



Dossiê Psicanálise em tempos difíceis: a clínica como objeto de resistência ao sofrimento e à dor

Notas sobre as contribuições de Lacan ao diagnóstico em psicanálise

Notes on Lacan's contributions to diagnosis in psychoanalysis

 Marco Antonio Coutinho Jorge

 Vivian Martins Ligeiro

Resumo: Na sequência de seu trabalho teórico de retorno a Freud, em que destacou a tripartição clínica estrutural – neurose, perversão e psicose –, Jacques Lacan forneceu inúmeras contribuições para o diagnóstico diferencial. Os três registros psíquicos isolados pelo ensino de Lacan – real, simbólico, imaginário – permitem a distinção diagnóstica com novo apuro, em que a fantasia fundamental assume uma importância decisiva.

Palavras-chave: diagnóstico; estruturas clínicas; Lacan; psicanálise; fantasia fundamental.

Abstract

Following the theoretical work of his return to Freud, in which he highlighted the structural clinical tripartite division – neurosis, perversion and psychosis –, Jacques Lacan provided numerous contributions to differential diagnosis. The three psychic registers isolated by the teaching of Lacan – real, symbolic, imaginary – allow for a new diagnostic distinction, in which fundamental fantasy assumes decisive importance.

Keywords: diagnosis; clinical structures; Lacan; psychoanalysis; fundamental fantasy.

1. Introdução

Desde que a psicanálise foi criada, sua relação com as mais importantes aquisições do saber psiquiátrico foi constante. Há dois aspectos da relação atual entre essas disciplinas que se revelam bastante significativos e até mesmo surpreendentes.

Primeiro: que sejam especialmente os analistas de orientação lacaniana aqueles que sustentam hoje a referência contínua à tradição psiquiátrica clássica, cuja clínica construiu gradativamente, a partir da longa experiência dos psiquiatras junto a seus pacientes, diversos quadros clínicos sobre os quais a psicanálise erigiu suas hipóteses mais fortes; não é sem interesse sublinhar que o fato de a formação médica de Lacan ser psiquiátrica, diferentemente de Freud, que era neurologista, contou muito para isso.

Segundo: que a psiquiatria atual e seu manual de diagnóstico DSM parece realizar a aspiração suprema da psiquiatria clássica – atribuir a distúrbios essencialmente orgânicos a origem de todas as alterações mentais e, conseqüentemente, definir protocolos de tratamento baseados exclusivamente nos avanços cada vez maiores da psicofarmacologia. Não surpreende que a classificação rasa e sem fundamento propriamente clínico do DSM tenha vindo junto com a cultura da vulgarização cientificista. Como constatou Colette Soler, estamos entre a vulgarização mais banal e a hipersofisticação lacaniana. Além disso, os pacientes hoje chegam com o diagnóstico pronto: “eu tenho síndrome do pânico”, “meu filho é autista”, “eu tenho depressão”, “eu sou Asperger” etc. Chegam também com um diagnóstico sobre nós analistas: “eu vi seu currículo Lattes e gostei de suas pesquisas, você é fera!”.

2. Psiquiatria e psicanálise

Para a geração de psiquiatras brasileiros formada na década de 1970 no ensino de Henri Ey, e na qual os psiquiatras quase sempre tinham formação psicanalítica, o atual estado da arte é bastante deceptivo. A psiquiatria dinâmica de Ey, colega de turma de Lacan – que recebeu deste um reverente elogio que sublinhou a humanização oferecida à psiquiatria por seus aportes teórico-clínicos –, incorporou a psicanálise como uma matéria imprescindível. Sua concepção organodinâmica sobre o inconsciente preservou um lugar de abertura para a questão do sujeito no seio da medicina e da psiquiatria (Ey, Bernard e Brisset, 1981).

A questão do diagnóstico é sem dúvida um dos aspectos mais conflitivos entre a psicanálise e a psiquiatria atual, dominada pelas vertentes biológica e psicofarmacológica. Tomemos o problema do diagnóstico em psicanálise. Ele sempre foi colocado por Freud essencialmente como diagnóstico

diferencial entre neurose e psicose, com a finalidade de indicar ou contraindicar o tratamento analítico. Trata-se de produzir com o diagnóstico um discernimento – a palavra diagnóstico provém do grego *diagnostikos* e significa “apto a reconhecer” (Bloch e Wartburg, 1996, p. 193) – visando o estabelecimento ou não de uma prática terapêutica.

