

## EL NOSTRE ESTRANY EN EL MIRALL

Ursula Oberst

*"Quan finalment, la tarda després de la meua arribada, era a l'Acràpoli i la meua mirada captava el paisatge, em va venir de sobte aquest pensament estrany: Doncs, tot això existeix realment, tal com ho vàrem aprendre a l'escola? Descriu-vint-ho més exactament, la persona que va fer un comentari s'estava separant, més acusadament que habitualment perceptible, d'una altra que percebia aquest comentari, i totes dues s'estranyaven, però no de la mateixa cosa. Una es comportava com si, sota la impressió d'una observació indubtable, hagués de creure una cosa la realitat de la qual li havia semblat dubtosa fins ara (...). L'altra persona, però, s'estranyava amb raó, perquè no havia sabut que l'existència real d'Atenes, de l'Acràpoli i d'aquest paisatge hagués estat mai un objecte de dubte."*

(Sigmund Freud, psiquiatra i psicoanalista, 1936)

*"Porto 6 anys així, que tinc aquesta sensació. Res no sembla real i sento com si visqués en un somni constant. Res no és concret ni tangible (si això es pot entendre). La vida és com mirar les notícies de la tele... saps que està passant realment, però no hi ets... estàs separat per la pantalla. Podria continuar explicant, però sona massa boig."*

(Cynthia, pacient, 1999)

### Els trastorns dissociatius

Quan parlem de trastorns dissociatius, en realitat parlem de fenòmens molt diferents. Un dels sistemes de classificació de trastorns mentals més utilitzats, el DSM-IV (1995), distingeix quatre trastorns dissociatius relacionats entre ells: l'amnèsia dissociativa, la fuga dissociativa, el trastorn d'identitat dissociatiu i la



despersonalització. La característica essencial dels trastorns dissociatius consisteix, segons el DSM-IV, en una alteració de les funcions integradors de la consciència, la identitat, la memòria i la percepció de l'entorn, però aquesta definició gairebé provoca més confusió del que aclareix. En l'amnèsia dissociativa (que abans es deia amnèsia psicògena), el pacient presenta una incapacitat per a recordar informació personal important per un temps determinat de la seva vida, com una espècie de llacuna amnèsica, però que no es pot explicar amb l'oblit ordinari ni amb l'amnèsia com a seqüela d'una malaltia neurològica (demència, traumatisme cranioencefàlic, i estats amnèsics produïts per malalties com el síndrome de Korsakoff, etc.). Molt relacionat amb aquest trastorn, està la fuga dissociativa: el pacient fa viatges o excursions inesperats i, posteriorment, no en guarda cap record. De vegades, el pacient troba a casa seva objectes que no recorda haver comprat o proves d'haver fet coses que no recorda haver fet, tot i que la seva memòria funciona correctament. Moltes vegades, aquests viatges s'acompanyen amb confusió entorn de la seva identitat o amb l'adopció d'una altra identitat. En aquest cas, parlem de trastorn d'identitat dissociatiu, que representa el famós trastorn de personalitat múltiple. Steinberg i Schnall (2000) comenten que aquest tipus de trastorn abasta fenòmens de diferents graus, des d'una lleugera confusió sobre la pròpia identitat fins a un canvi definit de la identitat, quan el pacient assumeix un rol diferent, un nom diferent, una personalitat diferent, una conducta diferent, un sexe diferent, etc. La consciència sobre l'existència d'altres identitats pot ser molt confusa en el mateix pacient, moltes vegades no recorda haver canviat d'identitat, però, en d'altres, nota com si una altra persona dins d'ell agafés el control sobre ell. El quart trastorn dissociatiu és la despersonalització, a la qual dedicarem un capítol a part.

L'amnèsia dissociativa és un fenomen molt freqüent en el trastorn per estrès posttraumàtic (PTSD). L'organisme, per fer front al xoc produït per l'esdeveniment traumàtic, sembla que té la capacitat de dissociar i així mitigar una possible sobrecàrrega afectiva. En el cas de la "personalitat múltiple", hi ha dubtes sobre la seva existència, ja que no hi ha la possibilitat d'objectivar aquestes experiències i, per tant, cap la possibilitat que l'individu o bé simuli directament la problemàtica o bé que es tracti d'un trastorn factici (fingiment o producció intencionada de símptomes). La majoria dels autors, però, estan d'acord que es tracta d'una reacció a un trauma. Segons Talarn (2000), hi ha un consens general entre tots els autors que pràcticament tots els trastorns dissociatius tenen el seu origen en la dificultat o impossibilitat d'integrar en la consciència un contingut altament estressant o emocionalment molt negatiu. Aquest fenomen abasta des d'una lleugera sensació d'irrealitat ("no pot ser veritat") a l'hora de rebre una notícia altament desagradable, com la de la mort d'un familiar, fins a l'alteració de la identitat, per poder actuar com si res no hagués passat, com en el cas d'un abús sexual en la infància. Steinberg i Schnall (2000) argumenten que el nen/la nena agredit/da sexualment, per poder suportar l'experiència traumàtica, comença a dissociar aquestes expe-

