

DISOCIACIÓN SOMATOFORME, TRAUMA Y DEFENSA

Disociación Somatoforme , Abuso Reportado y Reacciones de Defensa Animal

Ellert R.S. Nijenhuis, Ph.D.

Cats-Polm Institute, Zeist;

Mental Health Care Drenthe, Assen, The Netherlands,

Onno van der Hart, Ph.D.

Cats-Polm Institute Zeist;

Utrecht University, Department of Clinical Psychology,

Utrecht, The Netherlands,

Karliën Kruger, M.A.

Utrecht University, Department of Clinical Psychology,

Utrecht, The Netherlands,

y

Kathy Steele, M.N., C.S.

Metropolitan Psychotherapy Associates,

Atlanta, Georgia, U.S.A.

Correspondencia:

E.R.S. Nijenhuis, Ph.D.

Outpatient Department Mental Health Care Drenthe,

P.O. Box 30007, 9400 RA Assen, The Netherlands

phone: +31592334200; fax: +31592334201

Email: e.nijenhuis@home.nl

RESUMEN

Objetivo: Probar la hipótesis de que entre los pacientes psiquiátricos ambulatorios generales, la disociación somatoforme está asociada a síntomas de estrés postraumático y a sucesos potencialmente traumatizantes, en especial se asocia a sucesos que implican una amenaza física por parte de otra persona; esta relación ocurre también cuando se considera la edad de comienzo, la duración y el impacto subjetivo que tiene el suceso potencialmente traumatizante.

Métodos: Cuestionarios autoadministrados para evaluar la gravedad del trastorno somatomorfo, de la disociación psicoforme, de los síntomas de estrés postraumático y de los sucesos traumáticos que se reportan. La muestra es seleccionada al azar entre pacientes psiquiátricos ambulatorios consecutivos (N=153).

Resultados: La disociación somatoforme correlacionó de manera muy significativa con los síntomas de estrés postraumático y con la traumatización acumulada que se reportó y que se evaluó en dos cuestionarios autoadministrados sobre trauma. Entre un amplio rango de tipos de trauma, los que se relacionan con una amenaza física por parte de otra persona, son los que mejor predijeron la disociación somatoforme. La desatención emocional y la edad en la que ocurrió el suceso aumentaron esta predicción; pero la desatención emocional y el abuso no predijeron disociación somatoforme cuando no se reporta relación interpersonal con amenaza física. La disociación somatoforme se predijo también mejor por la amenaza física cuando se incluye en el análisis la edad de comienzo, la duración y el impacto subjetivo del trauma.

Conclusión: Este estudio retrospectivo, sugiere que la amenaza física producida por otra persona, puede evocar los sistemas psicobiológicos animales de defensa, manifestándose como disociación somatoforme, y que este tipo de amenaza frecuentemente va acompañada de desatención emocional. Estas hipótesis deberán ser probadas en futuros estudios.

Palabras clave: disociación somatoforme, disociación psicoforme, trauma, defensa.

La disociación se manifiesta en síntomas disociativos somatoformes y psicoformes, [1,2]. La disociación psicoforme se aplica a las alteraciones de la memoria, del conocimiento, de la identidad y de la percepción alterada del ambiente, síntomas que desde un punto de vista fenomenológico involucran variables psicológicas, como amnesia disociativa y fragmentación de la identidad. La disociación somatoforme apunta a síntomas disociativos que fenomenológicamente involucran al cuerpo. Es decir, fenómenos que ponen de manifiesto una falta de integración de las experiencias somáticas, de las reacciones corporales y de sus funciones [1,2]. Por ejemplo, una parte disociada de la personalidad del paciente puede experimentar anestesia, analgesia o parálisis en una o más partes del cuerpo. Sin embargo cuando otra parte disociada del paciente domina, el paciente puede tener sensaciones corporales comunes, o sentir dolor en una o más partes del cuerpo, y moverse con normalidad. A veces una parte disociada influye en las experiencias y comportamientos de otra parte. Por ejemplo, una parte puede influir en los movimientos del cuerpo de otra parte de la misma manera como esta segunda parte imprime en el cuerpo movimientos involuntarios, iniciados y controlados por ella misma.

La disociación somatoforme guarda correlación con la traumatización reportada tanto por muestras clínicas como por muestras no clínicas [3-10]. En estos estudios la disociación somatoforme está asociada - entre un amplio rango de sucesos potencialmente traumáticos- sobre todo con sucesos traumáticos que suponen una amenaza física y una amenaza para la vida por

parte de otra persona. Estos hallazgos guardan consistencia con el modelo de disociación somatoforme animal de defensa, que vincula la mayoría de síntomas disociativos con las reacciones de defensa animal [11,12]. Estos síntomas podrían representar expresiones del sistema psicobiológico de defensa, que es evocado frente a la amenaza de depredación en muchas especies animales. Los dos mayores subsistemas defensivos son la congelación, asociada al desarrollo de la analgesia (es decir, ausencia de percepción de dolor) y la sumisión total asociada a la anestesia emocional y corporal. Así, las reacciones de defensa animales que se manifiestan como síntomas de disociación somatoforme son, la congelación (es decir, inhibiciones motoras como la dificultad o la incapacidad para moverse o para hablar) y la analgesia y síntomas que denotan sumisión total (parálisis y anestesia somática y emocional).

Nijenhuis y otros [11] también propusieron la hipótesis de que la amenaza física evoca defensas similares a las animales en la disociación somatoforme, especialmente en edades tempranas cuando la capacidad psicobiológica de integración es aún limitada, y en especial cuando la amenaza es recurrente. Así, cuando un niño es expuesto a amenazas físicas graves y recurrentes, los subsistemas de defensa no son, o no son suficientemente, integrados en el desarrollo de la personalidad. La personalidad se puede conceptualizar como un rango de diferentes sistemas que en condiciones normales es integrado como resultado del desarrollo ontogenético. En consecuencia una o más partes disociadas de la personalidad del niño influidas por sistemas de acción defensivos animales, se fijarán (detendrán su desarrollo) en momentos amenazadores y, en su trayectoria emplearán reacciones de congelación/analgesia, lucha o sumisión total/ anestesia corporal y parálisis. En contraste, el funcionamiento de una o más partes disociadas de la personalidad es influida por sistemas de acción para funcionar en la vida diaria, tales como el cuidado, la exploración del medio y el juego. [15].

