

PSICOPATOLOGIA DA DESPERSONALIZAÇÃO

DARCY M. UCHÔA *

A despersonalização foi descrita por Krishaber, em 1873, dentro do quadro da "névropathie cérébro-cardiaque". O termo foi usado em psicopatologia primeiramente por Dugas¹⁷ que, em vários trabalhos, estudou o assunto e, em um deles, em colaboração com Moutier¹⁸, criticou a teoria da "perversão sensorial" ou "teoria sensualista" defendida por Taine, Krishaber e Ribot. Este último⁵⁵, todavia, afirmou que, desde 1883 já admitia a importância da cenestesia nas alterações da personalidade, verificando posteriormente a importância primordial da sensibilidade afetiva nas transformações bruscas da individualidade. Dugas e Moutier demonstraram não haver perturbação apreciável e, muito menos, específica, das sensações, estando em jôgo o problema da consciência compreendida não como percepção pura e simples, mas como a síntese pessoal ou a relação que se estabelece entre as sensações experimentadas e a pessoa que as experimenta. Foerster (cit. por Ajuriaguerra e Hecaeen²) descreveu, em 1903, um caso em que havia idéias de negação acompanhadas de sentimentos de estranheza em relação ao mundo exterior e certos fenômenos fóbicos. Admitindo que em toda sensação há dois elementos, um sensorial específico, outro em relação com as sensações orgânicas concomitantes de origem muscular, Foerster explicou a despersonalização pela não entrada na consciência dos "elementos miógenos" da sensação; haveria uma supressão da função da somatopsique, segundo a terminologia de Wernicke.

No primeiro caso publicado por Deny e Camus^{16b} havia igualmente idéias de negação de órgãos do corpo que foram atribuídas a uma insuficiência funcional, por inibição dos "centros corticais cenestésicos", dificultando ou impossibilitando a evocação ou representação, por parte do paciente, de partes ou mesmo da totalidade do próprio corpo. É o conceito de "cenestesia cortical" (consciência do corpo), traduzindo tais casos de negação ou despersonalização a perda dela, isto é, "acenesiesiopatía", com possibilidades da diminuição, aumento ou falsificação (hipo, hiper, paracenesiesiopatía).

Dupré e Camus¹⁹ descreveram as "cenestopatias" como sensações mais ou menos estranhas sentidas em partes ou na totalidade do corpo sem causas orgânicas precisas. A noção de cenestesia foi criticada por Bonnier como teórica e abstrata,

Excerto da tese apresentada à Fac. Med. da Univ. do Brasil por ocasião do concurso para provimento da Cadeira de Clínica Psiquiátrica. * Docente de Clínica Psiquiátrica na Fac. Med. da Univ. de São Paulo e na Fac. Med. da Univ. do Brasil.

Incapaz de explicar satisfatoriamente os casos de despersonalização, os estados de negação e transformação corporal. Mostrou Bonnier a importância do "sentido do espaço", concretizando-se na noção do "esquema corporal" (Bonnier, Schilder), "imagem corporal" (Lhermitte), "modelo postural" (Head); segundo Bonnier, fica perturbada a função de "figuration topographique de nôtre corporalité" (cit. por Lhermitte⁴¹), alterando-se a orientação psíquica (auto, sômato e alopsíquica). Schilder nega que a cenestesia exerça papel decisivo na construção do ego corporal, tendo significação as sensações provenientes do interior do nosso corpo somente depois que entram em conexão com a imagem corporal. O esquema corporal é algo dinâmico que se desenvolve; em sua construção, além das sensações táteis, musculares, artrocinéticas, vestibulares e visuais, exercem papel de grande importância, segundo Schilder, a dor e o domínio motor sobre os membros. Head e Holmes conceberam o esquema corporal como integração de todas as sensações, construindo-se continuamente, alterando-se por novas atividades e estímulos, podendo ser visual, tátil, mas sobretudo postural. Head insistia sobre o caráter postural desse modelo, suscetível de modificações, mas sendo continuamente usado como referência no sentido de que novas sensações, atitudes e movimentos são capazes de entrar em relação com a posição do corpo em sua totalidade³⁸.

A Neurologia estuda importantes alterações do esquema corporal numa faixa que já tem muito de comum com o plano da Psicopatologia e Psiquiatria (membros fantasmas dos amputados, anosognosia, autotopoagnosia, agnosia digital, autoscopia positiva e negativa, etc.), sobre que não nos podemos deter no presente trabalho. A perda da imagem corporal e conservação dos mecanismos automáticos é denominada por Lhermitte "assomatognosia total", definindo-se a "hemiassomatognosia" pelo desaparecimento da metade da imagem corporal⁴¹. Schilder^{60c} observou intensas alterações psicológicas nesses casos, especialmente na esfera afetiva, encontrando semelhanças com o que se passa na repressão histórica, excluindo o paciente do campo consciente aquela parte do corpo que não mais lhe dá satisfação e concluiu formulando o conceito de "repressão orgânica". Henri Ey concebe a despersonalização, os delírios hipocondríacos, a síndrome de Cotard e, em geral, os transtornos de personalidade, como dissoluções uniformes, generalizadas, apicais, objeto assim da Psiquiatria, ao contrário das dissoluções circunscritas, basais, objeto de estudo por parte da Neurologia, segundo o conceito neojacksoniano que vem desenvolvendo a partir de seu importante trabalho em colaboração com Rouart²². Essa tendência "neurologizante" da Psiquiatria cede cada vez mais lugar a concepções mais amplas, em que a análise estrutural e uma concepção mais totalitária e dinâmica da Psiquiatria vão se impondo com grande força⁶³, concepções que são chamadas a contribuir para o esclarecimento de muitas incógnitas que põe, ainda hoje, o problema da despersonalização.

Em notável monografia Schilder^{60a} definiu a despersonalização como "um estado no qual o indivíduo se sente completamente transformado em relação ao seu estado anterior. Esta modificação atinge o eu e o mundo exterior e o indivíduo não se reconhece como personalidade. Seus atos lhe aparecem como automáticos. Ele observa seus atos e comportamento, do ponto de vista de um espectador. O mundo exterior lhe aparece como novo e estranho, tendo perdido o caráter de realidade. Não há alteração do eu central, do eu em seu verdadeiro sentido (I, no sentido de W. James⁴¹), mas do (eu) mesmo (selbst) e a personalidade, e o eu central percebe tal modificação". Três ordens de fatos transparecem nessa definição e caracterizam a sintomatologia: sentimento de transformação do corpo (ego corporal) e da personalidade (ego psíquico), estranheza diante do mundo exterior e tendência à auto-observação e à auto-análise. O sentimento de

