



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)



GALICIA CLÍNICA

Año LV - Núm. 4

REVISTA CIENTÍFICA

Depósito legal: C-62-1958

La Coruña, Abril de 1983

Estrategias psicológicas y personalidad alter- nante: Discusión a propósito de un caso

Por el doctor A. Polaino-Lorente

Catedrático de Psicopatología. Universidad Complutense

1. Introducción

El diagnóstico de personalidad alter-nante (p.a) es muy poco frecuente en psiquiatría. Por otra parte, si nos atenemos a los criterios de la psicopatología tradicional, resulta todavía hoy un concepto vago y discutible. En líneas generales, muchos autores la inscriben en el ámbito de la psicopatología de la conciencia del yo. Sin embargo, hay muchas divergencias a la hora de dar razón de su etiología, de su específica significación en el marco de la nosología psiquiátrica, así como de la terapia concreta que debe emplearse para su tratamiento.

Algunos autores (Vallejo-Nágera, 1964) consideran a la p.a. como un caso restringido de personalidad múltiple. Otros autores (Petrilovitsch, 1956) emplean términos equivalentes, como el de doble personalidad o el de desdoblamiento de la personalidad.

En las líneas que siguen mostraré una aproximación sucinta a través de cuatro diferentes modelos psicopatológicos del concepto de p.a.

1.1. El punto de vista de la psicopatología clásica

En una primera aproximación psicopatológica, la p.a. supone una alteración de algunas de las características formales que Jaspers (1965) considera al examinar la conciencia del yo (**Ichbewusstseins**): unidad, identidad, actividad y distinción del mundo exterior.

En primer lugar, en la p.a. la **unidad** del yo se afecta, al menos, si no simultáneamente, si sucesivamente. De lo contrario no habría tal alternancia.

En segundo lugar, la **identidad** se fragmenta, aunque sólo sea temporalmente. Si hay dos personalidades que se alternan entre sí sin que exista un reconocimiento o recuerdo recíproco entre ellas, la identidad del yo queda troncada. En el supuesto contrario la identidad del yo quedaría parcialmente salvada, puesto que ésta tendría siempre una conexión con ambos tipos de personalidad. Pero en ese caso la unidad del yo estaría también relativamente conservada, puesto que por debajo de las posibles alternancias se situaría un cierto yo que

fundamentaría la identidad personal —a pesar de las alternancias—, así como la continuidad biográfica. En esta última situación la mal denominada p.a sería algo muy diferente de la real alternancia de la personalidad. Es decir, no habría tal p.a.

De aquí que la investigación de las posibles conexiones amnésicas entre uno y otro de los supuestos tipos de personalidad que aparecen en el sujeto sea especialmente relevante, en función de que un tipo ignore por completo o no al otro.

En tercer lugar, para que la **actividad** del yo se altere en el caso de la p.a., es preciso que el comportamiento del sujeto durante los periodos en que emergen una y otra personalidad, sean diferentes y vulneren la libertad con que se manifiesta el yo (como ocurre, por ejemplo, en los fenómenos denominados "imposición del pensamiento" del síndrome esquizofrénico o los actos en cortocircuito de los epilépticos).

En cuarto y último lugar, la alteración de la **distinción entre el yo y el mundo exterior** debe examinarse en la p.a. La indistinción entre ambos acontece con la eclosión de las alucinaciones y otras alteraciones de la sensopercepción. La distinción se mantiene en el caso contrario.

El análisis de los anteriores criterios, pertenecientes a la psicopatología clásica, a pesar de su gran interés, no sirven para distinguir rigurosamente el fenómeno de la p.a. de otros fenómenos similares.

1.2. El punto de vista fenomenológico

Otros autores (Taylor y Martín, 1944) insistieron de un modo especial en la estabilidad de estas alteraciones como un factor relevante entre los criterios diagnósticos. En un buceo fenomenológico de estos fenómenos se advierte la necesidad de examinar con todo rigor el posible cambio que experimenta el sujeto durante la manifestación de la p.a.

Pero una cosa es el **cambio** que experimenta de sí mismo y otra muy distinta la **vivencia del cambio**. Esta última es distinta del cambio mismo y en muchos casos puede tematizarse como una nueva vivencia o, mejor aún, como un **nuevo modo de vivenciar**.

Esta aproximación adolece, sin embargo, desde mi punto de vista, de otras investigaciones funcionales que estén directamente comprometidas en la aparición del fenómeno. Apelar al criterio de estabilidad sugerido por los anteriores autores contribuiría en muy pequeña dosis a dilucidar el problema, si simultáneamente no se estudian otros sectores como los siguientes.

