

Deep Brain Reorienting (DBR) – en ny metod för behandling av komplex psykisk traumatisering

Efter att ha läst den första artikeln om Deep Brain Reorienting (DBR) (Corrigan & Christie-Sands, 2020) tog jag kontakt med skotske psykiatern Frank M. Corrigan i början av år 2021. Då grasserade covid-19 och det gick inte att resa till Skottland. Han visade över nätet hur DBR går till. Eftersom metoden har vissa likheter med Fokusering (Gendlin, 1978), en metod som inspirerat de flesta kroppsbaserade psyko-terapiformerna, och som jag använt i mer än 30 år, så förstod jag inte där och då hur nyskapande DBR var och är. Men erfarenheten låg och puttrade på förmedvetna nivåer och jag provade senare att använda den i en komplicerad terapi med en dissociativ patient. Jag upplevde då att DBR öppnade till en ny förmåga till bearbetning hos patienten. Därefter började jag utbilda mig i metoden som innebär ett nytt tillvägagångssätt för behandling av traumarelaterade störningar.

DBR syftar till att bearbeta den ursprungliga sekvensen av de fysiologiska reaktioner som uppstår när delar av hjärnans djupa strukturer, i framför allt hjärnstam och mitthjärna, blir uppmärksammade på ett hot eller en anknytningsstörande upplevelse

(Corrigan & Christie-Sands, 2020; Corrigan et al., 2025). Hittills har en randomiserad kontrollerad studie (RCT) genomförts (Kearney et al., 2023), som visade att DBR var effektivt vid korttidsbehandling av posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och komplex PTSD (CPTSD). Det finns en fallbeskrivning (Gerge et al., 2025) där bildterapi kombinerades med DBR och två fallbeskrivningar med DBR i arbete med dissociativ identitetsstörning (DID) (Gerge, 2025a) publicerade liksom även en lättillgänglig bok på svenska (Gerge, 2025b).

Vad är DBR?

DBR är en traumapsykoterapi som syftar till att få tillgång till och bearbeta traumatiska upplevelser. Det sker genom att startpunkten för kroppens svar på ett hot eller en anknytningsstörande upplevelse spåras och processas på ett sätt som blir uthärdligt för patienten. Det som en gång påverkat mitthjärna och hjärnstam när dessa uppmärksammat något potentiellt överväldigande kan på så sätt läkas med hjälp av DBR. Metoden har utvecklats av Frank Corrigan för att hjälpa patienter att bearbeta svåra upplevelser när till exempel Eye

Movement Desensitization and Reprocessing Therapy (EMDR) och KBT inte räcker för att hjälpa patienten att komma över sin traumatisering.

I DBR får patienten hjälp att hitta ett tillfälle då hen såg/hörde/lade märke till något överväldigande. Därefter görs en guidning till sinnesnärvaro – här och nu, vilket i DBR kallas ”where-self”, det vill säga en förankring till de aspekter av jaget som vet var någonstans i världen personen befinner sig. Personen påminns närmast om den valda aktiverande upplevelsen samtidigt som hen får hjälp att fokusera på musklerna högt upp i nacken, i pannan och kring ögonen. Enligt DBR-teorin, som bygger på hur hjärnan fungerar, öppnar en sådan förankring för att pre-affektiv chock ska kunna transformeras. Med preaffektiv chock menas kroppens svar på upplevelsen på hjärnstamsnivå, det vill säga på en nivå under de strukturer i våra hjärnor som styr våra affekter och känslor. Nu låter det här kanske tekniskt, men jag lovar: DBR är en metod som bygger på terapeutens engagerade och vänliga närvaro. Metoden passar bra för relationellt inriktade terapeuter och för dem som redan använder kroppsligt baserade eller konstnärliga terapiformer. Och kanske, framför allt, för erfarna psykoterapeuter.

Vid komplex PTSD och anknytningstrauman har uppmärksamheten i form av en orienteringsanspänning ofta följts av att kroppen har svarat med chock. Ett sådant svarsmönster kan ligga kvar i decennier. Genom att bearbeta stressreaktionen på mitthjärnans och hjärnstammens nivå och låta den transformeras, riktar terapin in sig på grundorsaken till den kvarvarande anspänningen.