transformação corporal pode ser geral ou parcial, neste último caso tal ou qual órgão ou parte do corpo surgindo como algo diferente, estranho. Não raro o paciente sente que suas mãos, cabeça, olhos ou outra parte do seu corpo não mais lhe pertencem; pode tocar a parte atingida, vê-la, mas não a reconhece como lhe pertencendo. É comum a queixa de que o paciente não é mais ele mesmo, observando e analisando seus atos e comportamento como se de outra pessoa se tratasse; fica alheio, distante das pessoas e coisas, tudo lhe é indiferente, não participa na vida que se desenrola ao seu redor. Outros pacientes têm a sensação de que vão perder sua personalidade, como se fôsem escapando da realidade imediata, situação que, de regra, produz ansiedade e, por vêzes, terror e pânico. Com freqüência, a despersonalização está associada à desrealização, pôsto alguns autores re-feriram o aparecimento isolado de um ou de outro tipo de sintomas. A auto-análise é sintoma tão freqüente que certos autores (Follin²⁸) perguntam se não goza ela papel causal na despersonalização, não sendo apenas sintoma concomitante ou derivado de perturbação geradora mais profunda. Krapf acentua a importância da irrealidade e da "não familiaridade", bem como as alterações do eu perceptor⁴⁵. Usando a terminologia de Wernicke, descreve Krapf a despersonalização somatopsíquica (despersonalização do corpo) e a alopsíquica (desrealização, de Mapother e Mayer-Gross), opondo essa despersonalização de todo o mundo da percepção (corpo e mundo ambiente) à "desanimação" como perturbação característica do eu perceptor, atingido como sujeito. K. Haug³⁴ também diferencia a despersonalização em auto, sômato e alopsíquica, segundo é atingido o eu psíquico ou o corporal ou o mundo ambiente, acentuando a necessidade da perturbação da consciência, bem como da energia vital e psíquica (impulsos, atividade, afetividade). A despersonalização surge, segundo Haug, quando há perturbação das conexões vitais ("bei Störung des vitalen Zusammenhangs"). Vamberto de Moraes acentuou o caráter de "síndrome subjetiva"; o despersonalizado comunica seus sintomas e os sente como mórbidos⁶⁵. São conhecidos os trabalhos de Shorvon e col.^{58, 59} em que a despersonalização é interpretada dentro dos conceitos de inibição e excitação da escola de Pavlov, sendo considerada como um fenômeno inibitório cortical. Segundo Janet⁴², tem o despersonalizado a sensação de algo incompleto (sentiment d'incomplétude), de inacabado, fazendo a despersonalização parte do amplo quadro da "psicastenia".

A maioria dos autores admite que a despersonalização não é quadro específico, podendo surgir em quase todos os quadros da nosologia mental, principalmente nos estados toxinfeciosos, nas esquizofrenias e timopatias. Segundo Shorvon⁵⁸, 88% dos despersonalizados são de tipo compulsivo, fato já assinalado por Reik⁵⁴. A despersonalização tende a surgir em personalidades diferenciadas, com vida interior mais ou menos rica, personalidades tendendo à introspecção e à fuga dos problemas do meio exterior. Não é rara a concomitância com as elocubrações obsidente-compulsivas referentes a problemas metafísicos-filosóficos sob forma de dúvidas e incertezas quanto à própria situação do existir e do viver, típicos estados de "angústia exis-

tencial". Em trabalho anterior^{63a} relatamos interessante observação a êste respeito (caso 9).

Krapf⁴⁵ procura distinguir as desrealizações corticais da verdadeira despersonalização, adotando o critério da maior ou menor aproximação do "eu". Segundo Krapf as desrealizações corticais (agnosias visuais e da imagem de si mesmo) com irrealidade e *infamiliaridade*, são experiências "instrumentais" (o "eu" está secundariamente implicado). Nelas pode-se incluir a *desrealização* hemianópsica ou hemianosognósica (Ehrenwald, von Stöckert, Krapf) e as despersonalizações por "obnubilação oniróide" ("traumhafte Benommenheit" de Storring⁶¹). Aqui o caráter de perda da realidade está muito mais afastado do "eu" que nos verdadeiros despersonalizados. O autor resume sua idéia na seguinte frase: "*O mundo dos agnósticos é infamiliar porque é irreal e o dos despersonalizados é irreal por ser infamiliar*" (grifos do autor).

Do ponto de vista clínico-fenomenológico, encontramos a despersonalização como neurose em estado de maior ou menor pureza, como sintoma (predominante ou não) em quadros neuróticos (ansioso-compulsivos principalmente) e psicóticos (sobretudo esquizofrênicos e melancólicos). Não se caracteriza a despersonalização pela morfologia clínico-nosográfica, mas encerra sentido de proteção ou defesa na psicodinâmica geral da personalidade, traduzindo "doença do ego" (Federn²⁴), mas também esforços de cura espontânea, não raro a ela se seguindo os processos de "restituição" (Freud) sob forma de projeções alucinatório-delirantes. Pode tal defesa ser eficiente e então o quadro estacionar, a despersonalização tendo aspecto mais ou menos puro ou colorindo a sintomatologia neurótica. Se o processo defensivo é ineficiente no deter o processo desintegrativo, então poderá se entrosar com a fenomenologia psicótica geral, surgindo em francos estados esquizofrênicos e melancólicos sobretudo. Disso resulta a posição sui generis que a despersonalização ocupa em psicopatologia, tema que vem sendo estudado por neurologistas, psiquiatras, psicólogos e mesmo filósofos. A investigação psicanalítica muito tem contribuído para o esclarecimento de tão fascinante tema ao procurar apreender os mecanismos básicos, inconscientes, fundamentalmente responsáveis pela exteriorização da despersonalização em estado puro ou colorindo a fenomenologia neurótica ou psicótica.

Em sua carta a Romain Rolland, Freud^{29a} aproximou-se do problema da despersonalização e da estranheza (*Entfremdungsgefühl*), considerando ambos como mecanismos de defesa, a despersonalização podendo iniciar o caminho para uma cisão completa da personalidade. Segundo Nunberg⁵¹ os estados de personalização dependem de um desligamento da libido dos objetos do mundo e conseqüente investimento (aumento de carga) do ego. A perda da libido é sentida como trauma narcísico, sentindo-se o ego incapaz de satisfazer os impulsos libidinosos. Os objetos inconscientes são afetados, fantasias inconscientes penetram na zona consciente mercê da fraqueza do ego. Reik⁵⁴ assinala o masoquismo inconsciente, a autopunição (muitas vêzes na auto-observação compulsiva), o forte sadismo contra os

objetos revertido, não raramente, contra os próprios pacientes. Tal sadismo guarda relação com a auto-observação compulsiva que substitui os afetos reprimidos, mas já é indicio de cura espontânea. Reik considerava a despersonalização como mecanismo de defesa contra uma parte da realidade ou contra os impulsos reprimidos. Schilder^{60b} dá grande importância à auto-observação, às tentativas falhadas de fuga do mundo exterior, retirando o paciente parcialmente dele sua libido; há conservação parcial das cargas do ego (perceptor) e do superego, pois não há destruição (apenas estranheza) do mundo e uma parte da personalidade (o superego) observa a outra. Mais recentemente Schilder^{60d} acentua o papel do exibicionismo, escotofilia e tendências uretrais, assinalando que a heterossexualidade está perturbada pela irrupção de vários tipos de sexualidade primitiva combinada com impulsos sadomasoquísticos. Sadger⁵⁷ valorizou os impulsos exibicionistas e escotofílicos, a angústia de castração com sentimentos de culpa, os impulsos de masturbação psíquica, a perda precoce de um dos pais durante a primeira eflorescência sexual.

Oberndorf, em vários trabalhos⁵², vem estudando detidamente o problema da despersonalização, tendo postulado a teoria da erotização do pensamento, da identificação com o genitor do sexo oposto quanto "ao pensamento", bem como o importante papel desempenhado pela defesa contra a angústia. A identificação com o pensamento do genitor do sexo oposto incorpora-se ao superego, dando ao tipo de pensamento da criança um modelo do sexo do pai pensador. Em trabalho mais recente afirma Oberndorf^{52d} ser a despersonalização defesa contra a angústia. Segundo Federn²⁴, a desrealização consiste em perturbação da periferia do ego em relação a uma carga de sentimento que deve ser distinguida da carga de objetos. O sentimento de ego periférico não é, de forma alguma, idêntico ao sentimento do tato e outras funções sensoriais. Federn procurou criar uma nova psicologia do ego, baseada nas descobertas e primeiras elaborações de Freud, mas com sensíveis diferenças e, em certos casos, francamente opostas a elas. Postula êle a existência de fronteiras para o ego corporal e para o ego mental, com cargas libidinosas; se estas são retiradas, surge a despersonalização, não como retirada da libido da representação dos objetos, mas como retirada dela dos limites do ego (ego-boundaries). Assim, partes do corpo ou êste em sua totalidade, como tôda a vida psíquica em seus vários aspectos (pensamentos, afetividade, vontade, etc.) podem ser despersonalizados, quando há redução ou perda da carga libidínica (narcísica) dos limites do ego corporal e psíquico. Assim a despersonalização é um processo defensivo encontrado no início de neuroses e psicoses (Federn, Schilder), que desaparece quando tais estados psicopatológicos estão plenamente desenvolvidos (Federn), podendo também surgir no declínio deles (Schilder). Outros autores (Hesnard³⁸, Tausk⁶², Fenichel²⁶, Feigenbaum²⁵, Wittels⁶⁴, Eidelber²⁰, Hartmann³³, Bergler⁴, Bockner⁸, Peto⁵³, Ferenczi²⁷) têm trazido importantes contribuições ao problema da despersonalização, destacando-se, todavia, as fundamentais formulações da escola psicanalítica inglesa (M. Klein⁴³, H. Rosenfeld⁵⁶), sobretudo no referente ao "splitting" dos im-