En primer lugar, las alteraciones que pueden existir en la **imagen de sí mismo**. El punto de vista icónico ha sido desatendido casi por completo en estos problemas. Y, sin embargo, es posible que las discrepancias entre el yo icónico y el yo real pudieran justificar, en alguna forma, el fenómeno de la p.a.

En segundo lugar, el punto de vista **perceptivo** también ha sido desatendido. Se admite que en la p.a. no existen fenómenos alucinatorios, o no existen casi nunca. No obstante, la inexistencia de estas alteraciones de la percepción no agota el estudio en profundidad de la percepción. De hecho, el modo en que se percibe el sujeto, sus autopercepciones, puede estar en la base de la p.a. Esta consideración apenas ha sido recogida en la bibliografía científica existente, a pesar de que pueda postularse que una alteración en el modo de autopercebirse puede dar razón de otros fenómenos más directamente implicados, como el autoconcepto, la autoestima o el ideal del yo, vinculados a la psicología de las funciones cognitivas.

En tercer lugar, convendría indagar, más específicamente, en las alteraciones del **pensamiento**, puesto que existen formas clínicas de delirios en las que el yo se tematiza de un modo morboso, tanto

que origina un cambio en el modo de experimentarse el sujeto a sí mismo. Aunque en este caso no puede hablarse propiamente de p.a, conviene que se tome en consideración, puesto que tanto el sujeto como sus observadores pueden hacer una interpretación de estos fenómenos, en el sentido de prejuzgar la aparición de una nueva personalidad de la que derivaría un nuevo comportamiento.

Por último, parece lógico que se atienda, con más importancia de lo que hasta aquí se ha hecho, a la investigación de los trastornos de la **conciencia del yo**. Si la p.a. se ha descrito como una alteración de la conciencia del yo, parece obligado que se estudie precisamente desde ese punto de vista. Esto quiere decir que es necesario conocer el nivel de activación en que aparece la p.a., el nivel de aspiraciones del sujeto y las situaciones en que la p.a. aparece, así como el ajuste o desajuste terminal que, a través de la p.a., se establece.

1.3. Otros criterios de la psicopatología clínica

Sintetizo a continuación algunos de los criterios más recientes que deben satisfacerse para hacer un diagnóstico de la p.a.

- a) Ludwig *et al.* (1972) estiman como necesarias las cuatro condiciones siguientes:
 1. Referencias directas indicando un cambio en la identidad.
 2. Cambios **comportamentales** (*) que impliquen una alteración de las actitudes, gustos, intereses y valores.
 3. Amnesia respecto de la(s) otra(s) personalidad(es), mientras se experimenta una de ellas en concreto.
 4. Cambios en las manifestaciones afectivas y sintomáticas.
- b) Jeans (1976) añade otro criterio más: la experiencia de dos o más estados del yo es un criterio necesario, pero no suficiente. Es preciso además que esa reacción disociativa se manifieste

con una cierta cronicidad y una relativa severidad.

- c) Los criterios fijados para la personalidad múltiple por el DSM-III (**Diagnostic and Statistical Manual of Disorders**, 1980, 259) son los siguientes:

- A. "Existencia en un mismo individuo de dos o más personalidades distintas, cada una de las cuales es dominante en un tiempo particular".
- B. "Que la personalidad dominante en un concreto momento determine el comportamiento del individuo".
- C. "Que cada personalidad concreta se interrelacione con su específico y único comportamiento y un determinado entorno social".

1.4. El punto de vista del análisis funcional

Las manifestaciones de la p.a. acontecen siempre en un contexto determinado. Los rasgos de ese contexto no parece que sean irrelevantes o por lo menos pueden no serlo. La consideración **ambiental** ha sido también marginada por la mayor parte de los autores de estas investigaciones. El universo estimular del entorno puede condicionar el paso, la inflexión, entre uno y otro tipo de personalidad. Dicho muy brevemente: el cambio y la metamorfosis de la personalidad puede estar relacionado con otras variables de tipo ecológico, farmacológico o psicológico. Hace falta, pues, un estudio controlado de las circunstancias y situaciones en que la p.a., como alteración comportamental, se manifiesta.