DBR hjälper människor att orka vara med det som en gång känts som för mycket

DBR skiljer sig från andra psykoterapimetoder genom att den bygger på den senaste tidens forskning om hur den djupa hjärnan reagerar på stress. DBR underlättar en medvetenhet i nuet och förhindrar att klienter omedvetet undviker överväldigande upplevelser. I etologi, läran om djurs beteenden, talar vi om ”appraisal” som på svenska blir värdering. Men ”appraisal” är mer än så och handlar om hur vi uppmärksammar vår omgivning (eller inre signaler som till exempel en flashback). Det handlar också om hur våra system anpassar sig, bland annat genom att pumpa ut stresshormoner, stänga av information eller vända sig bort från obehaglig information.

Att patienter vänder sig bort från potentiellt överväldigande upplevelser kan vara en förklaring till att dissociativa patienter till och med kan bli kliniskt försämrade efter standardiserad, omodifierad Progressive Exposure/CBT-behandling (Loewenstein et al., 2024). DBR kan sannolikt mildra flashbacks och traumatiska intrång i det självbiografiska minnet (Kearney & Lanius, 2024) just genom att metoden ofta upplevs som mildare än andra metoder. Genom att metoden först hjälper patienten att förankra sig i nuet kan den ökade anspänningen och kollapsen samt de negativt laddade affekterna i samband med ”traumakaskaden” (Kozłowska et al., 2015; Terpou et al., 2019) lindras. Med traumakaskaden menas processen av hur våra aktiva försvar som kamp och flykt i alltför överväldigande situationer övergår i våra medfödda passiva försvar med ökande grad av medvetandegrubling och passivitet.

Ofta används en fasspecifik behandling (Herman, 1992; Brand et al., 2022) för att inledningsvis hjälpa komplext traumatiserade patienter till ökad självreglering, trygghet och en tillräckligt bra terapeutisk allians. Därefter kan klienten börja uppleva och dela känslor som smärta, skuld och skam. Balansgången mellan trygghet och att möta det förflutna är ofta utmanande vid komplex traumatisering och det krävs ofta ytterligare stabilisering även under fas 2 – bearbetning och integration. Svårt traumatiserade och dissociativa klienter kan avbryta behandling eller deras terapier kan bli utdragna och ineffektiva - för att undvika outhärdlig smärta. Ofta har den pre-affektiva chocken inte nåtts eller inte behandlats.

I det följande vill jag kort dela några aspekter av ett terapeutiskt förlopp med en patient med dissociativ identitetsstörning (DID) där DBR användes under de sista två åren. De positiva effekter av DBR som kommer att beskrivas har jag också sett hos andra DID-patienter, vid enklare posttraumatiska tillstånd som akut stresstörning och PTSD, vid komplex PTSD (CPTSD) och vid olika vardagliga påfrestningar som vi alla möter. Jag har också funnit DBR mycket effektivt för att lindra traumagenererade överföringsfenomen i handledning (Gerge, 2024).

Fallbeskrivning

Grace (en pseudonym) är mellan 30 och 40 år, lever i ett förhållande och har arbete. Hon uppfyller åtta av tio så kallade ”adverse childhood experiences” poäng

(ACE) (Anda et al., 2006), och hon har som barn under elva år utsatts för sexuella övergrepp. Hon inledde sin terapi för fyra år sedan. Då brottades hon med om det hon mindes var sant eller inte. Termen ”minne” kan vara lite vilseledande i det här sammanhanget, eftersom man inte minns svåra traumagenererade upplevelser på samma sätt som vanliga självbiografiska minnen, vilka kännetecknas av förutsägelse, uppdatering och abstraktion (Kearney & Lanius, 2024). Graces minnesfragment hade traumatisk karaktär och de dissociativa flashbacks som följde verkade vara återupplevda glimtar av svåra övergrepp i barndomen som några år tidigare hade sköljt över henne från ”ingenstans”.

Inledningsvis fick Grace höga poäng på ITQ, International Trauma Questionnaire (Cloitre et al., 2018), DES/DES-T, Dissociative Event Scale (Bernstein & Putnam, 1986), SCL-90-R – Symptom Checklist-revised (Derogatis 1994), se bifogade grafer sidan 8. På grund av hennes höga poäng på självskattningsskalorna, särskilt med avseende på dissociation, intervjuades hon med SCID-D (Steinberg, 1993) och hon fick diagnosen DID.