pulsos, dos objetos e do próprio ego e ao mecanismo da "identificação projetiva" característico dos estados desintegrativos esquizoparanóides. Tais conceitos completam as formulações sobretudo de Schilder⁶⁰, Nunberg⁵¹, Sadger⁵⁷, Oberndorf⁵², Federn²⁴, ao investigar o comportamento dos impulsos agressivos no quadro da despersonalização. Surge uma concepção psicodinâmica mais ampla, mais capaz de explicar o estado psicopatológico da despersonalização e a desrealização como neurose ou permeando a sintomatologia hipocondríaco-delirante (delírios hipocondríacos, somáticos, síndrome de Cotard) em outros de mais avançada regressão dos impulsos e do ego para fases as mais recuadas do desenvolvimento da personalidade. Se a unidade do ego é cada vez mais ameaçada, aos fenômenos de despersonalização podem se suceder os demais indícios de sua dissolução. Eis o quadro da despersonalização neurótica e despersonalização psicótica com características clínico-nosográficas diversas, mas ambas traduzindo tentativas de proteção da personalidade, defesas do ego (e superego) ou formações de compromisso (sintomas) em face de intoleráveis ansiedades fundamentalmente radicadas aos níveis biológico-institivos mais profundos da personalidade.

OBSERVAÇÕES

CASO 1 — L. C., branco, casado, brasileiro, 20 anos, examinado em 20-6-1948. Desde 4 anos passados vem sentindo "estranheza" em relação a pessoas, objetos e situações. Quando é atacado pelo "esquisitismo", o mundo fica estranho, lugares e situações familiares "ficam diferentes". Tem de fazer esforço para reconquistar o sentimento de familiaridade, para sentir as coisas e pessoas como dantes. Quando tal sensação aumenta, tem a impressão de que "já não sou eu mesmo" quem está ali, observando, conversando ou agindo, tudo ficando "automático", como se "eu não mais tomasse parte na vida". Com frequência, sente que "a vida, as coisas, as pessoas vão sumindo, desaparecendo"; então teme que ele próprio também desapareça. Desenvolveu-se "agorafobia" em relação com o receio de ser invadido pelo "esquisitismo". Há 8 anos passados teve "confusão de idéias", com medo de perder a memória, o que foi julgado pelo médico assistente como efeito de masturbação. Informa que seu pai é muito nervoso e irritadiço. O casal teve sete filhos (uma irmã faleceu aos 8 anos de idade). Vem consultando muitos médicos, disse-nos, sem qualquer resultado. Acentuou-se o "medo de ficar louco", concluindo os médicos ultimamente tratar-se de "nervoso" (vários exames de laboratório como complemento aos exames clínicos tendo sido negativos). Por fim foi aconselhado o tratamento psicanalítico.

Conclusões do tratamento e investigação psicanalíticos (390 horas): 1) identificação feminina como defesa contra a ansiedade de castração; 2) regressão da libido para a fase oral-receptiva, sentindo-se extraordinariamente dependente de sua mãe e de sua esposa; 3) estreitas relações entre tais constelações afetivas e o forte sadismo oral para a genitora; 4) a despersonalização surgia quando se incrementava o conflito entre a feminilidade e as tentativas de afirmação viril; 5) a identificação com genitor do sexo oposto e sua defesa contra ela, assim como a acentuação dos impulsos escotofílicos e exibicionistas, tiveram papel importante na sintomatologia; 6) o mecanismo masoquístico de defesa do eu contra a acentuada agressividade oral para os objetos primários (mãe particularmente) foi decisivo no provocar a desrealização e despersonalização, repetindo-se tal situação nas relações de transferência; 7) a despersonalização traduz aqui mecanismo de defesa do eu contra situações perigosas nos vários níveis de estratificação mental,

desde a ansiedade de castração forçando uma situação edípiana invertida até os mais recuados níveis de ambivalência oral; 8) a seleção da neurose (despersonalização) traduz, a nosso ver, fraqueza de carga do eu, que recorreu a um mecanismo autodestrutivo de tipo masoquístico para evitar uma aniquilação total. A defesa atinge aqui o próprio eu, alterando-lhe os limites, diminuindo (pósto que não acentuadamente) sua diferenciação do mundo exterior.

CASO 2 — R. L., casada, 26 anos, examinada em maio de 1951. Há 4 anos teve a primeira crise de “estranheza”, que se repetiu pouco antes do seu casamento (há 8 meses). Há 2 meses tal estado tornou-se quase permanente, sendo-lhe difícil precisar os momentos em que “via as coisas claramente, como elas são realmente”. Tal estranheza fixou-se com mais intensidade sobre a “noção de sua pessoa”, ficando em dúvida se “é ela mesma ou outra pessoa”, achando-se esquisita, diferente quanto à sua pessoa e quanto ao seu corpo (estavam afetados o ego corporal e o psíquico). Tem sensação de “óco” ou “vazio” por dentro, com impressão de que já não é ela mesma, sentindo que tudo ao seu redor é diferente, estranho, esquisito. Reconhece as pessoas, mas é como “se não sentisse a presença delas, como se mais nada significassem”. Estranha seu próprio corpo tomado em sua totalidade (não apresentou jamais fenômenos parciais de despersonalização). Acha-o esquisito, vai ao espelho, olha-se, analisa-se, sente “indiferença com forte sensação de que estivesse a examinar e observar outra pessoa” (sic). Quase sempre tais fenômenos são acompanhados de sonolência, “como se quisesse dormir para fugir de alguma situação difícil”. É presa, então, de sensação de passividade e de indiferença. E assim se expressa: “tudo me é indiferente, nada faço, não vivo, sou vivida, as coisas acontecem, eu nada tenho que ver com elas”. Diz que tal estado sobrevém quando está tranqüila, quando já venceu uma “crise de ódio”. O sentimento de passividade entrosa-se, não raramente, com o de imobilidade: “sinto-me parada, imóvel como um desses postes de luz elétrica da rua; é como se também o tempo tivesse parado, nada acontece nem acontecerá, eu saí da vida”. Ausência de antecedentes neuropsicopáticos familiares.

Conclusões da investigação psicanalítica (290 horas): 1) intenso sentimento de inferioridade física aparentemente entretido por hipertricose facial não acentuada; 2) identificação masculina (com o pai e o irmão primogênito) como fuga da “mãe má” e como tentativa de solução dos conflitos edípicos; 3) necessidade de negar o “complexo masculino”, afirmando sua feminilidade (concepção, negação de sinais físicos sugestivos de masculinidade); 4) tal conflito agravava-se sempre em face das atitudes agressivas por parte de sua mãe, sendo que o ódio a esta, quando eficientemente reprimido, era seguido por estado de tranqüilidade, quietude e despersonalização; 5) a identificação com o genitor do sexo oposto (principalmente no setor intelectual e profissional) e a necessidade de sua repressão para a afirmação do próprio sexo, tiveram papel importante; 6) a despersonalização traduz aqui defesa contra o se sentir feia, disforme, com hipertricose, contra a impossibilidade de negar sua “masculinidade”; nega seu corpo, sua pessoa, os traços físicos e psíquicos de identificação masculina e, sobretudo, nega o sadismo contra sua mãe; 7) todo um conjunto de situações perigosas consubstancia-se numa angústia básica cuja essência é o medo de represália, de rejeição e abandono por parte de sua mãe. A paciente defende-se dos impulsos agressivos revertidos contra si mesma, usando mecanismo masoquístico, de submissão ao superego, mercê do qual são atingidos os limites do ego, diminuindo sua diferenciação do mundo externo.