riències del que és la seva vida habitual i adopta pautadament una altra identitat. D'aquesta manera, aquestes horribles experiències no li passen realment a ell o a ella, sinó a una altra persona. Segons Steinberg i Schnall, l'abús sexual, sobretot quan es tracta d'un abús comès per un familiar proper, com el propi pare, és massa dolorós per ser recordat de forma realista. O bé no es recorda o només de forma distorsionada.

Mentre Steinberg i Schnall consideren els trastorns dissociatius una problemàtica infravalorada i infradiagnosticada, el DSM-IV parla d'un augment de casos diagnosticats, especialment als Estats Units durant els últims anys, aparentment a causa de la major atenció que ara es presta a l'abús sexual, però també adverteix contra la possibilitat de sobrediagnosticar aquests fenòmens en persones suggestionables.

Els trastorns dissociatius sempre s'han relacionat també amb altres problemàtiques psiquiàtriques. Recentment, han anat apareixent estudis sobre la relació de trastorns dissociatius amb trastorns de conducta alimentària (Vanderlinden, Vandereycken, van Dyck i Vertommen, 1993; Valdiserri i Kihlstrom, 1995; Meyer i Waller, 1995; Connors i Morse, 1993; Gleaves, Eberenz i May, 1998) i sembla que hi ha una alta comorbiditat entre ambdós trastorns, especialment trastorns dissociatius i bulímics, i es discuteix l'abús sexual en la infància com a factor etiològic en aquests casos, tot i que els resultats no sempre són clars. Un estudi recent, amb 34 dones diagnosticades de trastorns alimentaris (Oberst, Baltà, Sánchez-Planell i Rangil, en premsa), confirma aquesta relació entre bulímia, trastorns dissociatius i abús sexual.

## La despersonalització

Mentre l'amnèsia dissociativa, la fuga dissociativa i el trastorn d'identitat dissociatiu van moltes vegades units entre si formant una tríada i tenen una prevalença desconeixuda, però més aviat baixa (la més alta sembla la fuga dissociativa amb un 0,2 per cent en la població general), el cas de la despersonalització (DP) és diferent. La despersonalització es caracteritza per sensacions d'irrealitat, una alteració en la percepció del self i una sensació persistent i recurrent de distanciament dels processos del propi cos, una sensació persistent de distància o de ser un observador extern de les experiències pròpies, com la sensació de funcionar com un robot o d'estar somiant. És important destacar que el sentit de la realitat continua intacte, els pacients són conscients que el que ha canviat no és ni l'entorn ni ells mateixos, sinó la seva percepció. Per tant, característicament, la persona afectada parla de "com si": com si l'entorn o el propi cos fos irreal, com si aquesta persona en el mirall (ella mateixa) no fos ella mateixa, com si estigués somiant o mirant una pel·lícula. Quan aquesta sensació d'irrealitat només afecta la percepció de l'en-

