

Traducir la histeria: estrés postraumático subtipo disociativo

Elena Levy Yeyati

Doctora en Medicina de la Universidad de Buenos Aires

Especialista en psiquiatría

Psicoanalista

E-mail: elyeyati@intramed.net

Resumen

Para abordar los síntomas de despersonalización y desrealización se incluyó en el DSM-5 el subtipo disociativo de trastorno por estrés postraumático. La despersonalización y desrealización han sido admitidas, con formas agudas y/o crónicas, dentro de los trastornos disociativos desde el DSM-III. Siguiendo el DSM-5 los diagnósticos de trastornos disociativos crónicos se aplican mucho en países como EE. UU., Canadá y otros lugares de Europa, no así en Argentina. Los trastornos disociativos tienen una importante relación clínica e histórica con la histeria, que se incluye en las pautas para su diagnóstico en la CIE-10. La inclusión de la histeria y diagnósticos afines en la CIE-10 en conexión con síntomas disociativos crónicos constituiría una de las barreras para la implantación del hábito diagnóstico de trastornos disociativos crónicos fuera de los países mencionados. El modo en que se explica la relación entre trauma, disociación e histeria diverge según las referencias teóricas elegidas (p.ej. si se sigue a Janet o a Freud). Se ha reconocido la influencia decisiva de las teorías de Janet en los lugares donde se emplean diagnósticos disociativos crónicos. Sendas teorías tienen diferentes consecuencias en la práctica psicoterapéutica: hipnosis o psicoanálisis. La idea de este trabajo es mostrar que los autores del subtipo disociativo de TEPT buscan una validación del constructo que tenga mayor influencia transcultural.

Palabras clave: DSM-5 - TEPT subtipo disociativo - Trastornos disociativos - CIE-10 - Histeria - Janet - Freud.

TRANSLATING HYSTERIA: PTSD DISSOCIATIVE SUBTYPE

Abstract

To address the symptoms of depersonalization and derealization a specific dissociative subtype of posttraumatic stress disorder has been included in DSM-5. Depersonalization and derealization have been defined as acute and chronic symptoms of dissociative disorders since DSM-III. Dissociative disorders with chronic features are often diagnosed in North America, Canada and other European countries, but this is not the case in Argentina. Dissociative disorders have clinical and historical features that are strongly connected with hysteria. The latter is included in ICD-10 within the guidelines for diagnoses of dissociative disorders. This would be one of the reasons for not using dissociative disorders with chronic presentations of symptoms like depersonalization and derealization in countries other than North America or Canada: instead hysteria keeps on being used. The relation between trauma, dissociation and hysteria has been explained in different ways depending on the underlying theory (i.e. Janet's or Freud's). Janet's conceptualizations have had decisive influence in DSM formulations in chronic forms of dissociative disorders. Janet's and Freud's theories lead to different consequences on psychotherapy: hypnosis or psychoanalysis. The aim of this article is to show that the authors of PTSD dissociative subtype are in search of a cross-cultural validity of the construct which might be able to exert a more global influence.

Key words: DSM-5 - PTSD dissociative subtype - Dissociative disorders - ICD-10 - Hysteria - Janet - Freud.

“La psicosis histérica disociativa puede ser una vía de acceso al descubrimiento de los trastornos disociativos crónicos en países donde los clínicos están más familiarizados con las presentaciones agudas de los trastornos disociativos.”

(Spiegel, 2011)

Introducción

El DSM-5 (1) acaba de enriquecer su tarea de traducción; por obra de un subtipo de trastorno por estrés postraumático (TEPT) llamado disociativo, propone una nueva combinación de la clásica fórmula: trauma, disociación e historia.

Entre nosotros, el prototipo de enfermo postraumático con fenómenos de despersonalización o desrealización es el que padece un trastorno breve, de aparición temprana y reversible. Esta conexión de criterios se funda en el consenso local: la clínica de las reacciones agudas dista de ser la de las formas crónicas. Para las presentaciones complejas, de largo plazo, o de aparición demorada hay que hacer diagnóstico diferencial, por ejemplo, con historia. Esa tradición diagnóstica, que compartimos con clínicos de otros países, se refleja bien en la CIE-10 (2). La idea de este trabajo es mostrar que los autores del subtipo disociativo de TEPT buscan una validación del constructo que tenga mayor influencia transcultural.