Enfatiza-se hoje *ad nauseam* a recomendação ética de Lacan segundo a qual o psicanalista não deve recuar diante da psicose. Mas é preciso ficar claro que Freud, pelo menos num primeiro momento, contraindicava o tratamento analítico para o paciente psicótico na medida em que o psicótico que ele tinha diante dele não era o mesmo que Lacan. O primeiro medicamento antipsicótico, a clorpromazina, foi sintetizado apenas em 1952 (e foi recebido, aliás, com resistência por parte da psiquiatria norte-americana, na época fortemente adepta da psicanálise) (Hale, 1971; 1995) e o psicótico medicado em geral permite um contato psicoterapêutico que muitas vezes seria de outro modo impossível. É famosa aquela passagem em que David Cooper, o mais radical dos antipsiquiatras, oferece uma pílula a um paciente dizendo a ele: “Quero que você tome esta pílula apenas para poder falar comigo” (Cooper, 1970, s./p.). Fato é que, ao longo das últimas décadas – período significativamente correlativo à decadência da psicanálise nos EUA –, as pesquisas da psicofarmacologia receberam um investimento gigantesco por parte dos laboratórios farmacêuticos e múltiplas gerações de medicamentos – antipsicóticos, tranquilizantes, hipnóticos, antidepressivos – surgiram, acabando por dar à psiquiatria contemporânea uma feição inteiramente organicista.

3. Real, simbólico, imaginário

Do ponto de vista clínico, cabe sublinhar os avanços teóricos conquistados pela ciência psicanalítica depois de Freud. A tripartição estrutural real, simbólico e imaginário, introduzida por Lacan a partir da conferência intitulada “O simbólico, o imaginário e o real”, pronunciada na recém-fundada Sociedade Francesa de Psicanálise em 8/7/1953, forneceu à psicanálise uma consistência teórica inegável e trouxe contribuições muito relevantes para a questão do diagnóstico em psicanálise. Podemos enumerar algumas delas: a distinção entre fenômeno e estrutura; a noção de psicose desencadeada e não desencadeada; a noção de estabilização como objetivo para o tratamento do psicótico; a noção de suplência nas psicoses.

Embora a noção de estrutura tenha sido introduzida na psicanálise pelo ensino de Lacan, pode-se evidenciar que Freud concebeu, desde suas primeiras formulações teórico-clínicas realizadas na década de 1890, a ideia de uma tripartição estrutural, a partir da qual justamente Lacan pôde estabelecer a noção de estrutura na clínica psicanalítica (Jorge, 2017/2022). Tal noção foi elaborada

muito cedo por Lacan, em toda a primeira parte de seu ensino, com o objetivo de iluminar a prática clínica com elementos que extraiu de sua macroteoria real, simbólico e imaginário. A definição de estrutura proposta por Lacan em uma de suas conferências norte-americanas condensa suas principais teses sobre a relação entre inconsciente e linguagem: “O que cria a estrutura é a maneira pela qual a linguagem emerge no início em um ser humano. É isso, em última análise, o que nos permite falar em estrutura” (Lacan, 1976a, p. 13).

A relação íntima, indissociável entre linguagem e estrutura aparece de forma soberba no célebre aforismo lacaniano “O inconsciente é estruturado como uma linguagem”, mas é explicitada com simplicidade na bela conferência que Lacan proferiu pouco antes da publicação dos *Écrits*, num colóquio sobre o estruturalismo realizado na Universidade Johns Hopkins de Baltimore, em outubro de 1966, ao dizer:

O inconsciente é estruturado como uma linguagem. Que quer dizer isso? Para ser mais preciso, há aqui uma redundância, pois para mim “estruturado” e “como uma linguagem” significam exatamente a mesma coisa. Estruturado significa minha fala, meu léxico etc., que é exatamente o mesmo que linguagem. (Lacan, 1976b, p. 200)

Em resumo, não há outra estrutura senão a linguagem.