torn, es parla de desrealització. El concepte de despersonalització comprèn tant la percepció de la pròpia persona com l'entorn. Tot i que hi ha un trastorn de despersonalització amb entitat nosològica pròpia ("despersonalització idiopàtica"), on la DP i/o la DR són l'única simptomatologia, els símptomes de despersonalització o desrealització són més freqüents en el marc d'altres trastorns psiquiàtrics com l'estrès posttraumàtic, l'ansietat, la depressió, etc. (per a una revisió, vegeu Oberst, 1987; Oberst 1999, o Luque, Villagrán, Valls i Díez, 1995). El estudi sobre la prevalença de la despersonalització en la població general (p. e. Dixon, 1963) confirmen que, com a mínim, la meitat de la població normal ha experimentat aquest fenomen de forma transitòria, com a mínim alguna vegada en la seva vida. Probst i Jansen (1996) van trobar fins i tot un 80% de casos en la seva mostra d'estudiants universitaris. Simeon, Gross, Guralnik, Stein, Schmeidler i Hollander (1997) resumeixen que, en els individus amb predisposició a la despersonalització, la sensació d'irrealitat pot ser provocada per emocions fortes (tant negatives com positives), esgotament físic, alcohol i drogues, deprivació del son, llums intensos o artificials, interaccions socials o íntimes (incloent-hi la relació sexual), soroll, sobreestimulació, dolor, processos i estats fisiològics (com la menstruació i l'embaràs) i la concentració en un mateix (self-focusing). Mirar fixament un punt a la paret o mirar fixament la pròpia imatge és una tècnica que s'ha utilitzat per provocar despersonalització en subjectes normals voluntaris (Miller, Brown, DiNardo i Barlow, 1994). Simeon et al. (1997) també comenten que hi ha la possibilitat que els símptomes de despersonalització no es comentin freqüentment als metges, o bé per la seva característica transitòria o bé per la por de l'individu afectat de ser pres com un "psicòtic". A més, aquests autors consideren que no tots els metges (de família o especialistes) són capaços de fer un diagnòstic correcte d'aquest tipus de problemàtica. Tenint en compte aquests factors (alta prevalença de fenòmens de despersonalització, reticència d'alguns pacients a informar-ne el metge i possible tendència d'alguns metges a no prestar-hi atenció suficient), aquests autors consideren que la despersonalització és el tercer trastorn més freqüent després de l'ansietat i de la depressió. I, si tenim en compte això, estem temptats de preguntar-nos no què passa amb els que experimenten despersonalització, sinó què passa amb les persones que diuen que no ho fan.

Aquesta observació ens porta a la qüestió de l'origen de la DP. Hi ha diferents teories per explicar aquest estat dissociatiu. La primera hipòtesi va ser formulada per Mayer-Gross en 1935, qui assumeix, molt vagament, l'existència d'una resposta funcional preformada del cervell a reaccionar amb DP, espontàniament o davant de certs estímuls. Estudis neuroanatòmics i electrofisiològics recents amb persones amb trastorn de despersonalització confirmen una alteració a l'hemisferi esquerre del còrtex (Hollander, Carrasco, Mullen i Trungold, 1992). El fet que certs fàrmacs (agonistes de serotonina) poden provocar estats de despersonalització (Simeon, Hollander, Stein, DeCaria, Cohen, Saoud, Islam i Hwang, 1995) i que els inhibidors de la

recaptació de la serotonina, com la fluoxetina, han demostrat la seva eficàcia en alguns casos de DP (Hollander, Liebowitz, DeCaria, Faibanks, Fallon i Klein, 1990) confirmen aquesta hipòtesi d'una base neurològica per a la despersonalització.

Una segona teoria té els seus orígens als anys 20 del segle passat, quan s'utilitzava molt el model psicoanalític acabat d'estrenar per a l'explicació de fenòmens psiquiàtrics. La idea dels trastorns dissociatius com a mecanisme psicològic de defensa o evasió mental contra experiències traumàtiques ja va ser pronunciada per Janet, el 1889, i s'ha perpetuat al llarg de tota la seva història. És interessant seguir l'evolució dels models explicatius psicodinàmics: s'ha explicat la DP com a "retirada de la libido de l'objecte" (Nunberg, 1924), com a intent d'evitar la castració (Sadger, 1928) o, al contrari, un intent d'aconseguir una castració simbòlica (Searl, 1931), i al llarg de les publicacions es va anar formant un consens general entre els autors psicodinàmics de considerar la DP com a mecanisme de defensa, o bé contra l'ansietat i la depressió (Blanck, 1954), contra la submissió masoquista (Stamm, 1962) o contra els impulsos agressius (Lower, 1971), quan els mecanismes de defensa habituals i normals de l'ego fallen per fer front a idees, pensaments i desitjos inacceptables (Lehmann, 1974). El mateix Freud (1936/1968), en la seva carta a Romain Rolland, citada al principi d'aquest article, explica la despersonalització experimentada en la seva estada a l'Acropolis com a mecanisme de defensa contra el seu sentiment de culpa per experimentar un sentiment de satisfacció d'haver arribat tan lluny, físicament i professionalment, i més lluny que el seu pare, la qual cosa es prohibeix al nen petit. La psicoanàlisi és, fins ara, l'única orientació psicoterapèutica que ha facilitat una explicació tan contundent de la DP.

