XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2007.

Clínica diferencial de las perturbaciones de la experiencia y percepción del cuerpo.

Napolitano, Graziela.

Cita:

Napolitano, Graziela (2007). *Clínica diferencial de las perturbaciones de la experiencia y percepción del cuerpo. XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: https://www.aacademica.org/000-073/140

ARK: https://n2t.net/ark:/13683/e8Ps/sch

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto*. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: https://www.aacademica.org.*

CLÍNICA DIFERENCIAL DE LAS PERTURBACIONES DE LA EXPERIENCIA Y PERCEPCIÓN DEL CUERPO

Napolitano, Graziela
Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata. Argentina

RESUMEN
El trabajo presenta el tema de la investigación en curso (Facultad Psicología UNLP), centrada en el establecimiento de una clínica diferencial de perturbaciones de la experiencia y percepción del cuerpo. A tal fin analiza los principales antecedentes y el estado actual de dos de estas perturbaciones: la despersonalización y las dismorfias. Se señalan las dificultades para establecer desde una perspectiva exclusivamente fenoménica el valor de estos síntomas como signo de estructura, considerando la oposición neurosis/psicosis. Se realiza una reseña de diferentes abordaje del problema en el campo del Psicoanálisis para presentar por último los principales ejes que han orientado los desarrollos téoricos sobre el estatuto del cuerpo en diversos campos disciplinares: Fenomenología, Neurociencias, Psicología del Yo, y Psicoanálisis de orientación lacaniana. La elaboración llevada a cabo en el primer período de la investigación, ha tenido como propósito revisar criticamente los marcos teóricos de los que depende la consideración de las perturbaciones objeto de nuestro estudio.

Palabras clave
Cuerpo Despersonalizacion Dismorfias Neurosis

ABSTRACT
DIFFERENTIAL CLINIC OF THE BODY'S EXPERIENCES AND PERCEPTIONS TROUBLES
This paper presents the subject of the current research (Facultad de Psicología,U.N.L.P.) centered on the establishment of a differential clinic of body- perception and perturbations of body- experience. To this purpose, they are analyzed the main antecedents and the actuality of two of these perturbations: depersonalization and dismorphic disturbance. Having in mind the opposition neurosis- psychosis, there are emphasized the difficulties to set the value of these symptoms from an exclusively phenomenic point of view. A review is done of different approaches to the problem in the Psychoanalytic field and finally there are introduced the principal axes of theoretical developments on body statute from different fields such as : Phenomenology, Neurosciences, Ego Psychology and lacanian orientated Psychoanalysis. The work of elaboration performed during the first period of this research has had the main purpose of critically review the theoretical backgrounds on which are based the considerations of the perturbations which are the objects of our research.

Key words
Depersonalization Dismorphic Trouble Neurosis

Incluídos generalmente dentro de los trastornos de la somatognosia, o trastornos somatoformes así como también algunos de ellos dentro de los trastornos disociativos, las perturbaciones que hemos elegido como objeto de nuestra investigación comprenden una serie de fenómenos que perturban aspectos centrales reconocidos por todos los autores como específicos de la experiencia y percepción "normal" que el sujeto tiene de su cuerpo. Tales aspectos que se encuentran afectados son: la experiencia y percepción del cuerpo como unidad, identidad y forma específica así como del cuerpo en tanto superficie y profundidad en el que a su vez es posible diferenciar una relación de continente-contenido. Nos dedicaremos a revisar los problemas planteados por determinadas alteraciones que afectan estas últimas características, ya sea en términos de ruptura, desdoblamiento, desconocimiento, rechazo parcial o global, fragmentación, disolución o negación. Hemos delimitado especificamente dentro de este gran grupo de trastornos aquellos que plantean problemas tanto en el campo psiquiátrico como en Psicoanálisis, problemas que se refieren tanto a su definición, como a su naturaleza y a los mecanismos intervinientes en su producción. Tales problemas que repercuten a su vez en las consideraciones que se llevan a cabo concernientes a la distribución clínica que les corresponde en las clasificaciones vigentes, particularmente en la oposición neurosis-psicosis. En esta dirección, resultan de particular interés: 1.- el denominado "trastorno de despersonalización" (DSM IV) en el que algunos autores incluyen "la autoscopía" o alucinación del doble; 2) "el trastorno dismórfico" o dismorfofobia 3) "el delirio de negaciones" hipocondríaco, y los fenómenos hipocondríacos en general, de acuerdo a las diferentes modalidades de su presentación. 4.- Los fenómenos de fragmentación corporal y de la relación del cuerpo con los órganos, y que se refieren a perturbaciones que afectan la unidad de la experiencia del cuerpo, y la relación de inclusión que esta unidad supone en términos de las relaciones continente-contenido.