CASO 3 — M. M., brasileira, solteira, 28 anos, professora, examinada em outubro de 1946. Informa que, desde 6 anos passados, vem se sentindo muito “nervosa”, com freqüentes sensações de que “vai sumindo, desaparecendo”, o mundo e as coisas ao seu redor ficando “encobertas, veladas, diferentes”. Acompanha-se tal sensação de perturbações visuais, como se visse “pontinhos luminosos” nas pessoas e objetos. Trata-se, diz a paciente, “de algo indefinido, esquisito, difícil de pre-

cisar". Repetidos exames oftalmológicos têm sido negativos, aconselhando ùltimamente os clínicos que tratasse do "nervosismo". Sente que é algo mais íntimo, mais perto de si mesma, não é nos olhos, pôsto se reflita em grande parte nêles. Quando tem a sensação de que vai sumindo ou desaparecendo, tem angústia, palpitações, mas explica que, "embora tudo venha misturado com medo, não é medo só". Em tais estados tem a impressão de não ouvir sua própria voz quando fala ou, então, a escuta distante, como vindo de longe ou de outras pessoas. Tem, com freqüência, "aflicção no estômago", com impressão de que tal órgão desapareceu ou esteja deformado, diferente. Últimamente vem sentindo que não tem braços e antebraços como se tivessem desaparecido. Apaipa-os compulsivamente, reconhece que se enganou, mas não os sente como lhe pertencendo, ficando perplexa e ansiosa quando isso acontece. Contava 13 anos de idade quando tão insólitos sintomas apareceram pela primeira vez. A sensação de ir sumindo, desaparecendo, coincidiu com a menarca. A mãe tranqüilizou-a, dizendo estar nervosa pelo aparecimento do fluxo catamenial e que o "nervosismo" dependia disso. Todavia, sempre teve ciclos menstruais normais, acostumou-se com êles, mas o "nervosismo" persistia acompanhado das sensações de estranheza e dos demais sintomas de despersonalização. Houve certa atenuação e logo, desaparecimento, para reaparecerem aos 22 anos e persistirem até o presente momento. Explica que o medo de sair sôzinha, de estar na rua desacompanhada depende tão só de tal sintomatologia, isto é, do medo de perder sua personalidade, tendo de fazer grandes esforços para que isso não aconteça. O exame somático com inúmeras provas complementares foi negativo. Acabava de extrair todos os dentes, pois as radiografias revelaram focos infecciosos, sem qualquer resultado benéfico.

Conclusões do tratamento e investigação psicanalítica (410 horas): 1) experiências múltiplas de sedução sexual na segunda infância de natureza traumática reativaram a situação edipiana e a ansiedade de castração; 2) o conflito intenso de ambivalência com sua mãe foi agravado pelo novo matrimônio desta última quando a paciente contava 8 anos de idade; 3) mais superficialmente a paciente odiava mãe e padrasto; em camada mais profunda sofria pela frustração por parte de sua mãe quando a preteriu em favor de seu pai, do irmão primogênito e, por fim, do padrasto; 4) sob a camada de ódio pelas seduções do padrasto, que reativaram a ansiedade de castração, a análise revelou novos investimentos libidinosos de tipo edipiano com conflitos de culpa e medo de autodestruição; 5) a paciente apresentava intensa fixação oral-receptiva a sua mãe, o amor com extrema dependência revelando-se defesa contra o intenso sadismo oral; 6) a perda dos limites do eu (despersonalização) traduzia mecanismo defensivo contra essas múltiplas situações de perigo. A angústia básica dependia do medo do auto-aniquilamento pela reversão dos impulsos contra o próprio eu, tal mecanismo masoquístico sendo a causa mais profunda da sintomatologia.

Nos 3 casos citados a despersonalização representava uma defesa mais forte, enérgica e autodestrutiva, do ego em face de impulsos demasiado perigosos e ameaçadores. Para evitar a autodestruição total, o ego alienava partes de si mesmo, sentindo-se os pacientes diferentes, apreendendo diversa e deformadamente os objetos e situações do mundo. O resultado terapêutico comprovou tais formulações e conclusões, havendo desaparecimento da sintomatologia com a compreensão e análise sistemática e consistente dos problemas envolvidos. A despersonalização, à luz dêsses 3 casos, pode ser considerada como formação de compromisso ou formação de sintomas, mas significa também defesa ante situações perigosas, em que a agressividade infantil, intensa porém insuficientemente reprimida, é manipulada em termos de projeção defensiva e revertida sôbre o próprio ego

com ameaças de seu aniquilamento ou destruição total. A cisão parcial atua como imunizante, evitando, quando ainda possível, o completo despedaçamento do ego, como soi ocorrer nos quadros esquizofrênicos avançados.

Entre os pacientes internados nos Hospitais Psiquiátricos Franco da Rocha e Pinel, cujas observações estão expostas com minúcias na Tese citada, estudamos 12 casos de despersonalização em psicóticos que classificamos em três grupos principais: despersonalização com cisão mais ou menos completa da personalidade (casos 4, 9, 10, 13), despersonalização associada a fenômenos de automatismo mental e projeção alucinatório-delirante (casos 5, 7, 12, 15) e casos com fenômenos hipocondríacos e de negação delirante (casos 6, 8, 11, 14). O estudo minucioso revelou a existência de conflitos intrapsíquicos intensos num ego atônico, de fraca carga narcísica, com tendência a reagir diante de situações de angústia ou traumas emocionais intensos usando o "split". Se tal defesa se detém, surge o quadro da despersonalização neurótica; se ela se mostra insuficiente, a regressão prossegue para os níveis mais profundos da personalidade, para a fase do "narcisismo primário" (Freud) ou melhor, para aquela em que não há ainda coesão dos núcleos do ego em organização única. Surge, então, o quadro esquizofrênico que, em sua forma avançada, se revela como fragmentação do ego em núcleos (secundários) de organização somatopsíquica funcionando algo automaticamente, regidos pelo princípio do prazer, longe da realidade, incrustados profundamente na personalidade róta, sem continuidade psíquica. Muitos investigadores chamaram a atenção para os estados de perplexidade (Störning⁶¹) e de angústia (Gruhle³¹, principalmente) nas fases iniciais do "processo" esquizofrênico. Tais afetos já estão a traduzir a sensação de perigo, de ameaça próxima. A retirada de libido dos objetos do mundo (Freud) já é medida de defesa que dá início ao processo regressivo. Neste a despersonalização é um marco muito importante a traduzir esforço desesperado de autoproteção para que seja evitado o extremo perigo do esfacelamento do ego que aliena partes de si mesmo para não sucumbir nos fenômenos gerais de desintegração da personalidade. Daí as estreitas relações, assinaladas por vários autores, entre a despersonalização e a esquizofrenia; a nosso ver, a despersonalização já deve ser considerada como mecanismo esquizóide visando evitar a catástrofe esquizofrênica. Em nossos casos verificamos que, quando o mecanismo despersonalizante não consegue deter a marcha progressiva do processo psicótico, inicia êle tôda uma sintomatologia psicótica de tipo restituidor (alucinações, delírio, fantasias de reconstrução do mundo, certos fenômenos catatônicos).