En la literatura psicològica no psicoanalítica sobre la DP també s'utilitza l'expressió de mecanisme de defensa, però amb una connotació diferent. Es parla d'una reacció de defensa de l'organisme no contra impulsos reprimits que sorgeixen, sinó contra l'estrès i el perill real, com és el cas en situacions d'accidents i traumes (Crawshaw, 1963). En aquestes situacions, la dissociació és un fenomen normal com les altres reaccions posttraumàtiques: d'aquesta manera, l'impacte de l'esdeveniment traumàtic se suavitzava, perquè ja no sembla tan real. En aquest sentit, la DP es pot entendre com a filtre sensorial contra la sobreestimulació per evitar una sobrecàrrega que portaria al col·lapse de l'organisme (Oberst, 1987). Noyes i Kletti (1976) suposen una dissociació entre el self que participa (experimenta) i el self que observa (controla), la qual cosa permet a l'individu convertir-se en un observador distanciat dels fets i així actuar eficaçment per retirar-se de la situació de perill. Aquestes teories explicarien l'aparició de la DP en situacions de sobrecàrrega de l'organisme, però no per quin motiu en molts casos també apareix en situacions d'infraestimulació o privació sensorial (Sedman, 1964) i no explica tampoc per què, en alguns casos, el trastorn de DP apareix espontàniament, sense desencadenant aparent, especialment durant l'adolescència (Meyer, 1959), si no és

que es considera la mateixa adolescència, amb els seus canvis fisiològics i psicològics, com a desencadenant. Des d'una perspectiva cognitiva, es pot argumentar que la dissociació apareix quan la informació estressant o amenaçant no encaixen en els esquemes cognitius existents de l'individu perquè no es tracta d'una experiència normal (Talarn, 2000). En la literatura sobre la DP, no s'acostuma a parlar de la possibilitat d'un abús sexual com a factor etiològic, tal com es fa en els altres símptomes dissociatius, i seria interessant d'investigar si els traumes reals i més aviat recents (és a dir, en una edat on l'individu té consciència del que li està passant) provoquen més aviat símptomes de DP, a diferència de les experiències traumàtiques del passat (un trauma "oblidat" de la infància) que són més susceptibles de desencadenar els altres símptomes (amnèsia i fuga dissociativa i trastorn d'identitat dissociatiu).

### **La dissociació, un fenomen universal**

Sembla que la despersonalització és un fenomen que pot experimentar la majoria de les persones normals, o potser, fins i tot, tothom. Possiblement, la majoria de la gent no hi presta atenció, sobretot quan es tracta d'episodis transitoris i aïllats i/o associats a factors desencadenants com el cansament o l'ús de substàncies (Moran, 1986). Per alguna raó encara no suficientment investigada, en alguns individus, un episodi aïllat de DP pot convertir-se en un veritable trastorn, de vegades amb durada de molts anys. Pacients afectats comenten que porten molts anys (fins a 20 o 30) patint aquestes sensacions altament desagradables i difícils de tolerar, algunes vegades ininterrompudament. Les descripcions de les sensacions d'irrealitat que experimenten aquesta gent impressionen per la seva precisió i riquesa en detalls i per la intensitat del patiment subjectiu, a la vegada que estranya la capacitat de portar una vida normal de cara a l'exterior (com que no hi ha deteriorament cognitiu, els pacients són capaços de fer una vida normal i, moltes vegades, ni els cònjuges saben que viuen amb una persona que diu d'ella mateixa que està "...perdent la sensació de formar part d'aquest món, simplement un somni llarg, no despertar-se mai, mai poder mirar i veure una cosa real... sí, segurament... és el que sento dia rere dia, constantment, 24 hores al dia... una i altra vegada..." (Lisa, pacient). Els pacients amb despersonalització comenten que els resulta molt difícil explicar als altres com són aquests símptomes, fins i tot als metges, i per què són tan desagradables. El fet que ara hagin aparegut pàgines web –els comentaris dels pacients en aquest article s'han tret d'una d'aquestes pàgines–, que serveixen tant d'informació sobre el trastorn com de punt de trobada per a persones afectades, segurament és un avenç en el coneixement d'aquest fenomen estrany.