En una primera prueba de esta hipótesis, se encontraron evidencias que apoyan este modelo disociación somatoforme-defensa animal [12]. Entre un conjunto de 12 síntomas disociativos somatoformes, aquellos que expresan congelación, analgesia, sumisión total y dolor urogenital, fueron los mejores predictores de trastornos disociativos, en una muestra de 50 pacientes ambulatorios con trastornos disociativos, trastorno disociativo primario no especificado y trastorno de identidad disociativo [16] y, 50 pacientes psiquiátricos ambulatorios generales con diagnósticos del DSM-IV. En esta muestra, el 94% de los pacientes con un trastorno disociativo fueron clasificados por este grupo de síntomas. En una prueba independiente de validación cruzada, el 96% de los casos fueron correctamente clasificados por anestesia/analgesia y dolor urogenital, tanto antes como después de la corrección de la influencia de psicopatología general.

Las conclusiones de un reciente estudio de neuroimagen apoyan la hipótesis de que determinadas partes disociadas de la personalidad, pero no otras, suelen participar en reacciones emocionales y de defensa de tipo animal. [17, 18]. Mientras se escuchan secuencias de recuerdos traumáticos, estas partes "emocionales" de la personalidad de los pacientes con trastorno de identidad disociativo, pero no las partes "aparentemente normales", las que se ocupan de las tareas de la vida cotidiana, experimentaron diversos síntomas de disociación somatoforme y tuvieron un incremento de la tasa cardíaca y de la presión sanguínea. Los síntomas disociativos somatoformes incluyeron en particular inhibición motora y analgesia. Comparadas con las partes aparentemente normales, las partes emocionales tuvieron más flujo sanguíneo en la ínsula y el opérculo parietal, y menos flujo sanguíneo en los córtex prefrontal medio, parietal y occipital.

Los estudios previos, no exploraron la relación entre los síntomas de estrés postraumático y la disociación somatoforme. A causa de su relación con la traumatización, se planteó la hipótesis de que la disociación somatoforme podría correlacionar, al menos moderadamente, con síntomas de estrés postraumático. Desde que la correlación entre la traumatización reportada y la disociación somatoforme puede estar influida por la disociación psicoforme y por síntomas (crónicos) de estrés postraumático, los estudios más recientes exploran si la disociación somatoforme correlaciona con los sucesos reportados potencialmente traumáticos, independientemente de esos otros, pero relacionados con el tipo de psicopatología. La disociación somatoforme predijo la traumatización reportada, más allá de la influencia de disociación psicoforme en pacientes ginecológicas con dolor pélvico crónico [6]. Se planteó la hipótesis de que una situación similar podría surgir para pacientes psiquiátricos.

En resumen, el presente estudio pretende explorar 3 hipótesis. La primera: cuando la disociación somatoforme está relacionada con el trauma, estos síntomas se correlacionan con síntomas de estrés postraumático. Segunda: cuando hay una relación específica entre disociación somatoforme y amenaza física, la disociación somatoforme podría predecir la amenaza física reportada, independientemente de los efectos de los síntomas de estrés postraumático y de la disociación psicoforme. Tercera: Esta relación se aplicaría también cuando se considera la edad de comienzo, la duración y el impacto subjetivo del trauma reportado.

MÉTODO

Participantes

Puesto que las hipótesis no son específicas de ningún grupo clínico en particular, sino que se refieren a un modelo psicobiológico general, se tomo una muestra clínica de nuevas referencias a un departamento de pacientes ambulatorios psiquiátricos generales, pacientes que estaban en tratamiento ambulatorio, así como de pacientes que estaban en tratamiento durante el día. No se incluyen en el estudio, 1) los pacientes con una enfermedad mental grave, y 2) aquellos que el médico consideró probable que se descompensaran como resultado de cumplimentar los instrumentos de autoevaluación, en particular los cuestionarios de trauma.

La muestra N=153, incluyó 53 nuevas referencias a un departamento de pacientes ambulatorios psiquiátricos generales; 45 pacientes en tratamiento regular (atendidos una vez por semana o cada dos semanas, durante una hora); otros 27 pacientes recibían tratamiento ambulatorio más intensivo (al menos dos horas o más por semana). Los 28 pacientes restantes recibían tratamiento durante todo el día. Los pacientes provenían de varias instituciones de salud mental holandesas.

Los casos consecutivos (el 35% de la muestra) son referencias a un departamento de psiquiatría para pacientes ambulatorios generales. Las referencias a esta institución abarcan el espectro de diagnósticos del DSM-IV. En el 43% de los demás casos, el diagnóstico DSM-IV de los participantes estaba disponible. Los diagnósticos incluyen una amplia gama de trastornos mentales como trastornos de ansiedad, fobias, trastornos de la alimentación, trastorno de despersonalización, trastorno bipolar, esquizofrenia y trastorno límite de la personalidad.

En la muestra total participaron 92 mujeres, 57 hombres y 4 sujetos que no hicieron constar su género. La media de edad de la muestra era 35.01, la desviación estándar = 11.23, Rango 18-

69. Del total de la muestra, el 8.7% tenía estudios primarios, el 56.7% completó estudios medios y el 34.7% tenía estudios superiores. El 38.2% de los encuestados era soltero, el 32.2% casados, el 16.1% vivía en pareja, el 12.8% divorciados y un 0.7% viudos.

Traumatic Experiences Checklist (TEC [5,19])

El TEC (Lista de Experiencias Traumáticas) es un cuestionario autoadministrado que pregunta sobre 29 tipos de eventos potencialmente traumáticos, con buenas características psicométricas en muestras clínicas. Con el actual conjunto de datos, se constató que la consistencia interna del TEC (Cronbach = .86, test, y α = .90, retest) fue buena. También lo fueron la fiabilidad test-retest en un plazo de tres a cuatro semanas (R = .91), y la validez convergente. La correlación con la SLESQ [se discute más abajo] fue de r = .77.

El TEC permite calcular la gravedad del trauma en relación a cuatro variables: (a) presencia del suceso; (b) la edad de comienzo, que indica si el trauma ocurrió o se inició en los primeros seis años de vida o posteriormente; (C) la duración del trauma: indica si el trauma duró más o menos de un año; y (d) respuesta subjetiva, que indica si el sujeto no se siente traumatizado o ligeramente traumatizado, frente a si se siente moderada, grave o muy gravemente traumatizado por el suceso (o sucesos).