A estranheza e negação de órgãos estão estreitamente ligadas aos fenômenos hipocondríacos (casos 6, 8, 11, 14 e 15), surgindo muitas vezes, como contra-cargas a fim de anular as sensações desprazerosas por aumento de carga libidinosa dos órgãos envolvidos (Tausk⁶²). Tal aumento de carga faz parte dos fenômenos regressivos que sucedem ao abandono dos objetos. Tal defesa tem certa analogia com a repressão histérica e com a "repressão orgânica" (Schilder⁶⁰). O ego procura defender-se das sensa-

ções desagradáveis emanando de tal ou qual órgão (do ego corporal), deformando-o ou alienando-o. A relação do paciente com tais órgãos revela o conflito: de um lado desinteressa-se do mundo exterior para fixar seu interesse na observação dos órgãos, e de outro, sofre por tais sensações de desprazer. Alguns autores assinalam as tendências agressivas do hipocondríaco para os objetos familiares de que se pune com o sofrimento (Heiman³⁵). A estranheza aqui é defesa organizada a níveis menos arcaicos, quando permanece dentro dos limites neuróticos (hipocondria e despersonalização neuróticas), mas pode se mostrar ineficiente e o processo patogênico avançar para o quadro da hipocondria delirante ou para os delírios de negação, tipo Cotard. Os revestimentos libidinosos por regressão atingem os núcleos corporais do ego, as correspondentes contra-cargas defensivas dando a sintomatologia deformadora e alienadora de órgãos e aparelhos (casos 6, 8, 11, 14). Assim orientamo-nos no sentido de uma compreensão genético-dinâmica da despersonalização: traduz ela conflitos muito intensos e não solucionados dentro da personalidade somatopsíquica de um lado, e de outro, aponta um dinâmico significado de defesa contra situações que põem em perigo o próprio ego. O conceito genético ressalta de sua origem remota, isto é, nos conflitos infantis: intensos ou repetidos traumas traduzindo situação de frustração crônica para a criança em desenvolvimento provocam mais ou menos acentuados "splits" dentro do ego (Ferenczi^{27b}), que tenderá a usar largamente tal "cisão" ante conflitos atuais dificilmente superáveis de outra forma. Freud disse, certa vez, que o ego poderia atenuar muito seu trabalho de repressão defensiva, deformando-se, criando traços caracterológicos anormais. Também na despersonalização a defesa se processa não por expulsão de conteúdos inaceitáveis do id (pelo ego-superego), mas se realiza dentro das próprias fronteiras do ego, em seus limites mais periféricos ou em sua estrutura mais central. É uma fuga de situações angustiosas (Oberndorf⁵²) mediante um método autodestrutivo, de auto-eliminação mesmo, para ser evitada a autodestruição total. Não raro, temos a impressão de que, a essa luz, a defesa é mais nociva do que a situação perigosa, mas esta se configura não tanto em função da objetividade do trauma atual, mas principalmente ante tãda uma continuidade de situações internas de alto sentido traumático.

A cisão do ego (Spaltung, split) foi assinalada por Bleuler³ ao estudar a demência precoce (tipo Morel-Kraepelin) com o nome de esquizofrenia, sendo considerada por muitos autores um dos mais específicos mecanismos esquizóides de defesa. Freud^{29b e c} aproximou-se do estudo da cisão do ego no processo defensivo estudando o fetichismo, sendo considerado o fetiche um substituto para a percepção da falta do órgão genital masculino na mulher, negando assim a angustiosa sensação de castração. Em uma série de trabalhos, Fairbairn²³ afirma ser a posição esquizóide a situação básica originária no desenvolvimento ulterior do ego, o estado de "split" do ego primitivo explicando a maior freqüência e amplitude dos estados psicopatológicos considerados esquizóides (esquizofrenia prõpriamente, personalidade

psicopática de tipo esquizóide, caráter esquizóide, estado esquizóide ou episódio esquizóide transitório incluindo uma grande proporção de casos de "nervous breakdown"). Frisa o mesmo autor as relações entre a histeria e a esquizofrenia sobre que já chamara a atenção Abraham^{1a}, ao estudar, em 1908, as diferenças psicosssexuais entre ambas. Também H. Claude¹⁵ e sua escola mostraram as íntimas relações entre a histeria e a esquizofrenia. O mecanismo psicológico da "cisão" é encontrado, com freqüência, na dissociação histérica da personalidade (nos graus extremos surgindo os estados de personalidade múltipla ou "double conscience") e, de forma mais acentuada, nos casos de dissociação ou desintegração esquizofrênica. Não pode tal mecanismo por si só explicar problema tão complexo como o da seleção da neurose ou da psicose, para o que têm contribuído a teoria dinâmica dos instintos e as novas formulações sobre o problema das relações de objeto desde o início da vida extra-uterina. De outro lado, a "cisão" pode ocorrer em vários níveis, guardando relação com o mecanismo da regressão (dos impulsos e do sistema ego-superego), de tão grande importância na solução neurótica ou psicótica dos conflitos intrapsíquicos. Além da "regressão", outros mecanismos de defesa — sobretudo negação, idealização, repressão — acompanham a cisão do ego. Segundo Federn²⁴, a despersonalização traduz "falta de firmeza interior", indicando que o processo defensivo atingiu sua estrutura. A força do ego depende da riqueza e consistência de sua carga narcísica (Freud, Federn). Prováveis mas ainda obscuros fatores constitucionais devem nela tomar parte, parecendo mais satisfatória a concepção de Federn sobre a carga de libido neutra ou média, capaz de flutuações positivas e negativas em função de fatores vários. O ego primitivo é pobremente integrado, o que explica sua predisposição às cisões mais ou menos normais e às patogênicas (posição esquizóide de Fairbairn ou esquizoparanóide de M. Klein). Seus primeiros núcleos, dependentes da fase de auto-erotismo inicial, vão logo sofrendo a influência das primeiras relações com o seio materno, demais partes do corpo da mãe ou com esta de forma integral. Há uma realidade externa e outra interna no ego em desenvolvimento, a última interferindo sobre a primeira, o que explica os vários aspectos da mente infantil. O ego se firma e se consolida mais e mais à medida que vai avançando o desenvolvimento dos impulsos e mais se diferenciando os objetos (desenvolvimento das relações de objeto). As sólidas identificações primárias com a mãe boa (não demasiado frustradora), compreensiva e paciente, que educa sem castigar, mas compreendendo sempre as necessidades e conflitos desse mundo interior dos seus filhos, auxiliam muito a formação de um ego uno, estruturado solidamente, capaz de resistir ao impacto das agressões do meio. A despersonalização significa que o "split" atingiu não apenas instintos e objetos, mas já a estrutura do próprio ego, afetando sua periferia na sintomatologia da estranheza do mundo (desrealização) ou sua estrutura mais central nos fenômenos de despersonalização auto e somatopsíquicos. No último caso, ao progredir o processo patogênico, vão surgindo defesas mais arcaicas: os núcleos corporais e psíquicos da personalidade são atingidos, o ego tende à desintegração, re-

duzindo-se mais e mais a seus primitivos núcleos, surgindo os casos de hipochondria delirante, de delírios somáticos, niilistas. Na profunda regressão, dos esquizofrênicos autênticos encontramos êsses núcleos de personalidade róta, fragmentada, funcionando quase independentemente uns dos outros, dando o aspecto de funda dissociação que caracteriza o pensamento paralógico de tais pacientes.