Till min förvåning kunde vi ändå relativt omgående gå in i fas 2-arbete (Herman, 1992). Målet med fas 2 är att underlätta bearbetning av traumaberättelsen inklusive de känslomässiga aspekterna, de traumatiska händelsernas inverkan på personen och hens kognitioner och självuppfattningar. Det kan handla om självdestruktiva föreställningar som ”jag är värdelös” eller ”jag är en skadad vara”. Efter att terapin inledningsvis skapat trygghet och byggt en tillräckligt bra terapeutisk allians (på psykodynamisk grund) kunde Grace börja uppleva och dela känslor som smärta, skuld och skam. Det är också viktigt att notera att hennes föräldrar inte var förövarna, även om de inte hade förstått hur utsatt hon hade varit och därför inte heller hade kunnat skydda henne. Att de själva inte hade utsatt henne bidrog förmodligen till det relativt snabba läkningsförloppet, men innebar inte att själva sessionerna eller de efterföljande processerna var utan svårigheter för Grace.

Som kan ses i graf 1 och 2 skedde en djupgående förändring mot hälsa under Graces första år i terapi. Under terapins första år var behandlingsfrekvensen 75 minuter var fjortonde dag. Under år två och framåt var sessionerna 60 minuter var tredje till fjärde vecka. Vi visste att det var för glest, men på grund av ekonomisk recession och ökade bränslekostnader hade Grace inte råd att komma oftare, eftersom hon hade lång resväg.

Den glesa frekvensen kan vara orsaken till den relativa tillbakagången i läkningens takt mellan år 1 jämfört med år 2. Under de två sista åren, då DBR användes, fortsatte dock terapin med samma glesa frekvens. I graferna framgår också att från och med år ett, då den psykoforma dissociationen började sjunka, mätt med DES/DES-T, Dissociative Event Scale/The DES-taxon, ökade tillgången till hennes traumaminnen. Det här är ett mönster som inte är ovanligt vid behandling av svår dissociation – när dissociationen börjar lätta förvärras de traumatiska inträngarna. Eventuellt kan också det faktum att EMDR användes relativt tidigt i terapin, ha blivit betungande för Grace. Kanske gick terapin då över hennes integrativa kapacitet även om EMDR mildrades av hypnos och Ego-State terapi, en hypnosbaserad metod för att nå och arbeta med inre delar, så kallade Ego States (Gerge, 2013; Watkins & Watkins, 1997). Hon blev dysreglerad under och mellan sessionerna, vilket inte är ovanligt när starkt dissociativa patienter behandlas med de evidensbaserade traumaterapierna (Loewenstein et al, 2024).

Under de senaste två åren, år tre och fyra av terapin, behandlades Grace med DBR, en metod som visade sig vara mild men effektiv för henne. För en mer utförlig beskrivning av förloppet, (se Gerge 2025).

Redan under den andra DBR-sessionen säger Grace spontant:

Det här (DBR) känns som ett mycket kreativt verktyg för att överleva överväldigande upplevelser ... den extrema dissociationen släppte, och jag tror att det finns en sorg som jag var tvungen att förtränga.

Efter 10 DBR-sessioner sammanfattar Graceprocessen: DBR har räddat mitt liv och gjort upplevelsen uthärdlig. DBR håller det på en OK nivå. Jag får möjlighet att bearbeta utan att det känns som om jag ska dö... Jag har också insett att det inte är något problem. Jag kommer att klara mig igenom (terapin) eftersom jag ser att jag kommer att göra det. Tiden efter sessionerna är mindre hemsk. Det kommer inga plötsliga flashbacks... Det sker väldigt lugnt och som om det vore stilla. Jag känner att även efter (sessionen) om jag tappar kontrollen och inte har något stöd, om jag är ensam, är det fortfarande inte outhärdligt för det kommer mycket långsamt. Det är inte det där höghastighetståget som en flashback är.

Graces självskattningsskalor var efter 30 DBR-sessioner under två års tid djupgående positivt förändrade



Graf 1



Graf 2

För information om graferna se text t v.

och hon verkade vara symptomfri. Redan efter 20 DBR-sessioner var hennes självskattningar helt asymtomatiska, vilket framgår av graferna 1 och 2.

En månad efter den trettonde DBR sessionen skrev Grace att hon: tänker mycket på hur jag ska börja leva i stället för att bara överleva.

