
Tjaša STEPIŠNIK PERDIH, Romana SELJAK***Kako razumeti, diagnosticirati in obravnavati s kompleksno travmo povzročeno disociacijo: poročilo s konference Evropskega združenja za travmo in disociacijo (ESTD)******How to understand, diagnose and treat complex trauma-generated dissociation: Report from the conference of the European Society for Trauma and Dissociation (ESTD)***

Univerzitetni inštitut za vedenjske znanosti je 11. in 12. maja 2018 v Debrecnu, univerzitetnem mestu na Madžarskem, organiziral konferenco Evropskega združenja za travmo in disociacijo (ESTD) z naslovom *Kako razumeti, diagnosticirati in obravnavati s kompleksno travmo povzročeno disociacijo*.

Dvodnevne konference, ki je bila tako z organizacijskega kot strokovnega vidika odlična in smo se je udeležile tudi štiri slovenske predstavnice, sta vodila prof. dr. Onno van der Hart in dr. Suzette Boon, vodilna strokovnjaka in pionirja na področju psihološke travme in disociacije, avtorja številnih knjig in člankov.

Izobraževanje je otvoril prof. dr. Onno van der Hart, ki se je v prispevku z naslovom *Razumevanje s kompleksno travmo povzročene disociacije iz perspektive teorije strukturne disociacije osebnosti* dotaknil tako teorije strukturne disociacije osebnosti kot modela stopenjskega zdravljenja travme.

Teorija strukturne disociacije osebnosti (v nadaljevanju TSDP) je integrativna teorija, ki nudi sodoben, teoretičen in praktičen model za razumevanje in obravnavo s travmo povzročene disociacije. Beseda »strukturna« nakazuje, da se s travmo povezana disociacija ne pojavlja naključno, temveč si določene pomanjkljivosti v razvoju osebnostne strukture posameznika sledijo. TSDP je utemeljena na Pierre Janetovem stopenjskem modelu zdravljenja duševnih motenj, povezanih s travmo, ter na novejših nevrobioloških raziskavah (van der Hart, Nijenhuis in Steele, 2006). Vključuje prvine različnih teorij in svoje jedrne koncepte še nadalje razvija. Predpostavlja, da je za osebe z motnjami, ki so povzročene s kompleksno travmo, značilen razcep njihove osebnosti na različne (prototipske) dele, ki imajo tipično, lastno psihobiološko podlago (Steele, van der Hart in Nijenhuis, 2001, 2005; van der Hart, Steele in Nijenhuis, 2017; van der Hart, Nijenhuis in Solomon, 2010).

Prototipski del osebnosti, ki je fiksiran v prizadevanju za »normalno« vsakdanje življenje, medtem ko se izogiba travmatičnim spominom, se imenuje *na videz normalni del osebnosti* (angl. Apparently normal part - ANP). Tako se npr. oseba v stanju ANP lahko zaveda, da ima duševno motnjo, vendar se skuša vesti »normalno«. Prototipski del osebnosti, ki je fiksiran v travmatičnem spominu, in je večinoma nezmožen zavedanja sedanosti, se imenuje čustveni del *osebnosti* (angl. Emotional part of the personality - EP). EP je prvenstveno osredotočen v aktivacijo obrambnega akcijskega sistema (van der Hart et al., 2006).

Disociativna organizacija posameznikove osebnosti vsebuje vsaj en *na videz normalni del* in vsaj en *čustveni del osebnosti*. Glede na to, koliko različnih ANP in EP vsebuje posameznikova osebnost, TSDP razlikuje tri različne ravni strukturne disociacije, in sicer primarno, sekundarno in terciarno. Primarna strukturna disociacija se nanaša na najbolj preprosto obliko disociacije, na razcep osebnosti na en ANP in en EP ter odraža značilnosti enostavnih, s travmo povezanih motenj, vključno s posttravmatsko stresno motnjo (PTSM). »Primarna« ne pomeni, da je bila v ontogenetskem smislu primarno razvita, temveč da je najbolj osnovna oblika disociacije.