Para comprender los alcances del subtipo de TEPT disociativo y su parentesco con la historia es preciso revisar la clínica y los debates que enmarcaron el surgimiento del capítulo de los trastornos disociativos desde el DSM-III. Un caso paradigmático en el mundo angloparlante ha sido la querrela entre el movimiento de los recuerdos recuperados en terapia y los partidarios del síndrome de los falsos recuerdos recuperados¹, querrela que reavivó las controversias entre Pierre Janet y Sigmund Freud en torno a trauma, disociación e historia (3, 4, 5).

Hay quienes mantienen que *represión* traduce en la obra de Freud lo que *disociación* expresa en la de Janet. Cabe recordar que la doctrina de uno fue rival y oponente de la del otro: Janet empleó la hipnosis para eliminar recuerdos disociados en los histéricos; Freud se privó de ello para elaborar un método a la medida de un sujeto capaz de juzgar sobre propósitos. Esta histórica polémica tiene relevancia determinante para la orientación terapéutica de hoy.

TEPT subtipo disociativo: tipos de síntomas y prototipos²

En otro trabajo se han expuesto en detalle las modificaciones introducidas en el criterio A del TEPT en el

DSM-5 (7). Con relación a lo establecido en el DSM-IV-TR, los síntomas y estados disociativos han cobrado una mayor importancia en la última versión del manual. Dentro de los síntomas principales, que van de los criterios B a E (ver Tabla 1), los flashbacks y la amnesia (presentes en el DSM-IV-TR) quedaron subsumidos bajo el rótulo más general de la disociación. El criterio B3 describe “reacciones disociativas de la conciencia (p.ej., flashbacks)” (p. 271), y el criterio D1 indica “incapacidad de recordar un aspecto importante del evento traumático (típicamente debida a amnesia disociativa)” (p. 271). Por definición, la duración de la alteración (síntomas de los criterios B, C, D y E) es de más de un mes. Vale decir que el diagnóstico TEPT excluye la duración breve (menos de un mes) y se abre a una persistencia ilimitada de los síntomas. Ahora bien, la creación de un subtipo disociativo de TEPT en el DSM-5 es absolutamente novedosa. Su especificación incluye síntomas de despersonalización y desrealización (ver Tabla 2), a los que también se considera síntomas disociativos de tipo intrusivo, aunque su relación con los flashbacks y la amnesia disociativa no ha sido claramente establecida (8, 9).

Existe amplio consenso en afirmar que la despersonalización y la desrealización son la quintaesencia de la respuesta al trauma agudo, manifestaciones que tienen una alta prevalencia entre quienes sufrieron accidentes u otras situaciones traumáticas únicas y recientes. Sin embargo, con el subtipo disociativo se quiere hacer extensivo el diagnóstico a pacientes con síntomas semejantes pero persistentes. La población comprendida también cambia ya que según el DSM-5 los pacientes que presentan TEPT con formas de disociación crónica padecieron experiencias traumáticas (sexuales o de guerra; en la infancia o la adultez) prolongadas y repetidas. Para Spiegel y colaboradores (10), la presencia de síntomas disociativos, que en su forma extrema implican el traslado alucinatorio completo del paciente a los acontecimientos traumáticos, se diagnostica como psicosis histérica disociativa según la CIE-10.

¹ El movimiento de los recuerdos recuperados (*Recovered Memory Movement*) es el movimiento social en torno a las terapias basadas en la recuperación mnésica, que engloba un conjunto de teorías y prácticas psicoterapéuticas cuya finalidad es curar a través de la reactivación de los “recuerdos reprimidos” de un traumatismo con la ayuda de técnicas similares a la hipnosis. (Webster, p. 431) (5).

² Prototipo es un concepto de la epistemología psiquiátrica para referir a la representación que tenemos de los tipos de enfermedades llamadas mentales y la de las manifestaciones de los enfermos que las padecen. La construcción de prototipos está muy influenciada por la cultura (6).

Tabla 1. DSM-5: Trastorno de estrés postraumático. Criterios B-F (versión simplificada).