Vid uppföljningen två månader efter den sista DBR-sessionen tydde Graces självskattningar fortfarande på symptomfrihet. Hon ombads också att sammanfatta terapin i tre meningar:

Något som verkligen har slagit mig är att jag har insett att jag aldrig var trasig. Från början har den djupa kärnan alltid varit hel. DBR har hjälpt mig att komma till kärnan. Jag tror att DBR är det enda sättet att komma dit. Tidigare skyddade dissociationen min kärna, nu behövs inte dissociationen längre.

Sammanfattning av fallbeskrivningen

Det relationella stöd som erbjöds under sessionerna baserades på en relationell psykodynamisk hållning

(Lemma et al., 2008). Även kunskap om medfödda affekter, inklusive skam, vårt anknytningssystem och dissociativa processer vägledde interventionerna under hela fyraårsperioden. Interventionerna syftade till att förbättra kontinuiteten i Graces självbiografiska minnen, att öka hennes co-consciousness, det vill säga sammedvetande, mellan olika aspekter av hennes själv och, framför allt, höja hennes livskvalitet. Terapin omfattade hypnos, inklusive ego-state terapi och vissa utökade EMDR-protokoll under de första två åren. De två sista åren var terapin helt fokuserad på DBR vilket har medfört att Graces förmåga till förändring, samt till att tro på och omvandla sina minnen och, framför allt, hennes förmåga att bli mer närvarande och att sätta gränser har ökat.

Grace kan nu minnas tidigare upplevelser och är inte längre plågad av flashbacks eller påträngande tankar. Hon har berättat om övergreppen för sin närmaste krets och har blivit trodd. Huvudförövaren, som inledningsvis anklagade henne för att ljuga, har sedan dess upphört att vara en del av Graces liv. I takt med att hennes olika delar har integrerats och hon har utvecklat en mer kongruent självkänsla med ökad handlingskraft och minskad depersonalisering har hennes relation till partnern fördjupats. Hon upplever mer styrka och lycka.

Avslutande synpunkter

Det är värt att notera att för DID-klienter med en historia av försummelse och/eller övergrepp från primära vårdnadsgivare kräver behandlingen ofta en mer långvarig stabiliseringsfas innan de traumatiska upplevelsorna kan adresseras (Gerge, 2025a). För individer som har upplevt djup existentiell ensamhet, kanske till följd av allvarliga sexuella övergrepp i barndomen eller försummelse, och särskilt för dem som därefter uppfyller kriterierna för DID finns ett stort lidande. De personerna upplever ofta en djup omedveten rädsla för att uppleva hur det känns att vara – sig själva. I sådana fall är det inte säkert att närvaron av vänlighet eller positivitet från en terapeut är tillräcklig för att underlätta klientens återkoppling till aspekter av jaget som personen vänt sig bort från tidigt i livet. Då kan terapins relationella förhållningssätt behöva kompletteras med en förståelse av den djupa hjärnans processer i samband med de överväldigande händelserna. Ett sådant tillvägagångssätt underlättas av den nyligen utvecklade traumaterapimetoden DBR.

DBR erbjuder en hypotes och en metod för att beskriva och behandla traumatisering och dissociation på en nivå som omfattar hela hjärnan, inklusive mitthjärnan och hjärnstammen. Att införliva kunskap från Corrigan och Christie-Sands (2020), Corrigan med flera (2025) och Kearney och Lanius (2022, 2024) i behandlingsarbete rekommenderas varmt. Det kan leda till terapeutiska förhållningssätt som underlättar regleringen av högre kortikala funktioner som hur vi tänker och känner. Men för att nå den regleringen hos dissociativa patienter behöver de djupare nivåerna av hjärnan adresseras (Kearney & Lanius, 2022). DBR verkar kunna erbjuda en precis och anpassad metod för just detta.

DBR erbjuder en effektiv hjälp till de patienter som tidigt dissocierat i samband med outhärdliga upplevelser. DBR tycks bidra till minskad depersonalisering, förbättrad hotuppfattning och ökad tillgång till resursstarka tillstånd. DBR kan potentiellt underlätta en förändring av traumatiserade personers inre världar och yttre verklighet, liksom en förändring av deras självuppfattning, vilket illustrerats i den kliniska vinnjett som presenterats.