Če se travmatični dogodki v življenju posameznika začnejo dogajati zgodaj ali/in so dolgotrajni in se občutek neobvladljivosti stopnjuje, se lahko razvije sekundarna strukturna disociacija, ki pomeni delitev osebnosti na en ANP in več EP-jev. Z nadaljnjo delitvijo EP-jev postane disociacija bolj kompleksna. Strokovnjaki domnevajo, da je sekundarna disociacija večinoma povezana s kompleksno PTSM, s travmo povezano mejno osebnostno motnjo, OSDD (angl. other specified dissociative disorder) in DDNOS (angl. dissociative disorder not otherwise specified).

Če je delovanje enega ANP-ja nezadostno in postane »normalno« vsakdanje življenje neobvladljivo, lahko posameznikova osebnost postane še bolj disociirana in razvije še dodaten ANP. To se imenuje terciarna strukturna disociacija in se nanaša le na tiste z disociativno motnjo identitete (DID). Pri nekaterih osebah z DID, ki imajo izredno nizko integrativno zmogljivost in pri katerih je postala disociacija, izogibanje in derealizacija način življenja, se lahko novi ANP-ji razvijejo že za spoprijemanje z najmanjšimi življenjskimi frustracijami (Steele et al., 2001, 2005; van der Hart et al., 2017; van der Hart et al., 2010).

V nadaljevanju predavanja se je dr. van der Hart osredotočil na stopenjski pristop k zdravljenju kompleksnih potravmatskih in disociativnih motenj, za katerega se strokovnjaki s področja zdravljenja duševnih motenj strinjajo, da je najprimernejši. Vključuje tri stopnje, cilj pa je izboljšanje varnosti, stabilnosti klienta ter njegove prilagoditve na vsakdanje življenje. Obravnava travmatičnih izkušenj je pazljivo načrtovana (International Society for the Study of Trauma, 2011).

Prva (začetna) stopnja obsega zmanjševanje simptomov in stabilizacijo - vzdrževanje osebne varnosti, nadzorovanje simptomov, uravnavanje močnih čustev, krepitev odpornosti na stres, izboljšanje osnovnega življenjskega delovanja ter vzpostavitev in krepitev odnosnih zmožnosti, tudi za terapevtski odnos. Za klienta je pomembna psiho-educacija, pojasniti pa mu je potrebno tudi sam proces zdravljenja.

Druga stopnja zdravljenja se osredotoča na delo s klientovimi travmatičnimi izkušnjami. Učinkovita obravnava vključuje spominjanje, dopuščanje, predelavo in integracijo preteklih neobvladljivih dogodkov. Izboljšana splošna integracijska zmožnost osebnosti postane podlaga za bolj funkcionalno delovanje duševnosti in vedenja posameznika v sedanosti.

Integracija in rehabilitacija osebnosti je tretja (končna) stopnja zdravljenja disociativnih motenj. Klienti na tej stopnji še naprej integrirajo disociirane dele, izboljšujejo vsakdanje delovanje, bolj stabilen in trden občutek »self-a« in odnosne veščine. Zaradi manjše fragmentiranosti so bolj mirni, poveča se občutek fleksibilnosti, vzdržljivosti in notranjega miru. Zmožni so bolj učinkovitega reševanja trenutnih problemov, manj so osredotočeni na pretekle travmatične izkušnje in lažje usmerjajo energijo v izboljšanje bivanja v sedanosti in v načrtovanje prihodnosti. Dr. van der Hart je izpostavil, da imajo klienti, ki ne uspejo priti do te stopnje, pogosto težave v vsakdanjem življenju.

V nadaljevanju konference se je dr. Suzette Boon osredotočila na diagnosticiranje disociativnih motenj. Le-te je težko diagnosticirati iz več razlogov: zaradi pomanjkanja konsenza, kaj sploh so disociativni simptomi (kar posledično vodi do pod- ali prediagnosticiranja); zaradi komorbidnosti s travmo povezanih simptomov in drugih psihiatričnih motenj; ker klienti pogosto ne izpostavijo disociativnih simptomov zaradi sramu, strahu, nezaveščenosti ali neprepoznavanja; zaradi razlik v klasifikacijskih sistemih (MKB-10 in DSM-5); in dejstva, da izpopolnjevanju v prepoznavanju in obravnavi disociativnih motenj v večini psihiatričnih, psiholoških in psihoterapevtskih izobraževanj ni namenjeno veliko pozornosti. Do zmede pa prihaja tudi zaradi različnega pojmovanja disociacije – nekateri strokovnjaki opisujejo disociacijo in disociativne simptome na kontinuumu od normalne do patološke disociacije (npr. Putnam), drugi pa v smislu TSDP, torej da se disociacija vedno nanaša na razcep osebnosti in je kot taka patološka simptomatika (npr. van der Hart, Nijenhuis, Steele, Boon).