Breve historia y discusiones actuales en el campo psiquiátrico

La despersonalización, como una de las perturbaciones en la experiencia del cuerpo, hace su ingreso en el campo de la Psiquiatría con un acento que privilegia el aspecto "mental" de su presentación, y dejando de lado consiguientemente la dimensión corporal que la acompaña, y que recibe una atención especial en los estudios actuales. Esta descripción inicial se lleva a cabo en 1900 por Dugas y Moutier, descripción en la que los autores combinan la neurosis cerebro-espinal de Krishaber ("me parece que no soy yo mismo") con el descubrimiento del otro interior plasmado en el relato del "Journal" de Amiel, autor considerado un "profesional de la despersonalización". Referencia de la literatura romántica y que expresa los límites de la emergencia del yo y de su introspección, pone de manifiesto una subjetividad en la que la experiencia interior da lugar al riesgo permanente de su destrucción. Este origen marca inicialmente su descripción y subraya la naturaleza pasajera y aguda de la experiencia, que los autores sitúan en los límites de la noción de personalidad de Ribot, y alejada del ámbito de las psicosis. Este criterio se ha mantenido para algunos autores que consideran que existe una relación inversa entre manifestaciones delirantes y la despersonalización, ubicando a las

primeras como signos específicos de la psicosis y a la segunda como propia de las neurosis o la normalidad. Durante mucho tiempo esta perspectiva fue la predominante en el campo psiquiátrico, y la despersonalización fue excluída de los procesos patológicos crónicos y de la psicosis, marcando justamente una frontera. H. Ey, no descarta sin embargo su carácter delirante, pero reconoce su naturaleza pasajera vinculada sobre todo al ámbito de las neurosis. En las últimas décadas los trabajos sobre despersonalización son raros, y cuando aparecen se focalizan en dos aspectos: la despersonalización crónica y la despersonalización post-traumática. Paralelalemente se ha prolongado un debate sobre su naturaleza y su relación con las psicosis y las neurosis. Le Goc-Díaz en 1988 ofrece una descripción en la que acentúa el sentimiento de ajeneidad que el sujeto experimenta 1.- con respecto a la personalidad misma llegando al sentimiento de desanimación, que puede ir desde la experiencia del vacío hasta la autoscopía; 2.- con respecto a la integridad corporal, vivida como desencarnación o descorporización, pudiendo limitarse a una sensación de vértigo como alcanzar una vivencia de metamorfosis o una dismorfofobia. 3.- con respecto al mundo exterior, como desrealización, en la que se llegan a alterar las referencias espacio-temporales, y predomina un sentimiento de irrealidad del medio en el que el sujeto se sitúa. De esta manera, el autor destaca la lucidez del paciente y el distanciamiento que experimenta tanto de su cuerpo como de sus emociones y el mundo circundante, lo que resulta en una experiencia penosa. Coincide con otros autores en reconocer las dificultades con la que su estudio se enfrenta, en razón de los obstáculos que los sujetos encuentran en su expresión, cuestión que condiciona el uso de términos analógicos y metafóricos, en el registro de la comparación ("como si...") El mismo carácter inefable de la despersonalización resulta en la retiscencia que muestran los sujetos afectados, y esta es una de las razones por las que tal vez ha sido descuidada, en una época en la que se busca la mayor objetividad en la descripción de los síntomas. Por esto mismo, como lo señala T. Ménager (1998) y M. Stenberg (1991) los datos estadísticos sobre el tema pecan por su imprecisión, y no existen estudios epidemiológicos al respecto. La prevalencia de la despersonalización no es el menor de sus desconocimientos, sostiene también el primero, evoluciona de un autor a otro, según el grado de restricción de sus criterios. Lo que parece generar un cierto acuerdo es la edad de su presentanción, en la adolescencia o en la franja etaria de 20 a 30 años. En relación a su significación y naturaleza, Stemberg denomina "despersonalización común" a aquella que se presenta en todas las situaciones que alteran la vigilia, como por ejemplo el stress agudo aún poco intenso. Otros autores, como J.-P. Catel y J. Catel consideran que el riego de recurrencia se presenta sobre todo en las personalidades obsesivas, y otros autores señalan su vinculación con la histeria, ligada a la amnesia y a los estados crepusculares. Le Goc-Díaz (1974) considera por su parte que un fondo depresivo acentuaría la calidad ansiógena de la experiencia de despersonalización. El autor incluye la despersonalización en los cuadros psicóticos, presentándose en forma aguda, en la que sobresale la nota confusional. Está sobre todo asociada a los momentos de entrada y de descompensación en la esquizofrenia, cuando el paciente aún reconoce sus trastornos como patológicos y ajenos. Otros autores remarcan la cronicidad de esta experiencia, que se expresa sobre todo en el sentimiento de vacuidad en las personalidades esquizoides, evitativa y borderline. Como vemos, la despersonalización se presenta en gran medida en los trabajos más recientes como transnosográfica, aunque el interés que concita se encuentra en nuestros días centrado en gran parte en la despersonalización crónica, en el valor clínico que se le puede otorgar así como en su significación psicopatológica.