<p>B. Presencia de uno (o más) de los siguientes síntomas de intrusión</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recuerdos angustiosos recurrentes, e intrusivos 2. Sueños de carácter recurrente 3. Reacciones disociativas (p.ej. <i>flashbacks</i>) 4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a estímulos internos o externos 5. Marcadas reacciones fisiológicas <p>C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Esfuerzos por evitar recuerdos que causan malestar asociados al acontecimiento traumático 2. Evitación de, o esfuerzos por evitar recordatorios <p>D. Alteraciones negativas en la cognición y el humor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Incapacidad para recordar un aspecto importante del acontecimiento traumático (debida a amnesia disociativa típica, no a lesiones en la cabeza, alcohol, o drogas) 2. Expectativas negativas acerca de uno mismo, de otros o del mundo, persistentes y exageradas 3. Acusación de modo persistente y distorsionado a sí mismo o a otros 4. Estado emocional negativo (p.ej. miedo, horror, ira, culpa o vergüenza) 5. Marcada disminución del interés o participación en actividades significativas 6. Sensación de desapego o distanciamiento de los demás 7. Incapacidad persistente para experimentar emociones positivas <p>E. Alteraciones en la activación y reactividad</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comportamiento irritable, enojado o agresivo 2. Conducta temeraria o autodestructiva 3. Hipervigilancia 4. Respuestas exageradas de sobresalto 5. Problemas de concentración 6. Perturbaciones del sueño <p>F. La duración de la alteración (síntomas de los Criterios B, C, D y E) es más de un mes</p>
--

Tabla 2. DSM-5: TEPT subtipo disociativo (versión simplificada).

<p>Los síntomas satisfacen los criterios diagnósticos para TEPT y, además, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de uno de los dos o de ambos de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Despersonalización 2. Desrealización
--

Revisión de aspectos clínicos relevantes de los trastornos disociativos en el DSM-5 y en la CIE-10

Para comprender los alcances del TEPT subtipo disociativo hay que revisar la clínica y los debates que enmarcaron el surgimiento del capítulo de trastornos disociativos desde el DSM-III. Estos debates interesan políticas de validación transcultural (que pueden interpretarse como una forma más de exportación cultural)³ en lo que atañe a modos y modas diagnósticas, así como a abordajes psicoterapéuticos.

El DSM-5 (p. 291) define a la disociación que caracteriza a los trastornos disociativos como una interrupción y/o discontinuidad en la normal integración de la consciencia, memoria, identidad, emoción, percep-

ción, representación corporal, control de la motilidad y del comportamiento. Los síntomas disociativos pueden experimentarse como: 1) intrusiones involuntarias en la consciencia (síntomas “positivos” de disociación tales como fragmentación de la identidad, despersonalización y desrealización) y/o 2) incapacidad para acceder a información o controlar las funciones mentales que posibilitan dicho acceso (síntomas “negativos” como p. ej., amnesia). La perturbación puede ser brusca o gradual, transitoria o crónica. El proceso resultante puede ser un modo de funcionamiento compartimentalizado o automático, fuera de la esfera del recordar consciente. Los constructos que forman parte del capítulo de trastornos disociativos pueden pensarse como un *continuum* donde encontramos, en el extremo

³ Una investigación reciente sobre psiquiatría transcultural fue realizada por el periodista Ethan Watters (11) quien recorre, a través de la recepción de algunos diagnósticos del DSM en el mundo, el mapa de lo que denomina la “americanización mundial de la mente humana” con la consecuente tendencia a la homogeneización moderna de teorías y terapéuticas.

de problemas más severos, el trastorno disociativo de identidad (DID) (ver Tabla 3). El DID es definido como una condición postraumática grave, que usualmente se desarrolla a partir de la infancia y persiste a lo largo de la vida. En el DSM se considera que las manifestaciones clínicas de los trastornos disociativos en general, y el DID en particular, están ligadas fuertemente a la cultura. Por eso se asume que fuera de EE.UU., Canadá y algunos países europeos (a los que el DSM-5 alude sin aclarar, véase p. 295) los trastornos disociativos habitualmente se piensan como reacciones únicas, agudas y transitorias de donde surgiría su escasa prevalencia en países como, por ejemplo, el nuestro.