Pri prepoznavanju disociacije so lahko v pomoč presejalni vprašalniki DES (Bernstein in Putnam, 1986), DES-T (Waller, Putnam in Carlson, 1996), DIS-Q (Vanderlinden, van Dyck, Vandereycken, Vertommen in Verkes, 1993), SDQ-20 (Nijenhuis, Spinhoven, van Dyck, van der Hart in Vanderlinden, 1996) in MID (Dell, 2006). Težava teh vprašalnikov je, da temeljijo na samooceni, ki je lahko nezanesljiva (tako v pozitivno kot negativno smer), da jih večina temelji na pojmovanju disociacije kot kontinuuma in da bi reševanju vprašalnika moral slediti še diagnostični intervju, ki bi potrdil ali izključil disociativne motnje. Primeri takšnih intervjujev so DDIS (Ross, Heber, Norton in Anderson, 1989), SCID-D (Steinberg, 2000) ter najnovejši TADS-I (Boon in Mathess, 2016). Uporaba primernih instrumentov je pomembna, saj se dobra terapija začne s primerno diagnostično oceno, iz česar sledi načrt obravnave.

Prvi dan se je zaključil s pregledom prve (uvodne) stopnje terapevtske obravnave, pri čemer je bil poudarek na stabilizacijskih tehnikah in pomenu terapevtskega odnosa. Pri slednjem je dr. Boon izpostavila pomembna vprašanja, kot so: *Koliko terapevtov je klient že zamenjal? Kaj so bili razlogi za prekinitev terapije? Kdo je prekinil terapijo? Kakšni konflikti so se pojavljali? Zelo pomembno je namreč, da se klient in terapevt pogovorita o pričakovanjih in možnostih za terapijo. Za stabilizacijo pa je pomembno, da se terapevt ne pogloblja v travmatične izkušnje in spomine (tudi ne med diagnostično*

oceno), pri čemer je klientu potrebno pojasniti, zakaj. Osredotočanje na podrobnosti dogodka(ov) bi lahko sprožilo travmatične spomine, ki so (v tem trenutku) za klienta še preintenzivni za soočanje.

Klient na začetku doživlja veliko strahu pred tem, da bo prizadet, da drugim ne more zaupati, da ne more zaupati sebi, da so svet in ljudje, ki ga obdajajo, nevarni, da je njegov notranji svet strašljiv ipd. Doživlja tudi veliko sramu, da je preobčutljiv, neumen, umazan, da so njegove misli, želje, čustva, potrebe sramotne ipd. Klient ima lahko tudi nasprotujoča si prepričanja in misli o terapevtu npr.: *Terapevt je moj rešitelj, rešil me bo osamljenosti in travme. Nihče drug mi ne more pomagati kot ta terapevt – ampak upam, da je dovolj izkušen, da ima dovolj časa, da ne bo naredil napake, da me ne bo zapustil, da me ne bo ranil, ipd. Če bi terapevt zares vedel in videl, kdo sem, bi me zavrnil, bi se mu zagnusil, ne bi več želel delati z menoj, ipd.* Klienti se tudi pogosto sprašujejo, ali je terapevt sposoben zdržati z njihovimi neobvladljivimi čustvi, z njihovo grozljivo zgodovino pa tudi kaj ima terapevt od tega, da jih zdravi. Vsa ta vprašanja so pomembna, saj je osrednja naloga prve stopnje terapije premagati fobijo pred odnosom s terapevtom in navezanostjo nanj. Klient mora izkusiti in verjeti, da je terapevt nekdo, na kogar se lahko oklene, ga zavrne in h komur se lahko vrne, ne da bi bil za to kaznovan. To je velika odgovornost za terapevta, zato je ključnega pomena supervizija, zavedanje transferja in kontratransferja, kot tudi terapevtova skrb zase.