Por otra parte, y acentuando otro tipo de aparición de la perturbación, los estudios más recientes, particularmente en la literatura de habla inglesa sobre stress post-traumáticos, reservan un lugar importante a la despersonalización ya desde los años 60 (M. Roth, 1959, R. Noyes, y col., 1977), destacando asimismo su asociación con la agorafobia. Estos últimos autores aíslan "un sindrome de despersonalización transitorio" que afecta a un tercio de las víctimas de accidentes graves, que se caracteriza por la asociación de un sentimiento de distanciamiento relativo del cuerpo de sí mismo con hipervigilancia y fenómenos de rememoración panorámica. En las víctimas de traumatismo físicos, emocionales y sexuales, el problema se plantea en función de su recurrencia, sobre todo cuando estos traumatismos se han producido en la infancia.

Síntoma de diversas afecciones psicopatológicas, por un lado, o categoría específica, tal como la considera el DSM IV ("trastorno de despersonalización"), carácter agudo o crónico de su presentación, constatamos que la despersonalización recubre un amplio espectro condicionado tal vez por la imprecisión misma que afecta su estudio y la deficiencia de las referencias que permitan establecer su naturaleza y los mecanismos específicos de su producción en las diferentes condiciones clínicas. Su inclusión dentro de los denominados "estados límites" ha adquirido importancia en las actualidad, situando así a la despersonalización en una zona fronteriza de la distinción neurosis-psicosis. Le Goc Díaz, nos presenta al respecto la despersonalización crónica en los estados límites como "un estado al que el sujeto se habitúa, un sentimiento crónico de vacío que constituye un arreglo defensivo contra la pérdida del objeto narcisístico". En una perspectiva diferente, Tirindelli (1990) considera la despersonalización como una situación dinámica que puede ser tanto una defensa contra una psicosis, como una transición hacia ésta. Persiste, como podemos constatarlo, una discusión importante acerca de estatuto nosográfico de la despersonalización, que se corresponde con la escasez de diferenciaciones fenomenológicas y estructurales dentro del amplio espectro que abarca y las modalidades diversas de su presentación.

Lo mismo ocurre en relación a los fenómenos propios de la autoscopía, en ocasiones incluídos dentro de la despersonalización, tal como en 1952 lo señalaron Hecaen y Ajuriaguerra (1952, p. 336): "La autoscopia no es un hecho unívoco, su significación, como sus modalidades son múltiples. Las formas oscilan de la alucinación visual casi pura donde el sujeto se ve como un reflejo del espejo sin que haya un doble verdadero, a la conciencia no estésica de un ser moralmente idéntico a sí mismo, o aún al sentimiento de desdoblamiento experimentado y no proyectado." Así como algunos autores reconocen su frecuencia en la psicosis (Thibierge, 1999), otros lo consideran un fenómeno raro que puede presentarse tanto incluído en las manifestaciones delirantes, en patologías de etiología neurológica, como en la neurosis, hasta incluso como un fenómeno pasajero normal.