Se dio a estas variables una puntuación de 1 si se marcaban y una puntuación de 0 en caso de que no se marcaran. Los resultados se calcularon según en qué contexto se produjo el trauma: es decir, en la familia de origen, en la familia extensiva, o en otros entornos. A continuación, se agregaron estas puntuaciones para cada tipo de trauma. Así, la puntuación posible según el tipo de trauma (abandono emocional, abuso emocional, acoso sexual, y abuso sexual) varió de 0 a 12. El rango de puntuaciones para amenaza a la integridad física / dolor intenso (incluyendo el maltrato físico, tres ítems; peligro para la vida del sujeto, dolor intenso, castigo extraño, un ítem cada uno) se calculó de forma diferente. Los casos de abuso físico implicaron la evaluación de los tres ámbitos en los que los abusos podrían haber tenido lugar, con un rango de puntuaciones de 0 a 12. Como ocurre con las variables amenaza a la vida, dolor y castigo extraño, el TEC no evalúa específicamente el ámbito en el que se produjo el evento. Las puntuaciones para cada uno de estos tres temas varían de 0 a 4, mientras que la puntuación total de la amenaza física / dolor intenso varió de 0 a 24.

Las variables creadas para el traumas demostraron ser constructos homogéneos cuando se estudian pacientes con disociación y otros trastornos DSM-IV [5]. Con los datos presentes, se constató que la consistencia interna (ítem constituido por las puntuaciones totales para la presencia y la gravedad de los tipos de trauma), y la fiabilidad test-retest de las puntuaciones para la presencia y la gravedad de los tipos de trauma fueron satisfactorias [20].

Stressful Life Events Screening Questionnaire (SLESQ [20])

El SLESQ (Cuestionario de cribado de acontecimientos vitales estresantes) tiene ítems descriptivos más precisos en comparación con el TEC. El SLESQ mostró buena fiabilidad test-retest (.89), con un coeficiente de Kappa de .73. El coeficiente de Kappa entre los ítems del SLESQ y una entrevista realizada dos semanas más tarde fue .64. Por lo tanto, la validez convergente del SLESQ es adecuada. Las tasas de prevalencia de los distintos tipos de trauma evaluada por el SLESQ fueron

similares a las tasas en muestras comparadas evaluadas con otros instrumentos, lo que indica una validez de concurrencia adecuada.

Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20 [2,21])

El cuestionario de disociación somatoforme SDQ-20, es un cuestionario autoadministrado de 20 ítems que mide disociación somatoforme. Algunos ejemplos de ítems del SDQ-20: A veces siento mi cuerpo, o parte de él, entumecido; A veces mi cuerpo, o parte de él, es insensible al dolor; A veces siento dolor en mis genitales (a veces en momentos distintos al de las relaciones sexuales); A veces, me quedo paralizado por un tiempo. Los ítems se puntúan con una escala Likert de 5 puntos. Las puntuaciones van desde 20 hasta 100. Los ítems resultan ser altamente escalables en una escala unidimensional de latencia. La consistencia interna del instrumento fue elevada (Cronbach $\alpha = .95$), la fiabilidad test-retest fue muy satisfactoria [22], y los resultados no dependieron de la edad y del género. Las altas correlaciones con las medidas de disociación psicoforme apoyan la validez convergente del SDQ-20 [2, 21-23]. Los pacientes con trastornos disociativos puntuaron más alto en comparación con los pacientes con otros diagnósticos DSM-IV, lo que demuestra validez de criterio. La validez discriminante fue apoyada por la capacidad del SDQ-20 para distinguir entre los grupos de diagnóstico más allá de la psicopatología en general [23]. La disociación somatoforme se correlacionó con el trauma reportado [24] en pacientes con trastornos disociativos [25] y en pacientes ginecológicos con dolor pélvico crónico [6] Esto fue especialmente cierto en el caso de abuso físico y trauma sexual. Estos resultados apoyaron la validez de constructo de la SDQ-20.

Disociative Experiences Scale (DES [25])

La DES (Escala de Experiencias Disociativas) es un cuestionario de 28 ítems autoadministrado evalúa disociación psicoforme. Las puntuaciones van del 0 al 100. El DES tiene suficiente fiabilidad test-retest, la validez interna es buena, y también la validación clínica.

PTSD – self scoring (PTSD [26])

El PTSD es un instrumento autoadministrado de cribado para el trastorno por estrés postraumático del DSM-IV. Los 21 ítems de la escala evalúan la gravedad de los síntomas de re-experimentación del trauma, de evitación, y de hiperactivación. La validez interna de los tres grupos de síntomas fue, respectivamente, $\alpha = .88$, $\alpha = .88$ y $\alpha = .93$ [19]. La validez convergente es buena, la sensibilidad es del 86%, y la especificidad del 80%.

Procedimiento

Los médicos entregaron una carta de invitación a participar en el estudio a los pacientes psiquiátricos que cumplieran con los criterios de inclusión (es decir, pacientes psiquiátricos sin una enfermedad mental grave capaces de completar la autoevaluación de los cuestionarios sin ayuda y sin gran riesgo de descompensación). Después del consentimiento informado, los participantes completaron el TEC, DES, SLESQ, y SDQ-20 sin ayuda, en ese orden y a su propio ritmo. A continuación, se enviaron los cuestionarios a la asistente de investigación. No se aplicó contrabalanceo, porque se consideró que el orden elegido para completar las pruebas fue el que menor estrés podría provocar a los participantes. La mayoría de los participantes (N = 103) completaron el TEC por segunda vez después de una demora de tres a cuatro semanas y

posteriormente también concluyeron el PTSD-ss. Los médicos no fueron informados de los resultados de sus pacientes. No se remuneró a los participantes por su esfuerzo.

Puntuación y análisis de datos

Debido a que la distribución de las puntuaciones en la DES y el SDQ-20 fueron asimétricos (asimetría > 1), se realizaron transformaciones logarítmicas en base e a las mediciones de estas dos variables. Las asociaciones entre las medidas de la psicopatología y el total de las puntuaciones sobre el trauma y las puntuaciones de los tipos de trauma se calcularon usando el coeficiente de correlación producto-momento de Pearson.