Si se comparan los trastornos disociativos de la CIE-10 (ver Tabla 4) con aquellos del DSM-5 se observa que la CIE-10 mantiene, entre las pautas para el diagnósti-

co, una conexión explícita con distintas presentaciones de la histeria (ver Tabla 5). Más aún, en la CIE-10 entre los trastornos disociativos se incluyen diagnósticos asociados clásicamente con la histeria, en una suerte de sincretismo entre fenómenos disociativos y fenómenos conversivos⁴, con nombres y descripciones con que tradicionalmente los conocimos en nuestro medio.

Finalmente, en la CIE-10 se explica que las manifestaciones y evolución de los problemas clínicos disociativos está ligada al dispositivo de abordaje: «...el comienzo y la terminación de los estados disociativos suele ser repentino y rara vez pueden ser presenciados, excepto durante interacciones artificiales o procedimientos tales como la hipnosis o la abreacción... Todos los tipos de estados disociativos tienden a remitir al cabo de unas pocas semanas o meses, en especial si su comienzo tuvo relación con un acontecimiento biográfico traumático.»⁵

Tabla 3. DSM-5: Trastornos Disociativos (versión simplificada).

- Trastorno disociativo de identidad
- Amnesia disociativa Especificar si: con Fuga disociativa
- Trastorno de despersonalización - desrealización
- Trastornos disociativos no especificados

Tabla 4. CIE-10: Trastornos disociativos [de conversión] (versión simplificada).

Amnesia disociativa
Fuga disociativa
Estupor disociativo
Trastornos de trance y de posesión
Trastornos disociativos del movimiento
Convulsiones disociativas
Anestesia disociativa y pérdida sensorial
Trastornos disociativos mixtos [y de conversión]
Otros trastornos disociativos [de conversión]
- Personalidad múltiple
- Síndrome de Ganser
Trastorno disociativo [de conversión], no especificado

En cuanto a la histeria y el TEPT, una clínica más cercana a la CIE que al DSM regiría la tradición diagnóstica local cuando estamos en presencia de fenómenos disociativos. Mientras que, por un lado, reservamos el diagnóstico de histeria para pacientes con manifestaciones disociativas y/o conversivas repetitivas; por otro lado, el diagnóstico de TEPT con fenómenos disociativos se

aplica a pacientes con manifestaciones agudas (aunque también suele aplicarse el diagnóstico de trastorno por estrés agudo) (6).

Esto nos lleva a conjeturar que Spiegel y colaboradores (p. 829) (10) proponen *descubrir* la vieja personalidad múltiple *oculta* en la psicosis histórica disociativa para poder exportar su constructo -una combinación de trastorno disociativo crónico e histeria- a lugares donde no se lo emplea. El TEPT subtipo disociativo sería una variante de este tipo de producto cultural de exportación. En este subtipo el énfasis está puesto en la relación entre, por un lado, una clínica de lo traumático con manifestaciones disociativas de larga evolución; y por otro, una explícita traducción de diagnósticos extraídos del campo de la histeria al lenguaje de la disociación -vale decir, separados del andamiaje conceptual del psicoanálisis.

Tabla 5. CIE-10: Pautas para el diagnóstico de trastornos disociativos [de conversión].

Histeria
Histeria de conversión
Psicosis histérica
Reacción de conversión

⁴ La distinción entre formas disociativas y conversivas fue tempranamente señalada por Freud. Si bien inicialmente concedió a Janet el haber identificado en la disociación el factor fundamental de la histeria (12), poco después propuso que la conversión era lo fundamental (13). La distinción entre neurosis histérica conversiva y disociativa se mantuvo hasta que se eliminó en el DSM-III.

⁵ Recuperado de: http://www.psicomed.net/cie_10/cie10_F44.html.

Disociación: Janet, Freud y su actualidad

Entre 1970 y 1980, a la vez que se producía la ruptura de la psiquiatría norteamericana con la doctrina freudiana, se revalorizaban las teorías de Janet. La incorporación de Janet en EE.UU. a partir de los años 1970 (3, 14) puso en valor nociones que el psiquiatra francés había acuñado en trabajos publicados entre 1886-1889 (cf. *L'Automatisme psychologique*) (15); ¿cómo entonces sostener que Freud, en estos temas, es un autor superado? Por el contrario, este giro hacia Janet saca a relucir la vigencia de la polémica que existió entre Freud y Janet, rivales en las teorías sobre histeria, trauma y disociación.