Si consideramos ahora las perturbaciones que recaen en la percepción del cuerpo, y particularmente de su forma y apariencia, "la dismorfofobias" o "trastorno dismórfico", aislada tempranamente por Morselli en 1886 para designar una manifestación de carácter obsesivo, fue definida como "el temor de ser o volverse feo." Otros autores de comienzos del siglo XX, tales como Pitrés y Regis (1901) la incluyen también dentro de los fenómenos obsesivos y compulsivos, Janet en 1903 la considera en el capítulo de su obra titulado "Obsesiones y vergüenza del cuerpo", asociándola con una fuerte tonalidad depresiva. Kraepelin, en 1910 coincide en esta ubicación nosológica, estudiándola conjuntamente con la autodisosmofobia, el temor de exhalar un mal olor, cuestión que resulta discutible en la actualidad para algunos autores (Ferrere y col. 1990) Más tarde su estatuto nosológico fue objeto de discusiones: algunos, teniendo en cuenta el pronóstico, consideran que debe ser incluída dentro de las neurosis graves (Dietrich, 1962), mientras otros (Corbella y Rossi, 1967) sitúan la gravedad de la perturbación en los confines de las patologías neurótica y psicótica. La posibilidad del pasaje de la obsesión al delirio

cobra importancia en las discusiones sobre el problema, siendo difícil establecer cuando la dismorfofobia atraviesa ese límite (Stekel, 1950) La forma completa de esta manifestación que afecta sobre todo la apariencia del cuerpo ha sido descripta en su forma completa de la siguiente manera: "la dismorfofobia es una convicción de falta de gracia o atractivo corporal, dolorosa, inquebrantable, angustiante, que implica una apreciación falsa y peyorativa de la estética del conjunto o de una parte del cuerpo y que llega a modificar las relaciones del sujeto consigo mismo y con los demás." (M, Ferrere, M. Godefroy, V. Mirabel, J. M. Alby, 1990) Los autores utilizan el antiguo concepto de "idea fija", para diferenciarlo de las obsesiones y el delirio, y subrayan que interesa preferentemente el rostro, particularmente la nariz, el mentón, los maxilares, las orejas, pero también el peso y los senos en las mujeres, la talla y el sexo en el hombre. Resulta de importancia el problema del lugar nosográfico en la historia de esta perturbación, considerada preferentemente en términos de sindrome o de síntoma más que de entidad clínica, aunque en ocasiones se ha reconocido su presentación en forma aislada, como figura en el DSM IV "trastornos dismórfico corporal". Algunos autores desde hace tiempo han señalado la dimensión paranoica en la queja dismorfofóbica, y sus relaciones con la hipocondría delirante. Alby (1969) y Godefroy (1975) subrayan la posibilidad de un verdadero delirio persecutorio con riegos de pasaje al acto contra el cirujano en ciertas formas de dismorfofobia que demandan intervención correctiva. Fournet (1966), Vallat y Leger (1971) observan también la dimensión hipocondríaca y Lemperiere (1977) insiste en la importancia que adquieren ciertas formas en las que se presentan como un verdadero delirio hipocondríaco, con riego suicida o de automutilación. Esta ubicación nosográfica se encuentra relativizada cuando se trata de la presentación de la perturbación en adolescentes, considerada entonces a la luz de los cambios que sobrevienen en las dimensiones y formas del cuerpo y las dificultades en su asimilación. Plazzoli-Selvini (1967) consideran la dismorfofobia como un trastorno de la imagen corporal y en relación con la distorsión perceptiva que se observa en la anorexia mental. Abordada en la perspectiva de los cambios que introduce la pubertad, la dismorfofobia resulta para muchos sólo un fenómeno transitorio, de buen pronóstico (Canestrari, 1980, Braddok, 1982).