Foi retornando às formulações de Freud nesse campo que Lacan, já no início de seu ensino, estabeleceu a relação entre estruturas clínicas e mecanismos de defesa, todos eles isolados por Freud em sua relação com uma determinada estrutura: o recalque (*Verdrängung*) para a neurose; a renegação ou desmentido (*Verleugnung*) para a perversão; e a forclusão (*Verwerfung*) para a psicose. Tais mecanismos surgem num *work in progress* que se desenvolveu em alguns momentos especialmente fortes ao longo da criação teórica freudiana. Mas a abertura do artigo “Fantasias histéricas e sua relação com a bissexualidade” (1908), escrito no início do período em que Freud se debruçava exclusivamente sobre o estudo da fantasia – que localizamos entre 1906 e 1911 e denominamos de “ciclo da fantasia” (Jorge, 2010, p. 38) –, estampa de modo inegável a visão freudiana que mapeia no vasto campo da clínica psicanalítica três grandes dimensões estruturais:

Estamos familiarizados com as invenções delirantes do paranoico acerca da grandeza ou dos sofrimentos do seu próprio eu, que aparecem em formas bem típicas e quase monótonas. Conhecemos também, através de numerosos relatos, as raras cenas pelas quais certos perversos obtêm sua satisfação sexual, na ideia ou na realidade. Entretanto, talvez seja novidade para alguns leitores o fato de que formações psíquicas análogas estão presentes regularmente em todas as psiconeuroses, em particular na histeria, e de que podemos demonstrar terem elas – as chamadas fantasias histéricas – importantes ligações com a causação dos sintomas neuróticos. (Freud, 1908/1978, p. 141)

Como sublinhou Laéria Fontenele (2014, p. 22), nessa frase “podemos observar tanto a definição diferencial entre os modos de defesa na paranoia, na perversão e na neurose quanto as maneiras pelas quais o eu significa a si mesmo e a realidade, apontando para diferentes estruturas”.

4. O valor da fantasia

De fato, a problemática da relação do sujeito com a realidade – continuamente bipartida por Freud entre realidade interna e externa, realidade subjetiva e objetiva, realidade psíquica e material – é uma questão central, tematizada ao longo de toda sua obra, que acaba levando-o a dar à fantasia um estatuto primordial. Nesse mesmo sentido, basta lembrar que a descoberta freudiana do inconsciente foi correlativa à da fantasia neurótica para dar todo o relevo ao lugar nuclear que ela ocupa no aparelho psíquico e que levou Lacan (1967a/2003, p. 364) a asseverar: “O valor da psicanálise está em operar sobre a fantasia”.

Salientando tal valor da fantasia, pode-se traduzir a argumentação de Freud acima citada do seguinte modo: na psicose, há a prevalência do delírio, um tipo particular de fantasia que invade toda a vida do sujeito, mas cuja função é a mesma que a dela, localizar o gozo; na perversão, prevalece a busca do gozo sexual – segundo Lacan (1963/1998, p. 784), a “vontade de gozo” –, seja na fantasia ou na realidade; na neurose, há a predominância da fantasia e de seus inúmeros derivados – privilegiadamente os sintomas, mas igualmente os sonhos e as demais formações do inconsciente, através das quais a satisfação pulsional se realiza de modo indireto, tortuoso e produzindo sofrimento. Mas o que importa assinalar é o fato de que nas três estruturas clínicas a dimensão da fantasia (e seu avatar delirante) estão presentes de modo central. A fantasia se impõe, assim, como “motor da realidade psíquica” (Lacan, 1967b/2003, p. 358), “enquadre da realidade” (Lacan, 1967a/2003, p. 364), em suma, como suporte do desejo.

O que é fundamental ressaltar é que o valor da fantasia reside precisamente no fato de que ela localiza o gozo ao sexualizar a pulsão de morte e produz um potente freio a sua busca de gozo ilimitado (Jorge, 2017/2022). A instalação da fantasia fundamental é o efeito de uma operação denominada por Freud de recalque originário, cujo agente foi isolado por Lacan como o significante Nome-do-Pai, o qual é definido como o “significante que, no Outro como lugar do significante, é o significante do Outro como lugar da lei” (Lacan, 1958/1998, p. 590).