Esta aproximación supondría un cambio de perspectiva que puede ser importante para la explicación de este fenómeno. Incluso desde aquí puede com-

(*) El subrayado es del autor de esta comunicación Obsérvese como el término "comportamiento" se ha introducido al fin en los criterios usados por la clínica moderna.

pletarse, una vez que se ha asumido, el modelo psicopatológico ofrecido por Jaspers. Se trataría de analizar las actividades del yo en relación con su contexto, una vez que emerge la nueva personalidad. Una vez registradas las actividades del yo en función de una u otra personalidad y de unas u otras situaciones, estaríamos en condiciones de probar el modo en que se afecta la unidad, la identidad y la distinción del yo. Este modo de trabajar tiene la ventaja de que la actividad del yo sí que es observable públicamente y, en consecuencia, registrable, frente a las otras características del yo, cuya exploración es más difícil de realizar.

El análisis funcional que aquí se propone incorporaría las distintas funciones implicadas en este fenómeno patológico, así como a las relaciones interfuncionales, pero tomando como punto de partida los comportamientos que pueden ser registrados públicamente y el marco situativo en que acontecen.

2. Historia clínica

Sintetizo a continuación los datos que considero más relevantes en la historia de la paciente objeto de este trabajo.

V. H. F., de veintiséis años de edad, de profesión maestra. Es la mayor de tres hermanos. Sus padres son agricultores y pasó toda su infancia en un pueblo de alrededor de mil habitantes. El padre de la paciente murió cuando ésta tenía siete años de edad. La enferma se impresionó mucho al conocer la noticia, que describe así: "Llamaron a la puerta del cortijo siendo ya muy tarde. Debían ser las tres de la mañana. Unos vecinos nos contaron que habían encontrado a mi padre muerto, aplastado por el tractor que conducía. Fue horrible. Me quedé sin respiración y me caí al suelo. No recuerdo casi nada de los días que siguieron a aquella noche. Mi madre me contó luego que estuve varias semanas sin hablar".

Más tarde marchó a la ciudad a estu-

diar. Se casó a los veintiún años de edad. La primera consulta al psiquiatra, según nos informó el marido, tuvo lugar en febrero de 1975. "A los pocos días del parto, que fue completamente normal, se celebraba el bautizo de nuestro hijo. Con este motivo se celebró una fiesta familiar en que invitamos a muchos amigos. De pronto, en medio de los invitados, comenzó a preguntar qué hacían tantas personas en aquella fiesta, mostrándose muy cariñosa, alegre y bromeando con todos, ella que es casi siempre tan seria. Llegó incluso a insinuarse con algunos invitados, incluso conmigo mismo que era su marido y que no parecía que a sus ojos lo fuera. Después quiso irse a la playa a bañarse. Yo la retuve como pude. Y la llevé al dormitorio y allí comenzó a llorar, a gemir y a decir que era muy infeliz en mi casa. A continuación se durmió y se quedó tranquila. Al día siguiente era la de siempre, pero distinta: le dolía la cabeza, se sentía deprimida, no hablaba y había olvidado todo lo que ocurrió la noche anterior". La psiquiatra que la vio le diagnosticó una psicosis depresiva puerperal con personalidad alternante, recetándole un tratamiento consistente en Haloperidol (60 mgr./día) y Largactil (100 mgr./día). Le aconsejó también que no tuviera más hijos en lo sucesivo. Desde entonces a esta parte la paciente se resistía con frecuencia a tener relaciones con su marido. Este tratamiento se mantuvo hasta abril de 1976, en que la paciente lo abandonó sin consultar con su psiquiatra, porque tenía mucho sueño y no se sentía mejor.

El segundo episodio sucedió en mayo de 1978. Con ocasión de las fiestas del pueblo la paciente pretendió una noche salir desnuda de casa. Refiere el marido que estaba como loca y anormalmente alegre y que no conocía a nadie. Ante la natural oposición de éste, comenzó a llorar y a decir cosas sin sentido, acostándose y encerrándose en

un mutismo acompañado de inhibición que se prolongó durante dos semanas. Por este motivo se consultó con otro psiquiatra, que aconsejó su ingreso en un hospital psiquiátrico, donde permaneció durante casi dos meses. En esta ocasión fue diagnosticada de brote esquizofrénico asociado a personalidad alternante. Se desconoce el tratamiento a que fue sometida. En marzo de 1979 acude por primera vez a mi consulta. Según refiere el marido, el episodio en esta ocasión comenzó simultáneamente que cambiaron a la enferma en su empleo escolar. Hasta entonces había estado impartiendo sus enseñanzas en una clase de preescolar. El director del centro le encargó que se ocupara de una clase con niños de E.G.B. Su comportamiento durante este episodio fue más semejante al primero que al segundo. Asiste a la consulta quince días después de la aparición de estas manifestaciones, habiendo sido dada de baja por incapacidad laboral. La enferma apenas sí recuerda lo que sucedió. Desde el segundo episodio hasta este momento está sometida a tratamiento medicamentoso con neurolépticos (Meleril, 300 mgr./día y Etumina, 40 mgr./día). La enferma fue diagnosticada de personalidad alternante histérica.