Però no només la DP, també els altres trastorns dissociatius aparentment són només els punts extrem d'un continu. L'escala d'experiències dissociatives (DES, Bernstein i Putnam, 1986) pretén mesurar diferents graus d'experiències dissocia-

tives en pacients i persones normals. La capacitat general del cervell humà per dissociar també es mostra en el fenomen quotidià dels somnis (Oberst, 2001) i sembla que les experiències dissociatives i les experiències oníriques tenen una certa semblança, almenys en l'àmbit subjectiu (Robles, treball no publicat).

Tot hi que en els últims anys s'ha recomençat una investigació relativament intensa dels trastorns dissociatius (i en la DP sobretot a nivell neurofisiològic i neuropsicològic), ara per ara no hi ha cap tractament específic dels trastorns dissociatius. En general, en els casos de trastorns dissociatius, es recomana psicoteràpia, més aviat profunda i de llarga durada, per elaborar la problemàtica subjacent. En l'amnèsia i la fuga dissociativa, també es recomana, amb prudència, la hipnosi per recobrar la memòria dels esdeveniments oblidats. Steinberg i Schnall (2000) descriuen casos tractats eficaçment.

En el cas de la despersonalització, si va associada a un altre trastorn com la depressió o l'ansietat, es tracta aquest darrer. Per als casos de despersonalització idiopàtica (trastorn de despersonalització), no hi ha tractament. Al llarg de la seva història sinuosa, el trastorn ha sofert l'aplicació de tota la gamma dels tractaments existents fins al moment, des de la psicoanàlisi clàssica, passant per la modificació de conducta (Sookman & Solyom, 1978) i l'entrenament en assertivitat (Lehmann, 1974), fins a la medicació tot terreny de moda, la fluoxetina (Hollander, Liebowitz, DeCaria, Fairbanks, Fallon i Klein, 1990). Evidentment, també es va provar l'electroxoc (Ambrosino, 1976) i, és clar, la leucotomia prefrontal (Shorvon, 1947). Personalment, opino que una combinació d'inhibidors de la recaptació de serotonina amb psicoteràpia, sigui analítica o sigui cognitiva, és l'aproximació terapèutica d'elecció.

## REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- AMBROSINO, S.V. (1976). *Depersonalization – Review and thinking of a nuclear problem*. American Journal of Psychoanalysis, 36, 105-118.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- BERNSTEIN, E.M. & PUTNAM, F.W. (1986). *Development, reliability, and validity of a dissociation scale*. Journal of Nervous and Mental Diseases, 174, 727-734.
- BLANCK, H. R. (1954). *Depression, hypomania and depersonalization*. Psychoanalysis Quarterly, 23, 20-37.
- CONNORS, M. I MORSE, W. (1993). *Sexual Abuse and Eating Disorders: A review*. International Journal of Eating Disorders, 13, 1-11.
- CRAWFORD, R. (1963). *Reactions to a disaster*. Archives of General Psychiatry, 9, 157-162.

- DIXON, J.C. (1963). *Depersonalization phenomena in a sample population of college students*. British Journal of Psychiatry, 109, 371-375.
- FREUD, S. (1936/1968). "*Brief an Romain Rolland (Eine Erinnerungsstörung auf der Akropolis)*". En J.A. Meyer, *Depersonalisation*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- GLEAVES, D.H; EBERENZ, K.P, & MAY, M.C. (1998). *Scope and Significance of Posttraumatic Symptomatology among Women Hospitalized for an Eating Disorder*. International Journal of Eating Disorders, 24, 147-156.
- HOLLANDER, E; CARRASCO, J.L; MULLEN L.S, & TRUNGOLD, S. (1992). *Left hemispheric activation in depersonalization disorder: A case report*. Biological Psychiatry, 31(11), 1157-1162.
- HOLLANDER, E; LIEBOWITZ, M.R; DECARIA, C; FAIRBANKS, J; FALLON, B, & KLEIN, D.F. (1990). *Treatment of depersonalization with serotonin reuptake blockers*. Journal of Clinical Psychopharmacology, 10, 200-203.
- LEHMANN, L.S. (1974). *Depersonalization*. American Journal of Psychiatry, 131, 1221-1224.
- LOWER, R. B. (1971). *Depersonalization and the masochistic wish*. Psychoanalysis Quarterly, 40, 584-602.
- LUQUE, R; VILLAGRÁN, J.M; VALLS, J.M, & DÍEZ, A. (1995). *Despersonalización: aspectos históricos, conceptuales y clínicos*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 54, 443-459.
- MAYER-GROSS, W. (1935). *On depersonalization*. British Journal of Medical Psychology, 15, 103-122.
- MEYER, C. & WALLER, G. (1998). *Dissociation and Eating Psychopathology: Gender Differences in a Nonclinical Population*. International Journal of Eating Disorders, 23, 217-221.
- MEYER, J.E. (1959/1968). "*Depersonalisation in Reifungskrisen der Pubertät*". En J.A. Meyer, *Depersonalisation*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- MILLER, P.P; BROWN, T.A; DINARDO, P.A, & BARLOW, D.H.(1994). *The experimental induction of depersonalization and derealization in panic disorder and nonanxious subjects*. Behaviour Research and Therapy, 32 (5), 511-519.
- MORAN, C. (1986). *Depersonalization and agoraphobia associated with marijuana use*. British Journal of Medical Psychology, 59, 187-196.
- NOYES, R. & KLETTI, R (1977). *Depersonalization in response to life-threatening danger*. Comprehensive Psychiatry, 18, 375-384
- NUNBERG, H. (1924). *Über Depersonalisationszustände im Lichte der Libidotheorie*. Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse, 10,17-33.
- OBERST, U. (1987). *Algunos principios teóricos sobre la despersonalización*. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 14 (1), 21-29.
- OBERST, U. (1999). *Constructing reality as unreal: Depersonalization disorder from the viewpoint of constructivist psychology*. Constructivism in the Human Sciences, 4(2), 152-178.