La edad no afectó a las medidas de la psicopatología (ninguno de los coeficientes de correlación producto-momento de Pearson fue significativo). Sin embargo, las mujeres tenían una mayor puntuación para la disociación somatoforme ($t = -2.240$ (141.9), $p = .027$), la disociación psicoforme ($t = -2.164$ (141.9), $p = .032$), y los síntomas de estrés postraumático ($t = -3.671$ (99), $p < .0001$). Por lo tanto, el género se introdujo en el análisis de regresión múltiple. Según Tabachnick y Fidell [27], la colinealidad de las variables independientes puede crear asociaciones espurias con una variable dependiente en la ecuación de regresión. Este problema lógico puede surgir con correlaciones $> .70$. La disociación psicoforme y la somatoforme estaban fuertemente correlacionadas, pero la medida de esta relación no superó el valor crítico para la colinealidad.

Para evaluar el poder predictivo de la disociación somatoforme, la disociación psicoforme, los síntomas de estrés postraumático y el género, sobre las puntuaciones totales del TEC y del SLESQ, los análisis de regresión múltiple se realizaron utilizando selección de proyección (p de entrada $< .05$) y eliminación posterior (p de eliminación $> .10$) sobre la base de estimación del riesgo. Para la estimación de los tipos de trauma que mejor predicen los síntomas de disociación somatoforme, se realizó un análisis de regresión múltiple por pasos, teniendo en cuenta las puntuaciones de presencia de tipos de trauma en el TEC, y un reducido número de las variables del SLESQ, respectivamente. En la estimación de la influencia de la gravedad del trauma en términos de presencia, edad de aparición, duración y valoración subjetiva del impacto sobre la disociación somatoforme y psicoforme y los síntomas de estrés postraumático, las puntuaciones de gravedad de los tipos de trauma en el TEC fueron introducidos por etapas en el análisis de regresión múltiple.

Para controlar la colinealidad entre las puntuaciones de presencia y gravedad de los tipos de trauma en la predicción de la disociación somatoforme, se calcularon los coeficientes de correlación producto-momento de Pearson entre estas variables del TEC. Para evaluar si el género o la edad afectan las puntuaciones del trauma, se realizaron pruebas t -tests y se calcularon coeficientes de correlación producto-momento de Pearson, respectivamente. Con respecto a la mayoría de las variables construidas para medir el trauma (puntuación total y puntuaciones de los tipos de trauma), las mujeres tenían puntuaciones significativamente más altas que los hombres. Las puntuaciones de la gravedad de los traumas sexuales en el TEC ($r = .18$), la amenaza física por parte de otra persona/dolor ($r = .19$) y otros tipos de amenaza física ($r = .18$) correlacionaron con la edad. Así pues, el género y la edad fueron introducidos en el correspondiente análisis de regresión. Los análisis estadísticos se realizaron con SPSS - PC 9,0 [28].

Resultados

Trauma reportado, disociación somatoforme, disociación psicoforme y síntomas de estrés postraumático

La disociación somatoforme correlacionó con la disociación psicoforme ($r = .62$; $p < .0001$) y con los síntomas de estrés postraumático ($r = .47$; $p < .0001$). Las tablas 1, 2 y 3 muestran las correlaciones de Pearson entre los totales y por ítem del TEC y del SLESQ y entre disociación somatoforme, disociación psicoforme, y síntomas de estrés postraumático. Para el SDQ-20, 14 de los 29 ítems de TEC correlacionaron positivamente; para el DES, nueve ítems de TEC correlacionaron y, para el PTSD-ss correlacionaron 10 ítems de TEC después de aplicar las correcciones de Bonferonni para errores de tipo I. La escala SDQ-20 dio una correlación positiva con cinco ítems de SLESQ después de esta corrección, la escala DES con tres, y PTSD-ss con seis ítems de la SLESQ.

Tabla 1. Coeficientes de correlación producto-momento de Pearson entre disociación somatoforme, disociación psicoforme, síntomas de estrés postraumático y las variables del TEC

	SDQ-20	DES	PTSD-ss
Puntuaciones totales TEC	.57	.42	.53
Puntuaciones de TEC para tipos de trauma:			
Amenaza física / dolor intenso	.52	.35	.43
Abandono y abuso emocional	.51	.44	.43
Trauma sexual	.39	.31	.45

Todas $p < .001$

Tabla 2. Coeficientes de correlación producto-momento de Pearson entre disociación somatoforme, disociación psicoforme, síntomas de estrés postraumático y los ítems del TEC

Variables de Trauma	Disociación somatoforme	Disociación Psicoforme	Síntomas de Estrés Postraumático
Parentification apego???	.29*	.025	.29
Problemas familiares (ej: padres con problemas de alcohol o problemas psiquiátricos, pobreza)	.26*	.18	.38*
Padres divorciados	.20	.07	.19
Divorcio propio	.51	.44	.43
Pérdida de un hijo o de la pareja en la adultez	-.08	-.08	.04
Pérdida durante la infancia de un miembro de la familia de origen	.13	.07	.18
Lesiones corporales graves (ej: pérdida de las extremidades, quemaduras)	.21	.06	.20
Dolor intenso por lesión, cirugía, tortura	.42*	.30*	.32*
Amenaza a la vida por enfermedad, cirugía, accidente	.18	.17	.15
Amenaza a la vida por parte de un tercero	.39*	.26*	.28
Testigo de ver a otros sufriendo un trauma	.17	.16	.23
Experiencias en tiempos de guerra	.22	-.03	.19

Segunda generación de víctima de guerra	.19	.18	.28
Abandono emocional por parte de un miembro de la familia de origen	.37*	.39*	.31*
Abandono emocional por parte de otro miembro de la familia de origen	.42*	.35*	.31*
Abandono emocional por parte de una persona que no pertenece a la familia	.36*	.27*	.18
Abuso emocional por parte de un miembro de la familia de origen	.38*	.33*	.40*
Abuso emocional por parte de otro miembro de la familia de origen	.20	.12	.22
Abuso emocional por parte de una persona que no pertenece a la familia	.36*	.29*	.35*
Maltrato físico por parte de un miembro de la familia de origen	.21	.14	.36*
Maltrato físico por parte de otro miembro de la familia de origen	.24	.19	.25
Maltrato físico por parte de una persona que no pertenece a la familia	.36*	.18	.31*
Castigo extraño	.39*	.27*	.21
Acoso sexual por parte de un miembro de la familia de origen	.24	.21	.28
Acoso sexual por parte de otro miembro de la familia	.02	.07	.15
Acoso sexual por parte de una persona que no pertenece a la familia	.30*	.29*	.39*
Abuso sexual por parte de un miembro de la familia de origen	.32*	.24	.35*
Abuso sexual por parte de otro miembro de la familia	.01	.04	.13
Abuso sexual por parte de una persona que no pertenece a la familia	.35*	.19	.29

corrección Bonferroni: $\alpha = .05/29 = .002$; * $p < .002$

Tabla 3. Coeficientes de correlación producto-momento de Pearson entre disociación somatoforme, disociación psicoforme, síntomas de estrés posttraumático y las variables de SLEQ