Notera också att i arbetet med starkt dysreglerade klienter är det absolut nödvändigt att följa principen för klinisk hypnos, nämligen att man inte ska använda hypnos med en klient som har symptom som man inte är utbildad för att behandla. Denna princip är lika tillämplig på DBR. Men för terapeuter som är utbildade i behandling av svår traumagenurerad dissociation verkar DBR erbjuda en ny, effektiv, vänlig och djupt förändringsframkallande metod.

Fortsatt utveckling

Framsteg i den neurobiologiska förståelsen av hjärnans bedömningsprocesser och de dissociativa processerna har lett till utvecklingen av DBR. Om DBR kan bli en evidensbaserad psykoterapeutisk metod för svår traumainducerad dissociation, inklusive DID, behöver undersökas genom fortsatt forskning med pilotstudier och därefter kontrollerade studier och jämförelser med sedvanlig behandling. Det bör också noteras att behandling av allvarliga dissociativa störningar, inklusive DID, vanligtvis kräver en mångårig behandling. Det gör att randomiserade kontrollerade studier (RCT) blir dyra och svåra att genomföra, eftersom DID inte kan behandlas med korta interventioner (Brand et al., 2009; Nijenhuis, 2017). Men eftersom

DID är ett tillstånd som är mycket stigmatiserat, missförstått, underfinansierat och understuderat (Purcell et al., 2024) behövs forskning, och till exempel införandet av DBR bör kunna analyseras inom ramen för längre terapier.

Jag hoppas med den här artikeln ha inspirerat till ökad nyfikenhet samt hopp om att även långvariga terapier, som kan ha hamnat i platåfaser, kan ta ny fart gentemot läkning och hälsa. I arbete med höggradigt dissociativa patienter ser vi annars ofta att deras terapier stagnerar med begränsad fortsatt utläkning. Det kan sannolikt bero på att patienternas omedvetna strategi: att vända sig bort från det som de upplever som outhärdligt - inte är lätt att förändra. DBR tycks erbjuda den möjligheten. Och för att citera Frank Corrigan "I DBR förlitar vi oss på orienteringsanspanningen som patientens svar på ett noggrant utvalt aktiverande stimuli, snarare än hypnos eller tolkning, som hjärnstammens väg in i det omedvetna." (ppt 99, dag 2, DBR level 3, Corrigan, 2021).

Följaktligen bör terapeutiska insatser för traumatiserade patienter inriktas på att påverka regleringen av hjärnans djupa delar, oavsett om dysregleringen av dessa regioner kan hänföras till barndomstrauma eller traumatiska upplevelser i vuxen ålder.

Tack

Jag vill tacka Grace som delat med sig av sin process och Frank M. Corrigan, MD, PhD, som utvecklat Deep Brain Reorienting (DBR). ○



ANNA GERGE

Fil. dr, leg. psykoterapeut,
lärare och handledare
i psykoterapeutiskt arbete.
Epost: anna@insidan.se