A despersonalização, concordamos com Federn, é doença do ego e, como tal, só poderá ser compreendida em função dos conflitos e vicissitudes de sua gênese. A nosso ver, o conceito deve ser ampliado, desde os mais leves estados de sentimento de perda do ego com as sensações de estranheza de idéias, afetos e atos, até as sensações de órgãos estranhos ou alienados, havendo nos casos extremos, cisão maior ou menor da personalidade total. O nosso material fêz-nos sentir com muita fôrça a possibilidade da "cisão" do ego nos vários níveis do seu desenvolvimento, mas a solução neurótica ou psicótica dependerá de outros mecanismos acompanhantes (regressão, negação, repressão, projeção, introjeção). A falha dos mecanismos neuróticos de defesa, ao prosseguir o processo patogênico, vai pondo em jôgo os mecanismos arcaicos psicóticos, surgindo, então, a despersonalização *como* psicose ou *na* psicose (geralmente de tipo esquizofrênico ou melancólico). Temos assim a despersonalização *como* neurose e *na* neurose (histérica ou compulsiva), *como* psicose e *na* psicose, eventualidades clinicamente diversas, mas tôdas compreensíveis em sua problemática psicopatológica dentro de um amplo conceito psicodinâmico de evolução e dissolução da personalidade somatopsíquica integral.

CONCLUSÕES

1 — Do ponto de vista clínico-nosográfico a despersonalização pode aparecer em estado de pureza (relativo) *como* neurose ou *como* psicose, com bem maior freqüência surgindo *na* neurose e *na* psicose.

2 — A despersonalização pode ser definida como um estado em que o paciente se sente diferente do que era anteriormente no domínio do ego corporal, do ego psíquico e quanto às relações com o mundo exterior. É aceitável a terminologia de Wernicke: despersonalização somatopsíquica, autopsíquica e alopsíquica (estranheza do mundo ou desrealização de Mapother-Mayer-Gross).

3 — A despersonalização pode atingir aspectos parciais ou a totalidade do ego corporal e psíquico: alienação ou estranheza de tal ou qual órgão ou parte do corpo ou dêste de uma forma geral, de afetos, idéias ou volições, como da totalidade do psiquismo. Em casos extremos surge o quadro do delírio das negações ou, então, o fenômeno da "double conscience" ou das personalidades múltiplas.

4 — A aproximação de casos de despersonalização, do ponto de vista etiopatogênico, com certas afecções neurológicas (alucinação dos membros

amputados ou membros fantasma, anosognosia, autoscopia) trouxe certos esclarecimentos quanto ao mecanismo neurofisiopatológico. Mas, trata-se, aqui, como mostrou Krapf, de fenômenos instrumentais mais distantes do ego que as despersonalizações autênticas (refere-se o autor aos casos de desrealização hemianópsica ou hemianosognósica estudados por Ehrenwald, von Stöckert e Krapf). Além disso, a mera consideração de mecanismos neuro-anátomo-patológicos (no caso ainda obscuros) não poderá esclarecer a psicodinâmica complexa dos despersonalizados.

5 — Em nosso material (15 observações consignadas *in extenso* na tese citada) o exame clínico (com múltiplas provas complementares) foi negativo quanto à existência de afecção orgânica do sistema nervoso. Em todos os nossos pacientes (com maior evidência nos 4 primeiros casos), sentimos tratar-se de “doença da personalidade” ou, mais precisamente de “doença do ego”. Surgiram conflitos intensos impelindo o ego ao “split”. A satisfatória solução dos conflitos foi seguida de cura nos 4 primeiros casos. Como ficou referido, os 11 pacientes das observações seguintes não responderam às técnicas de choque, em alguns deles seguidas de intervenção psicocirúrgica. Tratava-se de despersonalização em quadros de psicose grave, onde nossa intenção foi sobretudo investigar problemas de psicopatologia e não tanto de terapêutica.

6 — Encontramos os seguintes mecanismos nos casos estudados: a) conflito entre tendências hétero e homossexuais interferindo intensamente no caráter e no comportamento (caso 1), sendo que a necessidade de reafirmar o próprio sexo em situações fortemente sugestivas de tendências contrárias provocava a despersonalização; b) intenso conflito no sentido da rejeição do ego físico por sentimento de inferioridade foi observado (caso 2) em paciente que se esforçava por negar seu corpo, mas logo surgiram conflitos emocionais com sua mãe. O conflito (hétero e homossexual) guardava relação com a identificação com o pai e a rejeição do papel feminino. Ao reafirmar seu próprio sexo (feminino) por rejeição da masculinidade, surgia a despersonalização; c) em ambos os casos o aprofundamento da análise demonstrou, todavia, que o essencial estava mais profundamente radicado. Com efeito, surgiu intenso conflito entre tendências de forte dependência da mãe e múltiplas sensações de rejeição por parte dela. Caracterizou-se uma situação muito profunda de ansiedade básica em relação com o medo de auto-aniquilamento (morte). Havia reversão da agressividade sobre o próprio ego em grau tão intenso que a defesa adequada era o “split” (mecanismo masoquístico).

7 — Em muitos casos a “cisão” não é eficiente nem suficiente como defesa, mesmo processando-se nos níveis mais arcaicos por efeito da regressão, surgindo, então, os mecanismos de restituição (Freud), como projeções alucinatório-delirantes, fenômenos automáticos, de influência, configurando-se o quadro da despersonalização dentro da psicose. Esta traduz maior fraqueza do ego ou maior intensidade dos conflitos.

8 — Em muitos casos notamos a estreita relação entre a despersonalização e a hipocondria, concebida como aumento de carga da representação dos órgãos em detrimento da carga dos objetos. A repressão por contracarga das sensações desprazerosas levava aos sentimentos de alienação ou estranheza, como mostraram Tausk, Fenichel e outros. Todavia, também nesses casos, uma investigação mais profunda revelou sempre impulsos de agressão para objetos imediatos (como revivescência dos objetos primários), revertidas contra o próprio ego. Se a hipocondria é fenômeno de aumento de carga narcísica dos órgãos (Freud), também a componente agressiva em órgãos simbolizando objetos surge, por vèzes, com muita evidência.

9 — Na despersonalização neurótica há indicação da psicoterapia analiticamente orientada (exumação dos conflitos e sua solução) ou, preferentemente, da terapêutica psicanalítica. Quando constitua parte da sintomatologia de determinada forma psicótica, a despersonalização acompanha os princípios gerais da indicação das modernas terapêuticas biológicas de choque e dos modernos métodos psicoterápicos.

SUMMARY

Psychopathology of depersonalization.

1 — From a clinical-nosographical point of view depersonalization appear in a pure state (relative), as a neurosis and *in the* neurosis, as a psychosis and *in the* psychosis.

2 — Depersonalization can be defined as a state in which the patients feels different to what he was formerly in the body-ego, the psychic-ego and in his relation to the outer world. The terminology of Wernicke seems satisfactory: somatopsychic, autopsychic and alopsychic depersonalization (strangeness of the world or disrealization of Mapother-Mayer-Gross).

3 — Depersonalization can reach partial aspects or the total body and psychic-ego; alienation or strangeness of this or that organ or part of the body or the whole body; the emotions, ideas, or volitions as the totality of the psyche. In extreme cases there arises the picture of the delusion of negation or phenomena of "double conscience" or multiple personality.

4 — Approaching the cases of depersonalization with some neurological ones (hallucination of amputated limbs, anosognosia, autoscopia) brings certain explanations as to its neuro-pathogenic mechanisms. But here it is question, as Krapf shows, of instrumental phenomena farther away from the ego than authentic depersonalization (Krapf refers to the cases of disrealization with hemianopsia or hemianosognosia studied by Ehrenwald, von Stöckrt and Krapf). Besides this, the mere considerations of neuro-anatomopathological mechanisms (in the case still obscures) would not be able to explain the psychodynamic of the depersonalization.

5 — In our cases the clinical examination (with many complementary proofs) was negative as to the existence of organic affection (in a strict sense) of the nervous system. In all of our patients (with much more evidence in the four first ones) we feel it is a question of “sickness of the personality” or, more precisely, “sickness of the ego”. Very intense endo-psyche conflicts arise and — not being dissolved — impel the ego to the split. The satisfactory solution of such conflicts was followed by a cure in the first four cases. As was reported, eleven patients of our series had not responded to biological therapeutic (electrochocktherapy) or to psychosurgical methods (frontal lobotomy). It was a question of depersonalization associated with grave psychosis in which our intention was above all to investigate problems of psychopathology and not so much of therapy.