3. Pauta y estrategias seguidas durante la intervención

Los pasos seguidos para el tratamiento de la paciente que a continuación se describen, se orientan, en primer lugar, a la confirmación diagnóstica y, en segundo lugar, a la terapia propiamente dicha.

3.1. Estudio de la enferma y confirmación diagnóstica.

a) Estudio clínico y biográfico de la paciente. Investigación de la misma a través del E.E.G., M.M.P.I., T.A.T., escala de asertividad de Ratus, inventario de temores de Wolpe, inventario de personalidad de Willoughby, cues-

tionario de Dixon y escala para la depresión de Beck.

- b) Disminución progresiva de la medicación durante dos semanas hasta abandonarla por completo.
- c) Ensayo de suscitar la p.a. a través de la hiperventilación. Se intentó suscitar la aparición de la otra personalidad, ya que la paciente, durante la entrevista, manifestó no recordar nada de lo que le había sucedido. Se solicitó al marido una descripción minuciosa de las situaciones en que se había manifestado la p.a. de la paciente, así como la descripción de su comportamiento durante estas ocasiones. Se la sometió a hiperventilación, a la vez que se le sugirieron sus anteriores comportamientos. No se obtuvo el resultado esperado. La p.a. no apareció. Sólo se hizo patente una conducta consistente en lloros, inhibiciones y recuerdos parciales de la otra subpersonalidad.
- d) Suscitación del comportamiento anómalo bajo los efectos de una inyección intravenosa de Tiopental Sódico (narcoanálisis).

Bajo los efectos de esta sustancia la enferma recuerda, lentamente al principio y bruscamente después, la mayor parte de sus comportamientos durante los anteriores episodios. Casi se hace innecesario estimularla con sugerencias y con recuerdos. Se confirman las descripciones comportamentales aportadas por el marido, que quedan ahora enriquecidas. Los efectos de la sustancia inyectada desaparecen lentamente y la cliente se recupera del todo en un plazo de tres horas de duración, confirmándose que los recuerdos de sus anteriores comportamientos se conservan, aunque no de una forma tan real como cuando estaba sometida a la acción del fármaco.

3.2. Estrategias de intervención psicológica

Una vez confirmada la aproximación diagnóstica con las pruebas anteriores, se procedió como sigue:

- 3.2.1. Entrevistas exploratorias y explicativas: durante estas entrevistas se profundizó en la historia biográfica de la paciente, encontrándose numerosas fobias (al contacto social, a las multitudes, a las relaciones matrimoniales, etc., que confirmaron los resultados obtenidos en el inventario de Wolpe) y cuya duración se remontaba desde su infancia. Se aprovecharon también estas entrevistas para explicarle, a la vez que confirmarle, las posibles relaciones existentes entre su conducta desajustada y las situaciones ambientales en que aquélla se hacía presente.
- 3.2.2. Entrenamiento en relajación.
- 3.2.3. Desensibilización fóbica: en el programa de entrenamiento se empleó la técnica de desensibilización sistemática, en varias sesiones, partiendo de las situaciones menos fóbicas y culminando en la situación más ansiosa: la de recordar el episodio en que le comunicaron la muerte de su padre. Este programa fue simultáneamente grabado y la paciente lo realizó tres veces al día durante una semana.
- 3.2.4. Entrenamiento en autocontrol: en esta etapa se entrenaron las dos situaciones siguientes:
 - a) Suscitación voluntaria de las situaciones y de los comportamientos que aparecían como rasgos de la subpersonalidad que se deseaba extinguir. A continuación se le facilitó el procedimiento para detener dichos recuerdos y cambiar a otras situaciones gratificantes.
 - b) Entrenamiento en la autocrítica de la subpersonalidad que se deseaba extinguir desde la personalidad que se deseaba conservar. Este entrenamiento se realizó simultáneamen-

te que el de la desensibilización fóbica y también fue practicado por la cliente durante una semana.

