Madrid: McGraw-Hill.
- Marín, M.; Páez, F. i Robles, R. (2011). Trastornos disociativos. En Caballo, V. E., Carrobbles, J. A. i Salazar, I. C. (Eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (445-464). Madrid: Pirámide.
- Martínez-Taboas, A. i Rodríguez-Cay, J. (1997). Case study of a Puerto Rican woman with Dissociative Identity Disorder. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 10(3), 141-147.
- Okugawa, G.; Nobuhara, K.; Kitashiro, M. i Kinoshita, T. (2005). Letter to the Editor: Perospirone for treatment of dissociative identity disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59(5), 624.
- Ross, C. A. (1997). Chapter eleven: Treatment Outcome of Dissociative Identity Disorder. En Ross, C. A. (Ed.), *Dissociative Identity Disorder. Diagnosis, Clinical Features, and Treatment of Multiple Personality* (247). Estats Units: John Wiley & Sons, Inc.
- Ross, C. A. (1997). Chapter fifteen: Specific Techniques of Treatment: The Middle and Late Phases of Therapy. En Ross, C. A. (Ed.), *Dissociative Identity Disorder. Diagnosis, Clinical Features, and Treatment of Multiple Personality* (324-365). Estats Units: John Wiley & Sons, Inc.
- Ross, C. A. (1997). Chapter fourteen: Specific Techniques of Treatment: The Initial Phase Of Therapy. En Ross, C. A. (Ed.), *Dissociative Identity Disorder. Diagnosis, Clinical Features, and Treatment of Multiple Personality* (290-296). Estats Units: John Wiley & Sons, Inc.
- Ross, C. A. (1997). Chapter sixteen: Other Therapeutic Considerations. En Ross, C. A. (Ed.), *Dissociative Identity Disorder. Diagnosis, Clinical Features, and Treatment of Multiple Personality* (375-376, 379). Estats Units: John Wiley & Sons, Inc.
- Ross, C. A. (1997). Part three: Treatment of DIssociative Identity Disorder. En Ross, C. A. (Ed.), *Dissociative Identity Disorder. Diagnosis, Clinical Features, and Treatment of Multiple Personality* (245). Estats Units: John Wiley & Sons, Inc.
- Ruddy, N.; Farley, T.; Nymberg, J. i Hayden, K. (1994). Multiple personality disorder in primary care: A collaboration. *Family Systems Medicine*, 12(3), 327-338.
- Salley, R. D. (1988). Subpersonalities with Dreaming Functions in a Patient with Multiple Personalities. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 176(2), 112-115.
- Şar, V. i Tutkun, H. (1997). Treatment of dissociative identity disorder in Turkey: A case study. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 10(3), 148-156.

- Şar, V. (2014). The Many Faces of Dissociation: Opportunities for Innovative Research in Psychiatry. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 12(3), 171-179. Recuperat de: <<http://test-cpn.inforang.com/journal/view.html?doi=10.9758/cpn.2014.12.3.171>>.
- Shusta, S. R. (1999). Successful treatment of refractory obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 53(3), 377-391.
- van der Hart, O. i Boon, S. (1997). Treatment strategies for complex dissociative disorders: two Dutch case examples. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 10(3), 157-165.