SLESQ	SDQ-20	DES	PTSD-ss
Enfermedad amenazante para la vida	.19	.18	.12
Accidente amenazante para la vida	.13	.10	.04
Fuerza física o armas contra la persona en robo o asalto	.13	.12	.15
Muerte de una persona importante en un accidente, homicidio o suicidio	.16	.16	.36*
Forzada físicamente en abuso sexual, incluido vaginales, penetración anal u oral	.33*	.19	.34*
Intento de abuso sexual por el uso de la fuerza			

física o la amenaza	.28*	.28*	.34*
Abuso sexual: tocamientos en las partes privadas propias o verse obligado a tocar las partes del perpetrador	.27*	.25*	.34*
Maltrato físico en la infancia	.24*	.13	.27*
Haber sido amenazado con un arma en otro sentido que en los ítems anteriores	.11	.12	.23
Presenciar asesinato, abuso sexual o maltrato físico	.33*	.26*	.30*
Lesiones graves o amenaza a la vida en otro sentido que el detallado en apartados anteriores	.02	.01	.02
Escala Total	.46*	.38*	.48*

corrección Bonferroni: $\alpha = .05/12 = .004$; * $p < .004$

Los análisis de regresión múltiple por pasos, utilizando selección de proyección en disociación somatoforme, disociación psicoforme, síntomas de estrés postraumático y género, mostraron que la puntuación total del TEC fue predicha por la disociación somatoforme (beta de .48) y los síntomas de estrés postraumático (beta .30) ($F = 39,44 (1, 97)$; $p < .0001$, R^2 corregida = .45) La puntuación total del SLESQ también fue predicha por la disociación somatoforme (beta .40) y los síntomas de estrés postraumático (beta .29) ($F = 26,08 (1,99)$; $p < .0001$, el total de la ecuación $R^2 = .28$).

Para estimar que tipo de acontecimientos potencialmente traumáticos reportados predecían mejor los síntomas de disociación somatoforme, un número reducido de las variables creadas en TEC se introdujo en un análisis de regresión múltiple por pasos. Los ítems que no correlacionaron con disociación somatoforme fueron descartados a priori (las pérdidas por muerte, padres divorciados; véase tabla 1); también los ítems que correlacionaron de forma muy discreta con disociación somatoforme y difíciles de agrupar (propio divorcio, experiencias de guerra, ser segunda generación de víctimas de guerra, testigos de traumas ajenos). La prueba para las puntuaciones de la presencia de tipos de trauma involucrados en TEC informan de trauma emocional; amenaza física; enfermedades que entrañan peligro para la vida, cirugía, o un accidente; traumas sexuales, y los problemas relacionados con la familia. Los coeficientes de correlación de Pearson entre estas variables oscilaron entre $r = 0,01$ (problemas relacionados con la familia x amenaza física de otro tipo) y $r = .62$ (trauma emocional x amenaza física), lo que significa que todas las correlaciones se mantuvieron por debajo del valor crítico para colinealidad.

La disociación somatoforme fue mejor predicha por la amenaza física, beta de .40 (cambios en $F 58,621 (1, 142)$; $p < .0001$) y el abandono emocional reportados, beta .28 (cambios en $F 12,442 (1, 141)$; $p = .001$) (R^2 corregida = .34). La disociación psicoforme fue mejor predicha por el abandono emocional, beta .34 (distribución $F 36,971 (1, 144)$; $p < .0001$) y la amenaza física, beta .21 (cambios en F de $6040 (1, 143)$; $p = .015$; R^2 corregida = .23).

El mismo tipo de cálculo se aplicó a las variables SLESQ y arrojó resultados similares. Debido a que apareció colinealidad entre los ítems de SLESQ que miden traumas sexuales y amenaza física para una persona ($r = .79$), estos ítems se combinaron en un solo grupo. El grupo resultante puntuaciones con rangos entre $r = .28$ $r = .71$, todos $p < .001$. Cronbach α fue $.62$. Debido a que las mujeres presentaron puntuaciones más altas que a los hombres en este grupo ($t = -2,736$ (147); $p = .007$), el género se controló en el análisis de regresión. Los otros ítems de SLESQ no pudieron ser agrupadas de manera significativa. La disociación somatoforme fue mejor predicha por trauma sexual y amenaza física de parte de otro, beta $.18$ (cambios en $F 4619$ (1140); $p = .033$; R^2 corregida = $.20$). Este grupo también predijo mejor la disociación psicoforme (R^2 corregida = $.12$), y los síntomas de estrés postraumático predichos por este grupo en conjunción con la pérdida traumática de un familiar cercano, un amigo o pareja (R^2 corregida = $.32$).

Relación entre las puntuaciones de traumas graves reportados y disociación somatoforme

Al igual que las puntuaciones para la presencia de los tipos de trauma, la puntuación de la gravedad de la amenaza para la integridad física / dolor intenso reportados se asoció más fuertemente con disociación somatoforme ($r = .47$, $p < .001$). La correlación entre amenaza física y disociación psicoforme fue de $r = .26$ ($P < .01$), y la correlación con los síntomas de estrés postraumático $r = .43$ ($p < .001$). Un análisis de regresión múltiple por pasos que incluye la gravedad del abandono emocional, el abuso emocional, la amenaza por parte de otra persona / dolor intenso, el acoso sexual y el abuso sexual mostró que, después de controlar por género, la disociación somatoforme fue mejor predicha la amenaza por parte de otra persona / dolor intenso, beta de $.36$ (R^2 corregida = $.12$, (cambios en $F 13,573$ (1, 92); $p < .0001$). La disociación psicoforme y los síntomas de estrés postraumático fueron mejor predichos por las puntuaciones de gravedad del abandono emocional y el maltrato emocional, respectivamente.