Drugi dan konference je začel dr. van der Hart s prispevkom *Kako delati z disociiranimi deli*, pri čemer se je še posebej osredotočil na premagovanje fobije pred notranjim doživljanjem (angl. inner experience) in fobije pred disociiranimi deli. Kliente je pogosto strah lastnih čustev, misli, telesnih senzacij, spominov, potreb, predvidevanj, prepričanj, želja in fantazij. Premagovanje strahu pred notranjim doživljanjem mora biti predhodno ali vsaj vzporedno s premagovanjem strahu pred disociiranimi deli, saj nekdo, ki ne more sprejeti lastnih čustev, senzacij, potreb itd., tudi svojih disociiranih delov ne bo mogel sprejeti. Disociirani deli namreč vključujejo vsa ta notranja doživljanja. Terapevt pri tem nikakor ne sme biti vsiljiv in nestrpen, pač pa naj ga vodi pristna naklonjenost in radovednost, kar npr. odraža vprašanje: *»Kaj bi se zgodilo, če bi si dovolili začutiti več tega?«* Pri tem je vsekakor pomembna tudi terapevtova lastna sposobnost ravnanja z notranjim doživljanjem.

Dr. van der Hart je izpostavil eno izmed pogostih »nevarnosti«, in sicer da terapevt naslavlja in krepi samo določene dele osebnosti, najpogosteje otroške dele, ki se zdijo najbolj nemočni. Pri tem sproži še več notranjih konfliktov, saj se na to intenzivno odzovejo sovražni deli (angl. hostile parts), ki so lahko tudi (samo)agresivni. Zato se terapevt nikoli ne sme postaviti na stran enega oz. nekaterih delov, saj s tem škoduje klientu, ampak mora gojiti enako naklonjenost do vseh delov. Prav tako se ne sme osredotočati le na nekatere dele in ignorirati ostale v upanju, da bodo izginili, kakor ne poskušati se znebiti ali izriniti delov. Delo z disociiranimi deli je zato v mnogočem podobno družinski terapiji, pri čemer pa terapevt delov ne sme obravnavati kot posamezne osebe, ampak kot dele iste osebe.

Deli, ki se jih klienti najbolj izogibajo in se jih bojijo, so po van der Hartovih izkušnjah:

- otroški deli, ki so lačni ljubezni (angl. needy parts);
- storilca-posnemajoči deli;
- deli, ki predstavljajo najbolj strah vzbujajoča čustva ali dejanja (npr. sram, promiskuiteta);
- deli, ki nosijo travmatične spomine.

Bolj podrobno se je delu s sovražnimi in storilca-posnemajočimi deli posvetila dr. Boon. Osebnost vsakega klienta z disociativno motnjo vsebuje dele, ki želijo sodelovati in se povezovati s terapevtom, ter dele, ki so prestrašeni in mislijo, da se je nevarno navezati in sodelovati. Obstajajo trije tipi sovražnih delov, ki so obtičali v času travme in ne želijo oz. se bojijo sodelovati s terapevtom:

- del, ki škoduje sebi, kar je disfunkcionalen način za zmanjšanje bolečine, strahu, sramu, nemoči ipd. Vključuje vedenja, kot je samopoškodovanje in prostitucija. Po eni strani je tega dela sram takšnega početja, po drugi pa grozno strah, da mu bo ta njegova strategija obvladovanja čustev v terapiji odvzeta in bo tako ostal brez kakršnegakoli načina za soočanje s težkimi čutenji;
- bojeviti del (angl. fight part) je obtičal v obrambni agresivnosti. Ta del potrebuje razumevanje, da je sedanost varna in da ni potrebe po obrambi. Prezira dele, ki se dojemajo kot šibki, in ga je (za razliko od naslednjega omenjenega dela) strah pred ponovno zagrašitvijo zlorabe. Zaradi tega se boji lastnih agresivnih impulzov in raje napada druge, da bi na ta način zaščitil sebe;
- storilca-posnemajoči del storilca(e) se dojema kot storilec in ponavlja vedenje storilca.