Entre otros conceptos, estrechamiento de la consciencia, amnesia disociativa, sugestionabilidad, y disociación (*desagregation mentale* en francés, traducido al inglés por *dissociation*) constituyeron fundamentos teóricos de Janet, cuya recepción para explicar los trastornos disociativos del DSM ha sido ampliamente reconocida (10, 14, 16, 17). Entre Freud y Janet la génesis de la disociación fue un tópico central en la disputa. Según Janet la disociación de la conciencia depende de una debilidad congénita de la capacidad de síntesis psíquica, o sea de una angostura del campo de conciencia, que testimonia en calidad de estigma psíquico, de la degeneración de los individuos histéricos (cf. *Quelques définitions récentes de l'hystérie*) (18). Mientras que para Freud, la disociación de la conciencia del histérico es adquirida secundariamente, motivada en un esfuerzo del paciente para defenderse de una experiencia, una representación o una sensación intolerable para su yo. Freud discierne en ese esfuerzo de desalojo de la conciencia algo análogo a lo que en el ámbito lógico es la desestimación por el juicio, y no un mecanismo primario de disociación. Este modo de concebir la defensa (como mecanismo en Janet, como juicio en Freud) ha tenido importantes consecuencias en sus respectivos métodos terapéuticos: mientras que Janet hipnotizaba a sus enfermos para eliminar ideas disociadas, Freud elaboraba el método psicoanalítico desechando la hipnosis (cf. *Cinco conferencias sobre psicoanálisis*) (19).

Cabe hacer una observación sobre la recepción de Freud de conceptos básicos de Janet. Nos referimos a nociones tales como *Dissoziation* (disociación), *Bewusstseinsspaltung* (escisión o disociación de la consciencia), y *Dissoziierte Zustände* (estados disociados). La identificación de esta recepción permite delimitar futuras distinciones que introducirá Freud en un campo semántico relacionado sólo en apariencia y que está constituido por conceptos como: *Verdrängung* (represión o esfuerzo de desalojo); *Persönlichkeitsspaltung* (escisión de la personalidad); *Psychischespaltung* (escisión psíquica); *Ichspaltung* (escisión del yo)⁶.

En la actualidad podemos emplear la palabra *disociación* casi de cualquier modo que parezca útil hacerlo, lo cual resulta muy problemático ya que finalmente se denomina igual a fenómenos, experiencias y conceptos que tienen poco y nada en común. En el extremo normal encontramos el soñar despierto y los olvidos de la vida cotidiana. En el otro, el surgimiento de estados anormales de conciencia, como la antigua doble conciencia (*double conscience*). Entre ambos queda un espectro que incluye estados de sonambulismo (espontáneo o causado por hipnosis), la amnesia disociativa que motiva "*la belle indifférence d'une hystérique*" (14), etc. La Escala de Experiencias Disociativas (*Dissociative Experiences Scale*) -artificio técnico que dio cuerpo a la idea de un espectro disociativo- fue diseñada durante la confección del DSM-III para evaluar la presencia de fenómenos disociativos en la población general (21). Las experiencias subjetivas que se busca identificar mediante la escala van desde el olvido de importantes actos, dichos o eventos vividos hasta el recuerdo tan vívido de hechos pasados que parecen estar ocurriendo en el presente, pasando por el desconocimiento del propio cuerpo, de sí mismo como sujeto o de entornos familiares. Semejante ampliación de la terminología de la disociación, sin un andamiaje teórico que la sustente, acarrea en la práctica una gran imprecisión.