Las puntuaciones compuestas pueden haber sido afectadas por la inclusión de las estimaciones retrospectivas del impacto del trauma. Podría ser que esta inclusión fuera un índice de la gravedad de la sintomatología actual en lugar de índice del efecto original de la experiencia traumática. Sin embargo, la supresión de esta variable de puntuaciones compuestas no alteró los resultados.

Traumatización acumulada reportada, disociación y síntomas de estrés postraumático.

Se crearon varios grupos y se consideraron sus puntuaciones en el TEC con el fin de probar la hipótesis de que los informes de múltiples experiencias según el criterio A [16] (es decir, experiencias en las que "la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás" [pág 427]) del trastorno de estrés postraumático, están relacionadas con la gravedad de los síntomas de disociación y de estrés postraumático. Los grupos consistieron en participantes que no

informaron de experiencias traumáticas (N = 15, 9,8%, grupo 1); participantes que informaron de experiencias no incluidas en el criterio A, incluyendo abandono y abuso emocional (N = 15, 9,8%, grupo 2); participantes que informaron solo de experiencias del criterio A (N = 32, 20,9%, grupo 3); participantes que informaron de hasta cuatro eventos del criterio A (N = 59, 38,6%; grupo 4), y más de cuatro eventos del criterio A (N = 32, 20,9%, grupo 5). En el grupo 4, 39 participantes (66,1%), y en el grupo de 5 todos menos dos de los participantes (93,8%), reportaron abandono emocional y / o abuso emocional. Así, en la actual muestra, la exposición a múltiples experiencias del criterio A se acompañó de abandono y abuso emocional en la mayoría de los casos. El ANOVA reveló que SDQ-20 (F = 11,11 (4, 143); p <.0001), DES (F = 6,614 (4, 146); p <.0001), y PTSD-ss (F = 9,188 (3, 89); p <.0001), discriminaron entre estos 5 grupos (SDQ-20 y DES) y 4 grupos, respectivamente (el PTSD-ss obviamente no se completó cuando el participante no informó de alguna experiencia traumática) (véase la tabla 4). Las pruebas post hoc de Tukey HSD procedimiento de Tukey HSD, mostraron que las mediciones de los síntomas solo diferenciaron el grupo 5 de los otros grupos.

Tabla 4. Disociación somatoforme, disociación psicoforme y síntomas de estrés en relación con los niveles y tipos de trauma de presentación de informes en el TEC

	SDQ-20		DES		PTSD-ss	
	M	SD	M	SD	M	SD
1. Sin informe de trauma	22.13	5.34	7.24	8.55	-	-
2. Solo abandono y abuso emocional	22.53	2.61	10.52	6.04	32	9.64
3. Una experiencia de criterio A	22.58	3.84	11.07	11.03	33.65	7.95
4. Hasta 4 experiencias diferentes de criterio A	25.38	5.05	13.12	10.46	37.54	9.77
5. Más de 4 experiencias diferentes de criterio A	31.71*	10.47	22.58*	15.98	45.36*	7.43

* Según el ANOVA y post hoc de Tukey HSD, en el grupo 5 hubo puntuaciones superior SDQ - 20, DES, y PTSD-ss que en los otros cuatro grupos.

Casos consecutivos y otros casos

El estudio podría ser parcial cuando la hipótesis principal, es decir, que la amenaza a la integridad física por parte de una persona está estrechamente relacionada con la disociación somatoforme, no es válida para grupos separados, es decir, para el grupo de casos con la muestra consecutiva o los demás participantes. Sin embargo, la gravedad de la disociación somatoforme (y la disociación psicoforme y los síntomas de estrés postraumático) no difirieron de los casos consecutivos, y el resto de los casos (todas las pruebas t-test fueron no significativas), y la correlación entre el SDQ-20 y amenaza física fue similar en ambos grupos (r = .46 entre los casos consecutivos, y r = .53 entre los demás casos).

Discusión

Las conclusiones son coherentes con la hipótesis. La disociación somatoforme se correlacionó con los síntomas de estrés postraumático, y predijo la traumatización reportada más allá de la influencia de la disociación psicoforme y de los síntomas de estrés postraumático. La disociación somatoforme fue

mejor predicha por la amenaza a la integridad física y a la vida por parte de otra persona / dolor intenso entre una amplia gama de tipos de traumas. La disociación somatoforme también fue mejor predicha por la amenaza física cuando se consideró la edad de aparición y la duración del trauma reportado. Estas conclusiones destacan que en el futuro los estudios de disociación y trauma deberían considerar la disociación somatoforme, y que todo el dominio de la disociación no debe equipararse a disociación psicoforme. Por ejemplo, un estudio [29] llegó a la conclusión de que "la disociación (además de los síntomas de TEPT) es una respuesta primaria a los abusos sexuales, pero que está mucho menos asociada con experiencias de abuso físico." (Pág. 219). El panorama es diferente cuando también se considera la disociación somatoforme.

El abandono emocional que se reporta mejora la capacidad de predicción del modelo de regresión. Esto sugiere que el trauma emocional es un factor de riesgo para el mantenimiento de disociativas somatoformes peritraumáticas como reacción a graves amenazas físicas. Esto es, el descuido de los cuidadores puede no ser capaz de enseñar a los hijos cómo modular su estado, y puede no ser capaz de ayudarles en la integración de las experiencias altamente estresantes en el período posterior a los eventos potencialmente traumatizantes [30].

Nash y otros [31] hallaron que la asociación entre disociación psicoforme y traumas reportados desapareció al considerar la patología familiar como una covariable. Sin embargo, el abuso físico reportado predijo mejor la disociación somatoforme y la disociación psicoforme más allá de los problemas de la familia, el abandono emocional, y el abuso emocional [5]. Otros estudios también sugieren que el abuso sexual y físico son los mejores predictores de la disociación psicoforme, pero el abandono emocional, el abuso emocional y la disfunción materna constituyen el clima en el que el abuso sexual y físico se han producido [5,6,32].