Ker so storilci pogosto skrbniki, je ta del močno navezan na zlorabljaljočega starša. Vključuje introjekte pravih storilcev. Ta del običajno ni bil prisoten med samo zlorabo, zato nima zavedanja o zlorabi.

Vsak izmed navedenih tipov potrebuje različen pristop terapevta, pri čemer je pomembna tudi notranja organizacija oz. hierarhija med deli. Storilca-posnemajoče dele ostali deli pogosto doživljajo kot šefe ali vodje in kot najmočnejše, tako se največkrat doživljajo tudi sami. Pogosto imajo mlajše dele (z enako funkcijo), ki jim lahko ukazujejo, in so kot nekakšni sužnji ali postreščki. Kadar se klient samopoškoduje, se vede samomorilno oziroma izvaja druga nevarna dejanja, obstaja možnost, da so bili ti deli tisti, ki so klientu naročili, naj izvede dejanje.

V zaključnem delu konference je dr. van der Hart spregovoril o načinu dela in principih druge in tretje stopnje obravnave. Predpogoj za vstop v drugo stopnjo zdravljenja je ANP-jeva sposobnost, da umiri in deaktivira EP-je, saj se na ta način zmanjša tudi ANP-jeva fobija pred travmatični spomini. Jedrna naloga druge stopnje obravnave je podelitev travmatične izkušnje med vsemi deli. Pomembno je, da terapevt sprva izbere najmanj intenziven spomin, zato da se lahko klientova sposobnost predelovanja travmatičnih spominov počasi krepi. Pri načrtovanju posameznega terapevtskega srečanja pa je pomembno pravilo tretjin: v prvi tretjini srečanja je potrebna priprava na »delo« in začetek dela na spominu, večino dela se opravi v drugi tretjini srečanja, med tem ko je

zadnja tretjina srečanja namenjena obvladovanju, prizemljitvi (da je klient prisoten in se zaveda sedanjosti) ter pripravi na odhod iz terapevtske pisarne.

Cilji tretje stopnje obravnave so preoblikovanje fobije pred intimnostjo v odnosu z drugimi, pred »normalnim« vsakdanjim življenjem in spremembami, pred zdravimi tveganji, pred telesom in seksualnostjo. Ker so klienti bolj »vpeti« v življenje, ker bolj »živijo« življenje, se v tej fazi pogosto pojavi žalovanje za tem, za kar je bil klient pri-krajšan zaradi travme.

Ob koncu konference se je dr. van der Hart ponovno dotaknil osebne »drže« terapevta, njegove sposobnosti poskrbeti zase, saj terapija travme ni lahko delo. Poudaril je pomen primerne znanja, redne supervizije, podpore s strani kolegov pa tudi protiteži v terapevtskem vsakdanjem življenju (da dela stvari, ki ga veselijo, napolnjujejo, sproščajo).

To sta bila dva polna in intenzivna dneva. Nemogoče je opisati in strniti vse predstavljene videoposnetke, primere in tehnike, vsa vprašanja, povezovanja in izmenjave idej. To je bilo enostavno potrebno izkusiti. Iskrena zahvala gre ESTD, ki organizira tako kvalitetne dogodke po res dostopnih cenah. ESTD sicer združuje strokovnjake iz Evrope in sosednjih držav (Izrael, Turčija, itd.), ki delujejo na področju psihotravmatologije, disociativnih motenj in drugih težav, povezanih s travmo in ekstremnim stresom. Cilji združenja so spodbujanje sodelovanja med strokovnjaki, organiziranje izobraževalnih programov v različnih evropskih državah, kot je bila ta konferenca v Debrecnu, podpiranje nacionalnih in mednarodnih raziskovalnih projektov, ena od prednostnih nalog pa je podpirati širjenje znanja iz psihotravmatologije v tistih evropskih državah, kjer to področje še ni dovolj razvito.