Conclusiones

El TEPT subtipo disociativo es una novedad en la taxonomía pero no lo es dentro de la psicopatología, de donde surge la pregunta por la necesidad de su establecimiento. Este artículo sostiene que, a falta de prototipos universales, el DSM-5 propone prototipos de pacientes postraumáticos con síntomas disociativos y crónicos para exportar a países donde se manejan tipos clínicos con síntomas disociativos agudos y transitorios, o bien, donde se diagnostica como histeria a las formas persistentes. Hay autores que proponen que la psicosis histérica disociativa (eliminada en el DSM-III pero incluida en la CIE-10) sería una vía a través de la cual producir una suerte traducción que favorezca dicha exportación cultural. La publicación de la CIE-11 (proyectada para 2017) revelará si ese objetivo está más cerca de cumplirse. Por ejemplo, habrá que ver si se homologa el TEPT subtipo disociativo, y/o si los trastornos disociativos continúan incluyendo la histeria entre sus pautas diagnósticas.

El estrés postraumático subtipo disociativo pone en valor observaciones clínicas y disputas teóricas clásicas en torno a trauma, histeria y disociación. Esas disputas, en especial las que conciernen a las teorizaciones de Janet y Freud, se encuentran reflejadas en diferentes modos de tratamiento psicoterapéutico de la histeria:

⁶ Maleval ha hecho notar la ausencia de la idea de disociación en los escritos lacanianos y lo atribuye a que Lacan asume la perspectiva de Freud en la que subraya la *Spaltung* constitutiva del sujeto (20).

hipnosis o psicoanálisis. Estas diferencias de abordaje se vuelven a encontrar invariablemente en distintos países y distintos contextos culturales.

Declaración de conflictos de intereses

La autora no declara conflictos de intereses ■

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-5™). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
- OMS. International Classification of diseases and related health problems, tenth revision (ICD-10). OMS: Geneva; 1992.
- Hacking I. Rewriting the soul: multiple personality and the sciences of memory. Princeton-New Jersey: Princeton University Press; 1995.
- Mollon P. Freud and False Memory Syndrome. UK: Post-modern Encounters; 2000.
- Webster R. ¿Por qué Freud estaba equivocado? Buenos Aires: Ediciones Destino; 2002.
- Levy Yeyati E. *El DSM en cuestión. Una crítica de la categoría de estrés postraumático*. Buenos Aires: Editorial Polemos; 2014.
- Levy Yeyati E. Trastorno por estrés postraumático: cambios significativos en el DSM-5. *Vertex* 2014; 25 (113): 71-5.
- Lanius R, Vermetten E, Loewenstein RJ, Brand B, Schmahl C, Bremner J, et al. Emotion modulation in PTSD: clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 640-7.
- Lanius R, Brand B, Vermetten E, Frewen P, Spiegel D. The dissociative subtype of posttraumatic stress disorder: rationale, clinical and neurobiological evidence, and implications. *Depress Anxiety* 2012; 29: 701-8.
- Spiegel D, Loewenstein R, Lewis-Fernández R, Sar V, Simeon D, Vermetten E, et al. Dissociative disorders in DSM-5. *Depress Anxiety* 2011; 28: 824-852.
- Watters E. *Crazy Like Us: The Globalization of the American Psyche*. New York: Free Press; 2010.
- Freud S (1893). Estudios sobre la histeria. En: Obras Completas. Vol II. Buenos Aires: Amorrotu.
- Freud S (1894). Las neuropsicosis de defensa. En: Obras Completas. Vol III. Buenos Aires: Amorrotu.
- Van der Hart, Horst. The dissociation theory of Pierre Janet. *J Trauma Stress* 1989; 2 (4): 397-412.
- Janet P. *L'Automatisme psychologique*. Paris: Felix Alcan; 1889.
- Van der Kolk B, Van der Hart OP. Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 1330-42.
- Spiegel D, Maldonado J. Dissociative disorders. In: Hales R, Yudofsky S, Talbott J. editores. *Textbook of Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1999. p. 711-37.
- Janet P. Quelques définitions récentes de l'hystérie (I). *Archives de Neurologie* 1893; 25 (76): 417-38.
- Freud S (1910). Cinco conferencias sobre psicoanálisis. En: Obras Completas. Vol XI. Buenos Aires: Amorrotu.
- Maleval JC. *Locuras histéricas y psicosis disociativas*. Buenos Aires: Paidós; 1991.
- Carlson E, Putnam F. An update on the Dissociative Experience Scale. *Dissociation* 1993; 6 (1): 16-27.