- OBERST, U. (2001, tesi doctoral no publicada). *El trabajo psicoterapéutico con sueños: Una contribución a la integración en psicoterapia, desde la Psicología Adleriana y la Psicología de los Constructos Personales*. Universitat Ramon Llull.
- OBERST, U; Baltà, M; Sánchez-Planell, Ll, i Rangil, T. (en premsa). *Trastornos dissociativos en mujeres con trastornos alimentarios*. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona.
- PROBST, P. & JANSEN, J. (1991). *Erlebnisse der Depersonalisation und des Deja vu: Prävalenzen in nicht-klinischen Stichproben*. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie, 39(4), 357-368.
- ROBLES, M. (2001, treball no publicat). *Los trastornos dissociativos y los procesos oníricos*. Universitat Ramon Llull.
- SADGER, I. (1928). *Über Depersonalisation*. Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse, 14, 344.
- SEARL, M.H. (1932). *Note on depersonalization*. International Journal of Psychoanalysis, 13, 345.
- SEDMAN, G. (1964). *Personality and depersonalization under sensory deprivation conditions*. Perceptual and Motor Skills, 18, 659-660.
- SHORVON, H.J. (1947). *Prefrontal leucotomy and the depersonalization syndrome*. The Lancet, Nov.15, 714-718.
- SIMEON, D; GROSS, S; GURALNIK, O; STEIN, D.J; SCHMEIDLER, J, & HOLLANDER, E. (1997). *Feeling unreal: 30 cases of DSM-III-R Depersonalization Disorder*. American Journal of Psychiatry, 154, 1107-1113.
- SIMEON, D; HOLLANDER, E; STEIN, D.J; DECARIA, C; COHEN, L.J; SAOUD, J.B; ISLAM, N, & HWANG, M. (1995). *Induction of depersonalization by the serotonin agonist meta-chlorophenylpiperazine*. Psychological Research, 58, 161-164.
- SOOKMAN, D. & SOLYOM, L. (1978). *Severe depersonalization treated by behavior therapy*. American Journal of Psychiatry, 135, 1543-1545.
- STAMM, J.L. (1962). *Altered ego states allied to depersonalization*. Journal of American Psychoanalytic Association, 10, 762-783.
- STEINBERG, M. & SCHNALL, M. (2000). *The Stranger in the Mirror*. New York: Harper Collins.
- TALARN, A. (2000). "Histeria". En A. Jarne i A. Talarn (ed.), *Manual de Psicopatologia Clínica*. Barcelona: Paidós.
- VALDISERRI, S. & KIHLSSTROM, J.F. (1995). *Abnormal Eating and Dissociative Experiences*. International Journal of Eating Disorders, 17, 373-380.
- VANDERLINDEN, J; VANDEREYCKEN, W; VAN DYCK, R; VERTOMMEN, H. (1993). *Dissociative Experiences and Trauma in Eating Disorders*. International Journal of Eating Disorders, 13, 187-193.

<http://andyspage.hypermart.net/wwwboard/indexcgi>