REFERENSER

- Anda, R.F., Felitti, V.J., Bremner, J.D., Walker, J.D., Whitfield, Ch., Perry, B.D., Dube, Sh.R., & Giles WH (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry & Clin Neuroscience*, 256(3), 174–186. 10.1007/s00406-005-0624-4
- Bernstein, E.M., & Putnam, F.W. (1986). Development, Reliability, and Validity of a Dissociation Scale. *J Nerv Ment Dis*, 174(12), 727-735.
- Brand, B.L., Schielke, H. J., Schiavone, F. L., et al. (2022). *Finding solid ground: Overcoming obstacles in trauma treatment*. New York, NY: Oxford University Press, 2022.
- Brand, B.L., Classen, C. C., McNary, S. W., & Zaveri, P. (2009). A review of dissociative disorders treatment studies. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 646–654. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181b3afaa>
- Corrigan, F.M., Young, H., & Christie-Sands, J. (2025). *Deep Brain Reorienting, Understanding the Neuroscience of Trauma, Attachment Wounding, and DBR Psychotherapy*. London, UK: Routledge.
- Corrigan, F. (2021). ppt 99, dag 2, DBR level 3, opublicerat undervisningsmaterial.
- Corrigan, F.M., & Christie-Sands, J. (2020). An innate brainstem self-other system involving orienting, affective responding, and polyvalent relational seeking: Some clinical implications for a “Deep Brain Reorienting” trauma psychotherapy approach. *Med. Hypotheses* 136:109502. doi: 10.1016/j.mehy.2019.10 9502
- Derogatis, L.R., & Lazarus, L. (1994). SCL-90—R, Brief Symptom Inventory, and matching clinical rating scales. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (pp. 217–248). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Gendlin, E. (1978). *Focusing*. New York, NY: Everest House.
- Gerge, A. (2025a). The utilisation of deep brain reorienting (DBR) in the treatment of two clients with dissociative identity disorder (DID). *Eur J Trauma & Dissociation* 9: 100579. doi.org/10.1016/j.ejtd.2025.100579.
- Gerge, A. (2025b). *Deep brain reorienting : psykoterafin som läker på djupet – DBR för anknytningskador och trauma* Stockholm: Insidan.
- Gerge, A., Rudstam, G., Söndergaard, HP. (2025). Neuroscience-based relational art therapy and deep brain reorienting in the treatment of dissociative identity disorder. *Front Psychol*, 16:1454483. doi: 10.3389/fpsyg.2025.1454483.
- Gerge, A. (2024). In-depth consultation: Deep brain reorienting (DBR) as a potential tool for transforming countertransference reactions in trauma therapists, *Eur J Trauma & Dissociation*, 8(3), 100442, doi.org/10.1016/j.ejtd.2024.100442.
- Gerge, A. (2013). *Hypnosbaserad Ego State-terapi*. Stockholm: Insidan.
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery*. New York, NY: Basic Books.
- Kearney, B.E., Lanius, R.A. (2024). Why reliving is not remembering and the unique neurobiological representation of traumatic memory. *Nat. Mental Health* 2, 1142–1151. doi: 10.1038/s44220-024-00324-z
- Kearney, B.E., Corrigan, F.M., Frewen, P.A., Nevill, S., Harricharan, S., Andrews, K., Jetly, R., McKinnon, M.C. & Lanius, R.A. (2023). A randomized controlled trial of Deep Brain Reorienting: a neuroscientifically guided treatment for post-traumatic stress disorder. *Eur. J. of Psychotrauma*. 14:2, 2240691, doi: 10.1080/20008066.2023.2240691
- Kearney, B. E., & Lanius, R.A. (2022). The brain-body disconnect: A somatic sensory basis for trauma-related disorders. *Frontiers in Neuroscience*, 16, 1–34. doi: org/10.3389/fnins.2022.1015749
- Kozłowska, K., Walker, P., McLean, L., & Carrière, P. (2015). Fear and the Defense Cascade: Clinical Implications and Management. *Harv Rev Psychiatry*, 23(4), 263-87. doi: 10.1097/HRP.000000000000065.
- Lemma, A., Roth, A., & Pilling, S. (2008). *The Competences Required to Deliver Effective Psychoanalytic/ Psychodynamic Therapy*. <https://www.ucl.ac.uk/pals/research/clinical-educational-and-health-psychology/research-groups/core/competence-frameworks-6>
- Loewenstein, R.J., Lewis-Fernández, R., & Frewen, P. (2024). Chapter 20. Dissociative Disorders. In R. Boland & M. Verduin (Eds.) *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 11th edition* (pp.1927–2026). Philadelphia, Pennsylvania: Lippincott, Williams and Wilkins.
- Nijenhuis, E.R.S. (2017). *The trinity of trauma: Ignorance, fragility, and control – enactive trauma therapy*. Bristol CT: Vandenhoek & Ruprecht.
- Purcell, J.B., Brand, B., Browne, H.A., Chefetz, R.A., Shanahan, M., Bair, Z.A., Baranowski, K.A., Davis, V., Mangones, P., et al. (2024). Treatment of dissociative identity disorder: leveraging neurobiology to optimize success, *Expert Review of Neurotherapeutics*, DOI: 10.1080/14737175.2024.2316153
- Steinberg, M. (1993). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (SCID-D)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Terpou, B. A., Harricharan, S., McKinnon, M. C., Frewen, P., Jetly, R., & Lanius, R. A. (2019). The effects of trauma on brain and body: A unifying role for the midbrain periaqueductal gray. *J. Neurosci. Res.* 97, 1110–1140. doi: 10.1002/jnr.24447
- Watkins, J. G., & Watkins, H. H. (1997). *Ego states: Theory and therapy* (1st ed). New York, NY: W.W. Norton.