Tudi v Sloveniji delimo vizijo ESTD – želimo širiti pomembno znanje o psihotravmatologiji, o kompleksnih travmah in disociativnih motnjah ter povezovati strokovnjake s tega področja. V juniju 2017 smo tako v Ljubljani organizirali uvodno izobraževanje *Zdravljenje kompleksnih travm in disociacije*, ki se ga je udeležilo 30 terapevtov, psihiatrov in kliničnih psihologov. V tem času je naraslo tudi število slovenskih članov ESTD, kar nakazuje, da se v Sloveniji zavedamo kompleksnosti tega področja in pomembnosti poznavanja primerne obravnave travmatiziranih oseb.

Trenutno sicer poteka preverjanje psihometričnih lastnosti DIS-Q vprašalnika, ki meri disociativne simptome in je nekakšen evropski brat ameriškega vprašalnika DES. Prvi rezultati kažejo na visok odstotek poročane travme! Da bi bili rezultati verodostojni, pa potrebujemo še nekaj odgovorov predvsem moških, starejših od 40 let. Vprašalnik je dostopen na tem naslovu: <https://www.1ka.si/a/134685> in bo po validaciji prosto dostopen strokovnjakom, ki se ukvarjajo z duševnimi motnjami. Vsi, ki želite aktivno prispevati k izboljševanju duševnega zdravja v Sloveniji, ste vabljeni, da vprašalnik izpolnite ali ga v izpolnjevanje posredujete ustreznim kandidatom.

Če smo nekoliko pogledali v preteklost in se ustavili v sedanjosti, lahko predstavimo še načrte za prihodnost: ker je cilj ESTD-ja širjenje znanja in izobraževalnih dogodkov, si prizadevamo, da bi v Sloveniji vzpostavili celovit program usposabljanja iz psihotravmatologije. Toliko o Sloveniji, zaključimo pa še z mislijo na Debrecen: tam nismo samo »delali«, ampak smo poskrbeli zase tudi s skupno večerjo obeh predavateljev in

ESTD predstavnikov iz Madžarske, Poljske, Romunije in seveda Slovenije. V sproščnem druženju, ki je bilo protiutež težki tematiki kompleksnih travm in disociacije, smo med drugim snovali tudi bodoča sodelovanja. Se že veselimo!

Literatura

- Bernstein, E. M., in Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(12), 727–35.
- Boon, S., in Mathess, H. (2016). Trauma and Dissociation Symptoms Interview (TADS-I). Pridobljeno s <http://www.suzetteboon.com/en/>
- Dell, P. F. (2006). The Multidimensional Inventory of Dissociation (MID): A Comprehensive Measure of Pathological Dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(2), 77–106.
- International Society for the Study of Trauma. (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma and Dissociation*, 12(2), 115–187.
- Nijenhuis, E. R., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O., in Vanderlinden, J. (1996). The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(11), 688–94.
- Ross, C. A., Heber, S., Norton, G. R., in Anderson, D. (1989). The Dissociative Disorders Interview Schedule: A structured interview. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 3(2), 169–189.
- Steele, K., van der Hart, O., in Nijenhuis, E. R. S. (2001). Dependency in the Treatment of Complex Posttraumatic Stress Disorder and Dissociative Disorders. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2(4), 79–116.
- Steele, K., van der Hart, O., in Nijenhuis, E. R. S. (2005). Phase-Oriented Treatment of Structural Dissociation in Complex Traumatization: Overcoming Trauma-Related Phobias. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(3), 11–53.
- Steinberg, M. (2000). Advances in the clinical assessment of dissociation: the SCID-D-R. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64(2), 146–63.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., in Solomon, R. (2010). Dissociation of the Personality in Complex Trauma-Related Disorders and EMDR: Theoretical Considerations. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(2), 76–92.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., in Steele, K. (2006). *The haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*. New York, London: W.W. Norton & Company.
- Van Der Hart, O., Steele, K., in Nijenhuis, E. (2017). The treatment of traumatic memories in patients with complex dissociative disorders. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 1, 25–35. <http://doi.org/10.1016/j.ejtd.2017.01.008>
- Vanderlinden, J., van Dyck, R., Vandereycken, W., Vertommen, H., in Verkes, R. J. (1993). The Dissociation Questionnaire (DIS-Q) - Development of a new self-report questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1(1), 21–27.
- Waller, N., Putnam, F. W., in Carlson, E. B. (1996). Types of dissociation and dissociative types: A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods*, 1(3), 300–321.
-