- 3.2.5. Entrenamiento en asertividad.
- 3.2.6. Entrenamiento *in vivo* de las situaciones anteriores, según aproximaciones graduales y sucesivas.
- 3.2.7. Entrenamiento del marido como *co terapeuta*, facilitándosele el aprendizaje de hábitos de interacción conyugal reforzantes y/o de inatención, en función del comportamiento de su esposa.
- 3.2.8. Programa de entrenamiento para ampliar el repertorio de sus hábitos de interacción social, focalizado en las tres situaciones que parecieron más relevantes para el caso: conyugales, sociales y escolares.

4. Resultados y seguimiento

Desde que se finalizó el programa de entrenamiento, de dos semanas de duración, la paciente no ha padecido ninguno más de los anteriores episodios. Todos los programas de entrenamiento fueron grabados. Durante los tres primeros meses postratamiento la cliente continuó entrenándose en estos programas a razón de uno de ellos por día y rotándolos entre sí.

Desde marzo de 1979 hasta la actualidad ha sido revisada en cuatro ocasiones (junio y septiembre de 1979 y febrero y septiembre de 1980). Durante el seguimiento realizado en los últimos dieciocho meses las manifestaciones comportamentales que acompañaban a sus cambios de personalidad no se han repetido. En la actualidad está embarazada, sin ningún tratamiento farmacológico y desempeñando su función como profesora de 6.º curso de E.G.B.

Durante los seis últimos meses ha abandonado por completo los programas de entrenamiento, a excepción del de relajación, que continúa haciéndolo diariamente, sin ayuda de la grabación.

5. Discusión

El interés de esta comunicación, en opinión del autor, se dirige fundamentalmente a reseñar la importancia que estos programas de intervención psicológica pueden tener en relación al diagnóstico diferencial entre la p.a. y otros cuadros psicopatológicos.

1. En este caso concreto el diagnóstico diferencial se plantea entre esquizofrenia, psicosis depresiva puerperal e histeria.

El síndrome esquizofrénico hay que descartarlo por no poderse satisfacer ninguno de los criterios diagnósticos indicados por la DSM III, págs. 188 y s.s.

En el caso de la psicosis depresiva puerperal, las manifestaciones que tipifican a ésta como una "psicosis atípica" (DSM III, pág. 202) no aparecen manifestadas en el comportamiento anómalo de la paciente.

Por otra parte, la aparición de los episodios antes descritos no tenía ninguna relación con el ciclo menstrual. Una comparación entre el cuadro aquí descrito y los recientes trabajos de Lindsay (1975) y Endo y col. (1978) sobre las psicosis puerperales, confirman la distinción entre unos y otros cuadros psicopatológicos. Podría conjeturarse si las alteraciones conductuales manifestadas por la paciente podrían incluirse en el cuadro nosológico tipificado como "psicosis reactiva". Sin embargo, tampoco aquí hay coincidencia entre el comportamiento de la paciente y los criterios diagnósticos señalados por la DSM III (págs. 188-189 y 201), así como los sugeridos por Linn (1971) y Retters-tol (1978).

El autor de estas líneas, sin embargo, no está seguro de que la paciente padeciese alguno de los cuadros anteriores, puesto que desconoce las manifestaciones clínicas concretas mostradas durante los tres pri-

meros episodios. Si hay evidencia, en cambio, de que sus manifestaciones clínicas en marzo de 1979 satisficieron el diagnóstico de histeria con personalidad alternante (DSM III, pág. 313).

2. Desde el punto de vista comportamental y funcional contamos con abundantes criterios que confirman el anterior diagnóstico:
 - a) El cuadro polifóbico mostrado por la paciente.
 - b) La hipersensibilización de la misma a las situaciones de stress, desde la comunicación de la noticia de la muerte de su padre.
 - c) La versatilidad de su personalidad en función de los factores situativos, hecho verificado recientemente en los pacientes histéricos por Slavney y Rich (1980).
 - d) La posibilidad de que la personalidad histérica de la paciente, unida a su condicionamiento fóbico, suscite en las situaciones estimulares referidas una gran activación que fuese, en última instancia, la responsable de los cambios de comportamiento y de su personalidad (Eysenck y Eysenck, 1976, págs. 136-147).
3. Por último, está la razón convincente del diagnóstico *exiuvantibus*. Existen antecedentes sobre el tratamiento de la personalidad múltiple por medio de la hipnosis (sutcliffe y col., 1962; Bowers y col., 1971; Howland, 1976).