En el estudio actual, los traumas emocionales predijeron mejor la disociación psicoforme. Mas aún, los síntomas de estrés postraumático, la disociación psicoforme y la disociación somatoforme no se asociaron con el abandono emocional, el abuso emocional, y los problemas de la familia, cuando éstos se dieron en ausencia de amenaza física y trauma sexual. De hecho, ni en los casos en los que se informó de una o pocas experiencias del criterio A para TPET. Así, las puntuaciones altas para estas formas de psicopatología parecen específicamente relacionadas con la acumulación de amenazas a la integridad física. Otros estudios han demostrado que los sujetos que informaron de la exposición a múltiples traumas interpersonales [33], o cuyos abusos graves durante la infancia fueron documentados [34] corren un riesgo especial para desarrollar psicopatología relacionada con el trauma.

Los estudios retrospectivos están sujetos a las limitaciones metodológicas, restringiendo las inferencias causales entre trauma reportado y disociación [27,35]. Por lo tanto, no está justificado concluir a partir de los datos actuales que un fenómeno es causado por el otro. En este contexto, la conclusión de Nash y otros [31] de que la psicopatología en adultos y la disociación en las mujeres con historia de abuso sexual infantil puede ser una consecuencia, al menos en parte, de una estructura familiar patógena, y no del abuso en sí, también debe considerarse con cautela. Se ha sugerido que los síntomas disociativos son el resultado de una propensión a la fantasía [36], a ser sugestionable, o a la psicopatología general [37], y que la disociación somatoforme podría simplemente reflejar las somatizaciones. Casos floridos de recuperación de trastornos disociativos complejos tenían una mayor puntuación para la propensión a la fantasía que los casos de personas sanas de control, pero utilizaron la fantasía para crear un mundo más seguro de imágenes y poder

hacer frente a las experiencias traumáticas [38]. No hay pruebas de que la disociación somatoforme puede explicarse por la capacidad de ser sugestionado [24, 39]. En consonancia con esto, las puntuaciones en el SDQ-20 (así como en la DES y en la PTSD-ss) fueron similares en los casos nuevos consecutivos y en los pacientes que habían estado en tratamiento, durante al menos un tiempo, en el estudio actual. Además, la disociación somatoforme no es un efecto de la psicopatología en general [23], y predijo los traumas reportados más allá de la influencia de las somatizaciones [6]. Por último, la disociación somatoforme, pero no las somatizaciones, estaba fuertemente correlacionada con la disociación psicoforme [6].

Las limitaciones de este estudio fueron que la validez externa de los informes sobre la presencia y ausencia de los traumas en el TEC no se evaluó. La evaluación considerando si el trauma se reporta o no en la TEC es un importante objetivo futuro. Sin dejar de tener en mente estas reservas, una serie de datos empíricos sugieren que los resultados actuales no reflejan los efectos de la sugestión. Básicamente, se trata de la defensa animal, fenómenos como la analgesia, la anestesia y las inhibiciones motoras [11], que son ítems destacados de la SDQ-20. Además, los síntomas disociativos somatoformes peritraumáticos y postraumáticos fueron característicos de los soldados (*shell shocked soldiers*) de la Primera Guerra Mundial [1]. Asimismo, estudios longitudinales, retrospectivos y prospectivos, muestran que los acontecimientos auténticamente abrumadores pueden evocar síntomas somáticos peritraumáticos y síntomas disociativos somatoformes en niños y adultos [40-42]. La disociación peritraumática, de manera más general, fue predictora de posteriores TEPT [43], trastornos disociativos [7, 41], y trastornos somatoformes [41].

En resumen, la disociación somatoforme fue un potente predictor de trauma acumulativo reportado. Entre una amplia gama de tipos de traumas, la disociación somatoforme se asoció más fuertemente con la amenaza física recurrente por parte de otra persona, el dolor intenso, y el abandono emocional que empezaron temprano en la vida de la persona. Estas asociaciones pueden ser debidas a la evocación de los sistemas defensivos psicobiológicos frente a la amenaza grave y recurrente para la integridad física y la misma vida, por parte de otra persona. Esta hipótesis debe ser probada en una investigación prospectiva longitudinal.

References

1. Van der Hart O, Van Dijke A, Van Son MJM, Steele K. Somatoform dissociation in traumatized World War I combat soldiers: A neglected clinical heritage. *Journal of Trauma and Dissociation*, 2000; 1:33-66.
2. Nijenhuis, E.R.S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O., & Vanderlinden, J. The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1996; 184:688-694.
3. Dell PF. Somatoform dissociation and reported trauma in DID and DDNOS. Proceedings of the 14th International Conference of the International Society for the Study of Dissociation. November 8-11, 1997:130.
4. Diettrich A. Posttraumatic stress disorder and associated features as predictors of revictimization and perpetration with samples of adults abused during childhood. Dissertation University of British Columbia 2003.
5. Nijenhuis ERS, Spinhoven P, Van Dyck R, Van der Hart O, Vanderlinden J. Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorder is correlated with reported trauma. *Journal of Traumatic Stress* 1998; 11:711-730.
6. Nijenhuis ERS, Van Dyck R, Ter Kuile MM, Mourits MJE, Spinhoven P, Van der Hart O. Evidence for associations among somatoform dissociation, psychological dissociation and reported trauma in patients with chronic pelvic pain. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 2003; 24:87-98.
7. Nijenhuis ERS, Van Engen A, Kusters I, Van der Hart O. Peritraumatic somatoform and psychological dissociation in relation to recall of childhood sexual abuse. *Journal of Trauma and Dissociation* 2001; 2:49-68.
8. Roelofs K, Keijsers GP, Hoogduin KA, Naring GW, Moene FC. Childhood abuse in patients with conversion disorder. *American Journal of Psychiatry* 2002; 159:1908-1913.
9. Van Duyl M, Nijenhuis ERS. Dissociative symptoms and reported trauma among Ugandan patients with spirit possession disorder. Proceedings of the 18th International Fall Conference of the International Society for the Study of Dissociation. New Orleans. December 2-4, 2001:60-61.
10. Waller G, Hamilton K, Elliott P, Lewendon J, Stopa L, Waters A, Kennedy F, Chalkley JF, Lee G, Pearson D, Kennerley H, Hargreaves I, Bashford V. Somatoform dissociation, psychological dissociation and specific forms of trauma. *Journal of Trauma and Dissociation* 2000; 1:81-98.
11. Nijenhuis ERS, Vanderlinden J, Spinhoven P. Animal defensive reactions as a model for trauma-induced dissociative reactions. *Journal of Traumatic Stress* 1998; 11:243-260.
12. Nijenhuis ERS, Spinhoven P, Vanderlinden J, Van Dyck R, Van der Hart O. Somatoform dissociative symptoms as related to animal defensive reactions to predatory threat and injury. *Journal of Abnormal Psychology* 1998; 107:63-73.
13. Fanselow MS, Lester LS. A functional behavioristic approach to aversively motivated behavior: Predatory imminence as a determinant of the topography of defensive behavior. In Bolles RC, Beecher MD, eds. *Evolution and learning*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1988:185-212.
14. Davis KL, Panksepp J, Normansell L. The affective neuroscience personality scales: Normative data and implications. *Neuro-Psychoanalysis* 2003; 5:57-69.
15. Nijenhuis ERS, Van der Hart O, Steele, K. The emerging psychobiology of trauma-related dissociation and dissociative disorders. In D'Haenen H, Den Boer JA, Willner P, eds. *Biological Psychiatry*. London: Wiley, 2002:1079-1098.

16. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition (DSM-IV). Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
17. Reinders AATS, Nijenhuis ERS, Paans AMJ, Korf J, Willemsen ATM, den Boer JA. One brain, two selves. *Neuroimage* 2003; 20:2119-2125.
18. Nijenhuis ERS, Quak J, Reinders S, Korf J, Vos H, Marinkelle AB. Identity-dependent processing of traumatic memories in dissociative identity disorder: Converging regional blood flow, physiological and psychological evidence. Proceedings of the 6th European Conference on Traumatic Stress: Psychotraumatology, clinical practice, and human rights. Istanbul, Turkey. June 5-8, 1999:23.
19. Nijenhuis ERS, Van der Hart O, Kruger K. The psychometric characteristics of the Traumatic Experiences Questionnaire (TEC): First findings among psychiatric outpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2002; 9:200-210.
20. Goodman LA, Corcoran C, Turner K, Yuan N, Green B. Assessing traumatic event exposure: General issues and preliminary findings for the Sressful Life Events Screening Questionnaire. *Journal of Traumatic Stress* 1998; 11:521-542.
21. Nijenhuis ERS, Spinhoven P, Van Dyck R, Van der Hart O, Vanderlinden J. Psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire: A replication study. *Psychotherapy & Psychosomatics* 1998; 67:17-23.
22. Sar V, Kundakci T, Kiziltan E, Bakim B, Bozkurt O. Differentiating dissociative disorders from other diagnostic groups through somatoform dissociation in Turkey. *Journal of Trauma and Dissociation* 2000; 1:67-80.
23. Nijenhuis ERS, Van Dyck R, Spinhoven P, Van der Hart O, Chatrou M, Vanderlinden J, Moene F. Somatoform dissociation discriminates among diagnostic categories over and above general psychopathology. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1999; 33:512-520.
24. Nijenhuis ERS. Somatoform dissociation: Phenomena, measurement, and theoretical issues. Assen, The Netherlands: Van Gorcum, 1999. Reprint: New York: Norton, 2004.
25. Bernstein E, Putnam FW. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous Mental Disease* 1986; 102:280-286.
26. Carlier IVE, Van Uchelen JJ, Lamberts RD, Gersons BPR. Een korte screeningstest voor de diagnose posttraumatische stress-stoornis [A brief screening test for posttraumatic stress-disorder]. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 1996; 8:624-629.
27. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. 2nd ed. New York: Harper Collins Publishers 1989.
28. SPSS PC: SPSS Inc. SPSS for Windows Release 9.0. Chicago, SPSS Inc 1998.
29. Carlson EB, Armstrong J, Loewenstein R, Roth D. Relationships between traumatic experiences and symptoms of posttraumatic stress, dissociation, and amnesia. In Bremner JD, Marmar CR, eds. *Trauma, memory, and dissociation*. Washington, DC: American Psychiatric Press 1998:205-227.
30. Putnam FW. *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. New York: Guilford, 1997.
31. Nash MR, Hulseley TL, Sexton MC, Harralson TL, Lambert W. Long-term sequelae of childhood sexual abuse: Perceived family environment, psychopathology, and dissociation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993; 61:276-283.
32. Draijer N, Langeland W. Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry* 1999; 156:379-385.
33. Green BL, Goodman LA, Krupnick JL, Corcoran CB, Petty RM, Stockton P, Stern NM. Outcomes of single versus multiple trauma exposure in a screening sample. *Journal of Traumatic Stress* 2000; 13:271-286.

34. Ogawa JR, Sroufe LA, Weinfield NS, Carlson EA, Egeland B. Development and the fragmented self: A longitudinal study of dissociative symptomatology in a normative sample. *Development and Psychopathology* 1997; 9:855-879.
35. Briere J, Elliott DM. Sexual abuse, family environment, and psychological symptoms: On the validity of statistical control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993; 61:284-288.
36. Hacking I. *Rewriting the soul: Multiple personality and the sciences of memory*. Princeton NJ: Princeton University Press, 1995.
37. Tillman JG, Nash MR, Lerner PM. Does trauma cause dissociative pathology? In S. J. Lynn, & J. W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives*. New York: Guilford, 1994:395-415.
38. Nijenhuis ERS, Ehling T, Krikke A. Hippocampal volume in florid and recovered cases of DID, DDNOS, and healthy controls: Three MRI studies. *Proceedings of the 19th International Fall Conference of the International Society for the Study of Dissociation, Baltimore, November 9-12, 2002:43*.
39. Nähring G, Nijenhuis ERS. Relationships among self-reported potentially traumatizing events, psychoform and somatoform dissociation, and absorption in two non-clinical populations. Submitted.
40. Burgess AW, Hartmann CR., Baker T. Memory representations of childhood sexual abuse. *Journal of Psychosocial Nursing* 1995; 33:9-16.
41. Darves-Bornoz JM, Lepine JP, Choquet M, Berger C, Degiovanni A, Gaillard P. Predictive factors of chronic post-traumatic stress disorder in rape victims. *European Psychiatry* 1998; 13:281-287.
42. Morgan CA, Hazlett G, Wang S, Richardson EG, Schnurr P, Southwick SM. Symptoms of dissociation in humans experiencing acute, uncontrollable stress: a prospective investigation. *American Journal of Psychiatry* 2001; 158:1239-1247.
43. Shalev AY, Peri T, Canetti L, Schreiber S. Predictors of PTSD in injured trauma survivors: a prospective study. *American Journal of Psychiatry* 1996; 153:219-225.