O Nome-do-Pai é o Não-do-Pai, o Não próprio ao recalque – daí Lacan jogar com a homofonia absoluta em francês entre o *Nom-du-Père* e o *Non-du-Père*. Ao que o pai diz “Não”, podemos perguntar. Ele diz “Não” ao gozo absoluto da pulsão de morte e tal operação de opor uma barra ao

gozo instaura a fantasia fundamental – definida como “o que instaura o lugar onde o sujeito pode se fixar como desejo” (Lacan, 1960-1961/1992, p. 194). A fantasia fundamental freia o empuxo-ao-gozo da pulsão de morte e, ao se instaurar, sexualiza uma parcela significativa da pulsão de morte, transformando-a em pulsão sexual. Uma parte da pulsão passa a ser dominada pela fantasia, que responde pelo vigor do princípio de prazer/princípio de realidade; e outra parte permanece pulsão de morte, na qual opera o além do princípio de prazer.

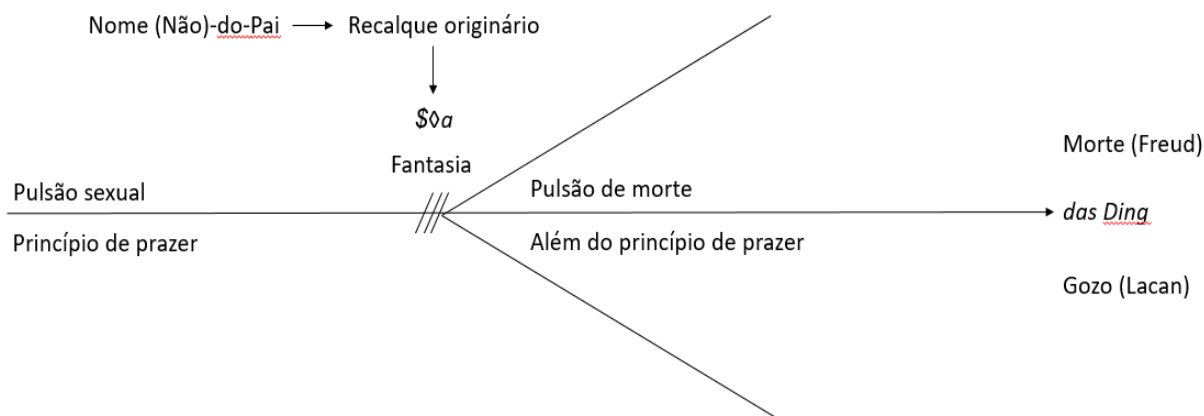
A pulsão sexual, efeito da demanda do Outro (oral e anal) e do desejo do Outro (voz e olhar), localiza o gozo nos orifícios do corpo, zonas privilegiadas de troca entre o sujeito e o Outro. O gozo relativo à pulsão sexual é o gozo limitado, parcial – denominado por Lacan de gozo fálico precisamente porque é o gozo no que ele se articula ao significante da falta, o falo –, que passa a ser escoado exclusivamente pelos orifícios corporais e transforma o corpo como um todo num deserto de gozo.

Já o gozo relativo à pulsão de morte, ilimitado e mortífero, surge a céu aberto nas psicoses, nas quais o corpo é invadido por um gozo desmedido, avassalador, como o atestam os fenômenos alucinatorios e as sensações corporais presentes nas esquizofrenias. Acrescente-se que uma das maiores contribuições de Freud à clínica das psicoses foi a elucidação do valor estruturante do delírio, que manifesta claramente o quanto o sujeito psicótico se esforça por construir através da atividade delirante uma trama simbólico-imaginária que faça as vezes da fantasia fundamental, que não foi instaurada em sua constituição subjetiva para fazer face ao real do gozo ilimitado. As psicoses esquizofrênicas, com seu delírio não sistematizado, são mais frequentemente pouco exitosas nessa construção; por outro lado, com seus delírios sistematizados que otimizam o poder estruturante da linguagem na localização do gozo, as psicoses paranoicas são bem-sucedidas em realizar essa tarefa. Não é à toa que a psicanálise teve acesso às psicoses muito cedo através das paranoias, seja através da análise de Schreber empreendida por Freud, seja o estudo do caso Aimée empreendido por Lacan.