Sin embargo, la aproximación terapéutica comportamental a estos problemas se ha mostrado recientemente mucho más eficaz, como se demuestra en los resultados obtenidos por Meichenbaum (1966), Ludwig y col. (1972), Kohlenberg (1973), Cutler y col. (1975) y Larmore y col. (1977), entre otros muchos.

Los resultados informados en la presente comunicación vienen a corrobo-

rar las experiencias de los autores anteriores. El hecho de que durante un largo seguimiento de dieciocho meses no se haya manifestado ningún otro episodio, evidencia la eficacia de estas estrategias psicológicas, así como su importancia criterial para revalidar el diagnóstico realizado. En la literatura reciente se ha informado por Price y Hess (1979) sobre la posibilidad de que la terapia comportamental desencadene en algunos casos la aparición de un cuadro de doble personalidad. La bibliografía científica es, en el sentido apuntado por los anteriores autores, muy rara y excepcional y, muy probablemente, la suscitación de esos episodios por la aplicación de la **behaviour therapy** depende más del modo en que ésta se lleve a cabo que del cuadro psicopatológico estricto, manifestado por la paciente. En cualquier caso, la experiencia del autor de esta comunicación diverge de la obtenida por los autores más arriba citados.

BIBLIOGRAFIA

- BOWERS, M. K. y col.: **Therapy of multiple personality**, International Journal of clinical and Experimental Hypnosis, 19, 57-65, 1971.
- CUTLER, B. y col.: **Multiple personality. A single case study with a 15 year follow-up**, Psychological Medicine, 5, 18-26, 1975.
- DSM III. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. (Third Edition). American Psychiatric Association, 1980.
- ENDO, M. y col.: **Periodic Psychosis Recurring in association with menstrual cycle**, J. of Clinical Psychiatry, vol. 39, n.º 5, págs. 465-492, 1978.
- EYSENCK, H. J. y EYSENCK, S. B. G.: **Psychoticism as a dimension of personality**, Hodder and Stoughton, London, 1976, págs. 136-147.
- HOWLAND, J. S.: **The use of hypnosis in the treatment of a case of multiple personality**, Journal of Abnormal Psychology, 161, 138-142, 1975.
- JASPERS, K.: **Psicopatología General**, Ed. Beta, Buenos Aires, 1963.
- JEANS, R. F.: **The three faces of Evelyn: a case report. I. An independently validated case of multiple personality**, Journal of Abnormal Psychology, 85, 249-255, 1976.
- KOHLENBERG, R. J.: **Behaviouristic approach to multiple personality: a case study**, Behaviour Therapy, 4, 137-140, 1973.
- LARMORE, K. y col.: **Multiple personality-an objective case study**, British Journal of Psychiatry, 131, 35-40, 1977.
- LINDSAY, J. S. B.: **Puerperal psychosis: a follow-up study of a joint mother and baby treatment programme**, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, vol. 9, págs. 73-76, 1975.
- LINN, E. L.: **Severity in the functional psychosis**, Schizophrenia, vol. 3, n.º 3-4, págs. 213-221, 1971.
- LUDWIG, A. M. y col.: **The objective study of a multiple personality**, Archives of General Psychiatry, 26, 298-310, 1972.
- MEICHENBAUM, D. H.: **Sequential strategies in two cases of hysteria**, Behaviour Research and Therapy, 4, 89-94, 1966.
- PETRILOWITSCH, N.: **Zur Psychopathologie und Klinik der Entfremdungsdepression**, Arch. Psychiatr., 194, 289, 1956.
- RETTERSTOL, N.: **The scandinavian concept of reactive Psychosis, Schizophreniform Psychosis and Schizophrenia**, Psychiatria Clinica, vol. 11, págs. 180-187, 1978.
- SLAVNEY, P. R. y RICH, G.: **Variability of Mood and the Diagnosis of Historical Personality Disorder**, Brit. J. Psychiatr., 136, 402-404, 1980.
- SUTCLIFFE, J. P. y col.: **Personal identity, multiple personality and hypnosis**, International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 10, 231-269, 1962.
- TAYLOR, W. S. y MARTIN, M. F.: **Multiple PERSONALITY**, Journal of Abnormal Psychology, 39, 281-300, 1944.
- VALLEJO-NAGERA, A.: **Lecciones de Psiquiatría**, Librería Científico Médica, Madrid, 1964.

El índice cultural médico de una nación está íntimamente relacionado con sus revistas científicas, subordinadas a la generosidad publicitaria de los Laboratorios.