6 — We found the following mechanisms at the base of the depersonalization: a) conflict between hetero and homosexual tendencies interfering intensely in the character and behavior (first case) in which the necessity to reaffirm the own sex in situations strongly suggestive of contrary tendencies, provoked depersonalization (mechanism described by Oberndorf); b) intense conflict in the sense of rejection of the physical ego (feelings of inferiority) was observed in case (case 2) of a patient who forced herself to deny her body but immediately there arose emotional conflicts with the mother. The hetero and homosexual conflicts had connections with the identification with the father and the rejection of the feminine rôle. When she affirmed her own sex (feminine) by rejection of masculinity, arose depersonalization; c) in both cases the deepening of the analysis demonstrated, however, that the essential was more profoundly rooted. Indeed, an intense conflict arose between tendencies of strong dependence on the mother and many situations of rejection by her. There was a very deep situation of basic anxiety related to the fear of self-destruction by complete abandon (death). Such a mechanism arose with particular evidence in case 3 in which the patient rationalized the motives of hate but essentially mobilized the superficial aggression in order not to be invaded by the anxiety of death on account of the abandonment which she suffered in infancy. All this emotional constellation fell on the ego in the form of reversal of aggression in a degree so intense that the only adequate defence was the split (masochistic mechanism).

7 — In many cases the split is not sufficient, even when processed at the most archaic levels by the effect of regression. Then, arise the “restitution mechanisms” (Freud) or “progression mechanisms” (Glover) as hallucinations, delusions, automatic phenomena of influence (transitivism), presenting the picture of depersonalization within the psychosis. This means greater weakness of the ego or greater intensity of conflicts.

8 — In many cases we note the close relationship of depersonalization with hypochondria, considered as an increase in the investment of organs in detriment to that of objects. The repression by the countercathesis of the displeasing sensations can lead to feelings of alienation or strangeness,

as shown by Tausk, Fenichel and others. However, also in these cases a deeper investigation always reveal the aggression impulses against immediate objects (considered as primaries objects) turned back against the ego. If hypochondria is a phenomenon of an increase of the narcissistic investment of the organ, the aggression component in organs symbolizing objects is also at times very evident.

9 — In neurotic depersonalization psychotherapy analytically oriented (exhuming the conflicts and solving them) or preferably psychoanalytic treatment is indicated. When depersonalization is part of the symptomatology of a psychosis, it accompanies the general indications of modern biologic techniques of shock and the modern methods of psychotherapy.

REFERÊNCIAS

1. ABRAHAM, K. — a) The psycho-sexual differences between hysteria and dementia praecox (1908); b) A short study of the development of the libido, viewed in the light of mental disorders (1924). In "Selected Papers" compilados por D. Bryan e A. Strachey. Hogarth Press, Londres, 1927.
2. AJURIAGUERRA, J.; HÉCAEN, H. — a) Troubles de la somatognosie et états de transformation locale des fonctions nerveuses. In H. Ey, J. de Ajuriaguerra et H. Hécaen — Les rapports de la Neurologia et de la Psychiatrie. Herman éd., Paris, 1947.
3. BLEULER, E. — a) Dementia praecox or the group of schizophrenias. Intern. Univ. Press, Nova York, 1952; b) Lehrbuch der Psychiatrie, 8ª edição, Springer Verlag, Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1949, págs. 77-80 e 276-321.
4. BERGLER, E. — a) Further studies on depersonalization. Psychiat. Quarterly, 24:268, 1950; b) The Basic Neurosis. Oral Regression and Psychic Masochism. Grune Stratton, Nova York, 1949.
5. BERGLER, E.; EIDELBERG, L. — Der Mechanismus der Depersonalisation. Internat. Zeitschr. f. Psychoanal., 21:258, 1935
6. BERMAN, L. — Depersonalization and the body ego with special reference to the genital representation. Psychoanal. Quarterly, 18:433, 1948.
7. BICHOWSKI, G. — Disorders in the body image in the clinical pictures of psychosis. J. Nerv. a. Ment. Disease, 97:310, 1943.
8. BOCKNER, S. — The depersonalization syndrome: report of a case. J. Ment. Science, 95:401, 1949.
9. BOGAERT, L. van — Sur la pathologie de l'image de soi. Ann. Méd. Psychol., 92:519 e 744, 1934.
10. BLANK, H. R. J. — Depression, hypomania and depersonalization. Psychoanal. Quartely, 23:20, 1954.
11. BRUSH, N. B. — The psychasthenic reaction. Amer. J. Psychiat., 8, 1938.
12. CALLIERI, B.; SEMERARI, A. — Contributo psicopatologico e critico al concetto di depersonalizzazione (con particolare riguardo alla forma autopsichica). Rass. Studi Psychiat., 42, 1953.
13. CAMBRIELS — Psycho-névrose obsédante de dépersonnalisation avec "moyens de défense" anti-dépersonnalisateurs. Encéphale, 36:330, 1931.
14. CARP, E. — Troubles de l'image du corps. Acta Neurol. et Psychiat. Belgique, 52:461, 1952.
15. CLAUDE, H. — Définition et nature de l'hystérie. Congrès des Allienistes et Neurologistes, Genève-Lausanne, agosto, 1907.
16. DENY, G.; CAMUS, P. — a) Sur un cas de délire métabolique de la personnalité lié à des troubles de la cénesthésie. Arch. de Neurol. (Paris), 20:257, 1905; b) Sur une forme d'hypochondrie aberrante due à la perte de la conscience du corps. Rev. Neurol., 9:461, 1905.
17. DUGAS, L. — a) Un cas de dépersonnalisation. Rev. Philos., 1:503, 1888; b) Sur la dépersonnalisation. J. Psychol. Norm. et Pathol., 33:276, 1936; c) Dépersonnalisation et absence. J. de Psychol., 33:359, 1936.
18. DUGAS, L.; MOUTIER, F. — La dépersonnalisation et la perception extérieure. J. de Psychol. Norm. et Pathol., 7:481, 1910.
19. DUPRÉ, E.; CAMUS, P. — Les cénesthopathies. Encéphale, 2, 1907.
20. EIDELBERG, L. — An outline of a comparative pathology of the neuroses. Internat. Univ. Press, Nova York, 1954, pág. 152.
21. EY, H. — Études Psychia-