En 1987 el DSM IV incluye a la dismorfofobia como una categoría independiente: "el trastorno corporal dismórfico" (dismorfofobia) de acuerdo a tres criterios diagnóstico: 1) preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva. 2) La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social o laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. 3) La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo la insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales). Criterios que para algunos autores resultan demasiado amplios, o demasiado restrictivos para otros, que no pueden dejar de reconocer el carácter transnosográfico del cuadro y la necesidad de nuevos estudios que permitan delimitar su especificidad en la neurosis y en la psicosis. En esta dirección, numerosos autores lo incluyen como síntoma de diferente valor clínico, según se inscriba entre las manifestaciones de una neurosis, de una patología depresiva, de una psicosis esquizofrénica o paranoica o en los estados límites.

Como lo hemos señalado con respecto a la despersonalización y la autoscopía, y teniendo en cuenta la insuficiencia de los criterios puramente fenomenológicos para establecer la naturaleza y los mecanismos de producción de la dismorfofobia, resulta de interés plantear brevemente las conceptualizaciones que se han producido en Psicoanálisis de estas diferentes modalidades en que se presentan las perturbaciones de la experiencia y percepción del cuerpo.

Los fenómenos que afectan el cuerpo en el campo del Psicoanálisis

Las diferentes orientaciones del Psicoanálisis se han ocupado de los problemas vinculados a la despersonalización, autoscopía y dismorfobobias coincidiendo en delimitar su principal referencia teórica en el proceso de constitución de la personalidad, la estructura del yo y la psicopatología de la angustia y sus derivados. Es en función de sus diferencias acerca de estos aspectos centrales de la teoría psicoanalítica que para algunos autores, siguiendo los desarrollos de Federn, y sus estudios sobre las fronteras del yo en la esquizofrenia, consideran la despersonalización como vinculada estrechamente con la psicosis; otros, privilegian la experiencia de vacío en la despersonalización crónica, como propio de la personalidades fronterizas, en la perspectiva de la psicología del self (Kernberg). Su presentación en la neurosis está basicamente relacionada con las teorizaciones efectuadas sobre la angustia a partir de los desarrollos freudianos. Es también el problema de la constitución del yo y particularmente el registro del narcisismo en el que se centran las teorías que desde el Psicoanálisis intentan analizar la significación de los problemas planteados por las dismorfofobias, en una articulación entre la construcción del esquema corporal, la imagen corporal, del cuerpo libidinal, con la teoría de las identificaciones y las cargas pulsionales. De esta articulación, resulta la ubicación de los fenómenos dismórficos en relación con patologías que revelan la fragilidad del yo, en su relación con el problema de la identidad personal. Es de especial interés analizar la dependencia de la distribución de los fenómenos que afectan el cuerpo en neurosis, psicosis y estados límites, tanto de la caracterización que los diferentes autores realizan de estas estructuras clínicas, como de sus vinculaciones con el proceso de constitución subjetiva, en una perspectiva evolutiva o estructural.

El marco teórico que ha orientado nuestras investigaciones en el campo del Psicoanálisis ha sido la enseñanza de Jacques Lacan, contemplando sus giros y transformaciones. Esta orientación tiene su punto de partida en la distinción de los diferentes registros que organizan la experiencia y la clínica psicoanalítica, lo simbólico, lo imaginario y lo real. A partir de esta distinción, así como que concierne a la diferenciación de la estructura del sujeto y la del yo, se abren nuevas perspectivas en el análisis del valor clínico de los fenómenos psicopatológicos y sus relaciones con la oposición neurosis-psicosis. Sin embargo, es de señalar que los cambios que se han efectuado en el curso del recorrido de Lacan no han dejado de afectar la conceptualización misma de los tres registros que se mantienen en el curso de toda su enseñanza, permitiendo nuevos desarrollos que repercuten en la clínica, cambios cuyas consecuencias en ocasiones conducen a una reformulación de lo establecido previamente. Nos ha resultado de especial interés al respecto, y en vinculación con el tema de nuestra investigación, los fenómenos que afectan el cuerpo, las modificaciones que se han producido en la teorización del registro de lo imaginario y particularmente el modo de sus relaciones con lo simbólico y lo real. Es tanto desde una perspectiva epistemológica como clínica que estas modificaciones resultan de importancia, consideradas en términos de la discontinuidad que suponen, pero también en una continuidad teórica que las atraviesa, y que obliga a realizar distinciones sutiles, y reformulaciones pertinentes que eviten el riesgo de generalizaciones abusivas.