Na neurose, o gozo mortífero irrompe a cada vez que a fantasia é abalada por meio do trauma, que produz uma fratura na relação desejante do sujeito com o objeto. Os crimes passionais atestam de forma dramática, às vezes trágica, o quanto por detrás da pulsão sexual se esconde sorrateiramente a pulsão de morte; caso a primeira seja atingida em sua manifestação fantasística que fornece homeostase ao aparelho psíquico ao limitar o gozo, a segunda irrompe com toda sua violência destrutiva. Como observou com agudeza Eugénie Lemoine-Luccioni (1979, p. 73), o homem apaixonado diz para a amada: “Se você me deixar, eu te mato!”. Já a mulher apaixonada, por sua vez, costuma dizer ao homem: “Se você me deixar, eu me mato!”. O vetor da pulsão de morte manifesta

aqui suas duas direções, sádica e masoquista: no primeiro caso, na direção do outro (objeto externo) e no segundo, na do eu (objeto externo).

O esquema abaixo permite visualizar a estrutura da pulsão bipartida em dois segmentos diferentes a partir da entronização da fantasia fundamental: um segmento informado pela fantasia é sexualizado, se submete ao princípio de prazer e tem seu gozo limitado aos orifícios corporais (objetos *a*: seio, fezes, voz e olhar) – este é o segmento que podemos chamar de pulsão de vida ou pulsão sexual. Outro segmento escapa à ação da localização de gozo permitida pela fantasia e corresponde ao que Freud denominou de além do princípio de prazer, no qual vigora o gozo mortífero e invasivo da pulsão de morte, correlativo à busca frenética de *das Ding*, a Coisa, objeto impossível.



Tal esquema permite igualmente conciliar o dualismo pulsional concebido por Freud (em duas diferentes versões: em 1910, pulsões de autoconservação ou do eu e pulsões sexuais; em 1920, pulsão de vida e pulsão de morte) com a afirmação sustentada por Lacan (1964/1979, p. 154) de que “a pulsão parcial é fundamentalmente pulsão de morte”, que parece contradizê-lo; na verdade, trata-se de um dualismo que se produz enraizado num monismo pulsional a partir da ação da linguagem (Nome-do-Pai) sobre a pulsão de morte com a consequente instauração da fantasia fundamental.

Aplicado à clínica, o conceito de estrutura dá uma moldura conceitual a alguns dados que já eram conhecidos da psiquiatria clássica, ou seja, a noção de que os mesmos fenômenos podem comparecer em estruturas diferentes. Isso significa que o diagnóstico precisa levar em conta certos dados que transcendem a fenomenologia sintomática do paciente, que pode ser fonte de uma grande ambiguidade. Freud já mencionava a ocorrência de delírios e alucinações nos histéricos. Henri Ey já mencionava igualmente em seu *Manual de psiquiatria*, a ocorrência de quadros de pré-psicose com a predominância de sintomas obsessivo-compulsivos.

Foram sobretudo os trabalhos de Helen Deutsch, uma das maiores clínicas da era freudiana, sobre o que ela denominou de personalidade “como se”, ou “*as if*” *personality*, que colaboraram para Lacan construir sua hipótese maior sobre a etiologia da psicose: a forclusão do significante Nome-do-Pai. Esta alteração na ordem simbólica do sujeito, em que é rejeitado um significante que faz com que o simbólico (lugar do significante) opere simbolicamente, conduz à imaginarização do simbólico (que ocorre nas paranoias, com seu delírio pleno de sentido) ou a sua realização (que se dá nas esquizofrenias, em que o discurso fragmentado do sujeito revela a falta de sentido inerente ao que é da ordem do real). Foracluído, o significante Nome-do-Pai não permite que o simbólico funcione com sua estrutura de duplo sentido que, ao fomentar constantemente a ambiguidade, permite o vigor da diferença e da Lei da castração tanto no campo do sujeito quanto no da cultura: se ninguém é completo, os tratados precisam ser respeitados pelos dois lados para que ambos tenham lugar de existência. Como pondera Moustapha Safouan (1993, p. 84), a palavra “nos une pelas leis às quais ela própria se submete, ou, mais precisamente, pelas únicas leis que permitem a constituição do sujeito como sujeito da palavra”.