- triques. Desclée de Brouver et Cie., Paris, 1948, 1950, 1954 (3 vols.). 22. EY, H.; ROUART, J. — Essai d'Application des Principes de Jackson à une Conception Dynamique de la Neuropsychiatrie. Gaston Doin et Cie., Paris, 1938. 23. FAIRBAIRN, W. R. D. — a) A revised psychopathology of the psychoses and psychoneuroses. *Internat. J. Psycho-Analysis*, 22:250, 1941; b) Psychoanalytic Studies of the Personality. Tavistock Publ. Ltd., Londres, 1952. 24. FEDERN, P. — a) Das Ich als Subjekt und Objekt in Narzissismus. *Internat. Zeitschr. f. Psychoanal.*, 15:393, 1929; b) Ego Psychology and the Psychoses. Basic Book Publishers Inc., Nova York, 1952. 25. FEIGENBAUM, D. — Depersonalization as a defence mechanism. *Psychoanal. Quarterly*, 6, 1937. 26. FENICHEL, O. — a) Über Organlibidinöse Begleiterscheinungen der Triebabwehr. *Internat. Zeitschr. f. Psychoanal.*, 14:45, 1928; b) The Psychoanalytic Theory of Neurosis. Norton Co., Inc., Nova York, 1945. 27. FERENCZI, S. — a) Sex in Psychoanalysis. R. Brunner, Nova York, 1950; b) Confusion of tongues between the adult and the child. *Internat. J. Psycho-Analysis*, 30:225, 1949. 28. FOLLIN, S. — Le processus de dépersonnalisation. Premier Congrès Mondial de Psychiatrie, Paris, 1950. 29. FREUD, S. — a) Eine Erinnerungsstörung auf der Akropolis. *Internat. Psychoanal.*, Verlag, Viena, 1937; b) Splitting of the ego in the defensive process. *Internat. J. Psycho-Analysis*, 22:65, 1941; c) An outline of psycho-analysis. *Internat. J. Psycho-Analysis*, 21:27, 1940. 30. GERSTMANN, J. — Problems of imperception of disease and of impaired body territories with organic lesions. Relation to body scheme and its disorders. *Arch. Neurol. a. Psychiat.*, 48: 890, 1942. 31. GRUHLE, H. W. — Verstehende Psychologie. Thieme Verlag, Stuttgart (2. Auflage), sem data). 32. GUTTMANN, E.; MACLAY, W. S. — Mescaline and depersonalization. *J. Neurol. a. Psychopathol.*, 16:193, 1936. 33. HARTMANN, H. — Ein Fall von Depersonalisation. *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat.*, 74: 593, 1922. 34. HAUG, K. — a) Die Störungen des Persönlichkeitsbewusstseins und verwandte Entfremdungserlebnisse. F. Enke, Stuttgart, 1936; b) Depersonalisation und verwandte Erscheinungen. In O. Bumke-Handbuch der Geisteskrankheiten. Bd. 1. Springer Verlag, Berlin, 1939. 35. HEIMAN, P. — Certain functions of introjection and projection in early infancy. In M. Klein, P. Heiman, S. Isaacs e J. Riviere — *Developments in Psycho-Analysis*. Hogarth Press, Londres, 1952. 36. HEAD, H.; HOLMES, G. — Sensory disturbances from cerebral lesions. *Brain*, 34: 102, 1911. 37. HÉCAEN, H.; AJURIAGUERRA, J. — Méconnaissances et hallucinations corporelles. Integration et desintegration de la somatognosie. Masson et Cie., Paris, 1952. 38. HERNARD, A. — a) La signification psychanalytique des sentiments dits de dépersonnalisation. *Rev. Franç. de Psychanalyse*, 1:87, 1927; b) Nouvelle contribution psychanalytique à l'étude des sentiments dits de dépersonnalisation. *Rev. Franç. de Psychanalyse*, 7:272, 1934. 39. HEUYER, G.; SÉRIN, S. — Syndrôme de dépersonnalisation consecutif à une encéphalite épidémique. *Encéphale*, 25:629, 1930. 40. HEUYER, G.; DUBLINEAU, J. — Syndrôme de dépersonnalisation chez un encéphalitique. *Ann. Méd. Psychol.*, 1, 1932. 41. JAMES, W. — Précis de Psychologie. Marcel Rivière, Paris, 1929. 42. JANET, P. — Les Obsessions et la Psychasthénie, 3^e ed. Félix Aican, Paris, 1919. 43. KLEIN, M. — a) The Psycho-Analysis of Children. Hogarth Press, Londres, 1937; b) Notes on some schizoid mechanisms. *Internat. J. Psycho-Analysis*, 27:99, 1946. 44. KRAEPELIN, E. — *Psychiatrie*. III B. J. Ambrosius Barth, Leipzig, 1923, pág. 1259. 45. KRAPP, E. — a) La despersonalización desde el punto de la psicopatología general. *Rev. de la Univ. de Buenos Aires*, 2, 1, 1944; b) Sur la dépersonnalisation. Premier Congrès Mondial de Psychiatrie, Paris, 1950. 46. LAIGNEL-LAVASTINE, M.; BRISSET, Ch.; FOLLIN, S. — Sentiment de dépersonnalisation chez une mélancolique anxieuse. *Ann. Méd. Psychol.*, 98:144, 1940. 47. LHERMITTE, J. — De l'image corporelle. *Rev. Neurol.*, 74:20, 1942. 48. LHERMITTE, J.; TCHEHERAZI, E. — L'image du moi corporelle et ses déformations pathologiques. *Encéphale*, 1, 1937. 49. MAYER-GROSS, W. — Selbstschilderungen der Verwirrtheit. Die oniroide Erlebnisform. Springer Verlag, Berlin, 1924. 50. MORSELLI, G. E. — Il problema della Spersonalizzazione. *Sist. Nervoso*, 3:243, 1951. 51. NUNBERG, H. — Über Depersonalisationzustände im Licht der Libidotheorie. *Internat. Zeitschr. f. Psychoanal.*, 10:17, 1924. 52. OBERNDORF, C. P. — a) Depersonalization in relation to erotization of

thought. *Internat. J. Psycho-Analysis*, 15:271, 1934; b) The genesis of the feeling of unreality. *Internat. J. Psycho-Analysis*, 16:296, 1935; c) On retaining the sense of reality in states of depersonalization. *Internat. J. Psycho-Analysis*, 20:137, 1939; d) The role of anxiety in depersonalization. *Internat. J. Psycho-Analysis*, 31:1, 1950. 53. PETO, A. — On so-called depersonalization. *Internat. J. Psycho-Analysis*, 36:379, 1955. 54. REIK, Th. — Psicología y despersonalización. *Rev. de Psicoanálisis* (Buenos Aires), 2:443, 1945. 55. RIBOT, Th. — Problème de Psychologie Affective: la Conscience Affective. Monografia sem data de publicação (pág. 26, nota 1). 56. ROSENFELD, H. — Analysis of a schizophrenic state with depersonalization. *Internat. J. Psycho-Analysis*, 28:130, 1947. 57. SADGER, I. — Über Depersonalisation. *Intern. Zeitschr. f. Psychoanalyse*, 14:315, 1928. 58. SHORVON, H. J. — Psychopathologie de la dépersonnalisation. Premier Congrès Mondial de Psychiatrie, Paris, 1950. 59. SHORVON, H. J.; SARGANT, W. — Excitatory abreaction: with special reference to its mechanism and the use of ether. *J. Mental Science*, 93:709, 1947. 60. SCHILDER, P. — a) Selbstbewusstsein und Persönlichkeitsbewusstsein (Eine psychopathologische Studie). Springer Verlag, Berlin, 1914; b) Die Depersonalisation. In *Medizinische Psychologie*. Springer Verlag, 1924, págs. 257-261; c) The Image and Appearance of the Human Body. *Psyche Monographs*, Tr. Trubner Co., Nova York, 1935; d) Goals and Desires of Man. Columbia Univ. Press, Nova York, 1942, págs. 188-197. 61. STÖRRING, E. — Die Depersonalisation. Eine psychopathologische Untersuchung. *Arch. f. Psychiat. u. Nervenkrankheit*, 98:462, 1953. 62. TAUSK, V. — On the origin of the influencing machine in Schizophrenia. *Psychoanal. Quarterly*, 2:542, 1933. 63. UCHÔA, D. M. — a) Estrutura psicológica da neurose compulsiva. *Arq. da Assist. a Psicop.* São Paulo, 10-11:125, 1947; b) *Psiquiatria e Psicanálise*. Livraria Vademecum Ed., São Paulo, 1952. 64. WITTELS, F. — Psychology and treatment of depersonalization. *Psychoanal. Rev.*, 27:57, 1940. 65. WAMBERTO DE MORAIS — Fenomenologia e semiologia dos sintomas de despersonalização. *Neurobiologia* (Recife), 11:126, 1946. 66. WINNICOTT, D. W. — Primitive emotional development. *Internat. J. Psycho-Analysis*, 26:137, 1945.

Rua Bráulio Gomes, 25, 7º andar — São Paulo, Brasil.