Perspectivas teóricas sobre el estatuto del cuerpo: Fenomenología, Neurociencias y Psicoanálisis

Los trabajos de los integrantes de la investigación que debatiremos a continuación se centran todos ellos en el estudio de diferentes perspectivas que abordan el estatuto del cuerpo, sus relaciones con la dimensión de lo mental y lo social, así como sus vinculaciones con el organismo. Hemos seleccionado al respecto los antecedentes clásicos de los estudios sobre esquema corporal y las fronteras del Yo, los desarrollos de

Merleau Ponty desde una perspectiva fenomenológica heredera de Husserl, la teoría de las neuronas especulares dentro del campo de las Neurociencias, y por último, el problema del cuerpo en la enseñanza de Jacques Lacan. Los interrogantes que han orientado nuestro análisis concierne a los siguientes problemas: 1. ¿Cuáles son los fundamentos epistemológicos que subyacen las teorizaciones sobre la experiencia y percepción del cuerpo? 2. ¿Cómo resuelve cada una de las orientaciones teóricas las relaciones mente-cuerpo?; 3. ¿Cómo sitúan las condiciones de posibilidad de la experiencia y percepción del cuerpo como unidad, identidad y proceso de construcción? 4. ¿Cuál es la importancia que adquiere la alteridad en la asunción del cuerpo?; 5. ¿Cuáles son los operadores teóricos que utilizan los autores para mantener o borrar la distinción entre "ser un cuerpo" y "tener un cuerpo"?

Investigación perteneciente a la cátedra Psicopatología 1 de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata, Programa de Incentivos del Ministerio de Educación de la Nación (2006-2010) dirigida por la Dra. Graziela Napolitano.

BIBLIOGRAFÍA

CATTEL, J.-P. y CATTEL, J. (1974). "Depersonnalization: psychological and social perspectives." en Arietti ed. Handbook of Psychiatry, New York, Basic Books, p. 767-789

CORBELLA, T. y ROSSI, L. (1967). "La dysmorphophobia, ses aspects cliniques et nosographiques." Acta neurol. Psych. Belgique, 9, 690-699.

DUGAS, L. y MOUTIER, F. (1911). La dépersonnalisation. Paris, Alcan.

FERRERI, M.; GODEFROY, M.; MIRABEL, V.; ALBY, J.-M. (1990). "Dysmorphobie" Encyclopedie Médico-Chirurgicale. Paris, 37146 A, 4, p.1-10

HÉCAEN, H.; AJURIAGUERRA, J. (1952). Méconnaissances et hallucinations corporelles, intégration et desintégration de la somatognosie. Paris, Masson,

IRMA (1999). La psychose ordinaire. Paris, Agalma Le Seuil.

LACAN, J. (1966). "De nos antecedents." En Écrits, Éditions du Seuil, p. 65-72

LACAN, J. (1962-1963). Le Séminaire. Livre X. La angoisse. Paris, Éditions du Seuil, 2004.

LACAN, J. (1975-1976). Le Séminaire Livre XXIX Le sinthome. Paris, Éditions du Seuil, 2005.

LE GOC-DÍAZ, I. (1988). "La dépersonnalisation" Encyclopedie Méd. Chir.; Paris, France, Pschychiatrie, 3712510,6. 12 p.

MALEVAL, J.-C. La logique du délire. Paris, Masson,

MÉNAGER, E. (1996). "Dépersonnalisation: donées actuelles." Paris, Ourangoutang No. 6.1998 p.10-14

NAPOLITANO, G. (2005). "Una psicosis lacaniana y un imaginario sin yo. Las variedades de la psicosis en la última clínica de J. Lacan".en G. Napolitano y col. Trastornos de lenguaje y estructura (II) en la enseñanza de Jacques Lacan. La Plata, Editorial de la Campana, .

NOYES, R.; HOENK, P.; KIPJERMAN, S. y SLYMEN D.J. (1977) . "Depersonnalization in accident victims and psychiatric patients". J. Ment. Dis.; 164, 401-407.

TIRINDELLI, P. (1990). "La depersonaliccacione tra normalitá e psicosi." Riv. Sper. Freniatr.; 114, 5, p. 1032-1056.