Os casos de “como se” descritos por Deutsch de forma altamente nuançada revelam que tais sujeitos apresentam o que ela denomina de “vazio interior”, e funcionam movidos por uma identificação mimética que se apoia nas imagens ao seu redor independentemente de seu valor simbólico. Ela estabelece nesses casos a necessidade de distingui-los dos sujeitos histéricos, nos quais as identificações possuem um enraizamento simbólico. Lacan formula a noção de psicose não desencadeada para designar precisamente o sujeito psicótico que se estabiliza pelo imaginário, com suas “bengalas imaginárias”, o que tem nas personalidades “como se” seu maior paradigma clínico. O desencadeamento da psicose sobrevém em muitos casos quando o simbólico é requisitado em sua potência de lei ligada ao Nome-do-Pai e o sujeito surta por não poder responder a esse apelo simbólico.

Isso não impede que a questão diagnóstica surja como bastante complexa quando se trata de casos das chamadas “loucuras histéricas”, cuja fenomenologia sintomática pode conduzir frequentemente a um erro diagnóstico, pois a loucura nesses casos pode ser confundida com a psicose. É bastante significativo que o quadro de loucuras histéricas tenha desaparecido quase concomitantemente ao surgimento da nomeação feita por Eugen Bleuler dos quadros de esquizofrenia em substituição à nomenclatura kraepeliniana da demência precoce. A esquizofrenia funcionou como um verdadeiro buraco negro conceitual que engoliu e fez desaparecer toda uma série de quadros clínicos da tradição psiquiátrica clássica (Allen e Nobus, 1999). Foi o psicanalista e psiquiatra francês

Jean-Claude Maleval (2009) que deu início à reabilitação da importância dos quadros de loucura histérica para a correta condução do tratamento.

Sabina Spielrein foi um desses casos famosos de loucura histérica, inicialmente diagnosticada como esquizofrênica. Vaslav Nijinsky parece poder ser igualmente inserido dentro dessa série de casos que, tratados por Bleuler como esquizofrênicos, eram no fundo histéricos profundamente desestruturados (Jorge, 2017/2022). São esses casos atípicos, por outro lado nada raros, que são considerados pelos teóricos norte-americanos como *borderline* ou pacientes fronteiros. Lacan se insurgiu contra essa terminologia na medida em que ela cria uma dimensão clínica artificial na qual pode ser inserido todo e qualquer caso menos padrão. Como sublinhou Patrick Landman (2024, pp. 14-15) em *Tristesse business*, essa categoria dos *borderline* foi inventada com o intuito de permitir aos promotores do DSM optar pelo chamado ateoricismo e consequentemente recusar as estruturas clínicas. A extrema plasticidade da histeria é o que permite que ela seja confundida com muita facilidade com as psicoses. O próprio Jung afirmou que “a histeria é a enfermidade, em comparação com a qual todas as outras enfermidades nervosas são apenas raridades” (Carta a Freud de 12/6/1912, citada por Maleval, 2009, p. 63).

Referências

- Allen, D. F. e Nobus, D. (1999). Introduction – La réhabilitation de la folie hystérique. In A. Mairet e E. Salager. *La folie hystérique*. Paris: L’Harmattan.
- Bloch, O. e Wartburg, W. (1996). *Dictionnaire étimologique de la langue française*. Paris: PUF.
- Cooper, D. (1970). *Psychiatrie et anti-psychiatrie*. Paris: Seuil.
- Ey, H., Bernard, P. e Brisset, C. (1981). *Manual de psiquiatria*. Rio de Janeiro: Masson.
- Fontenele, L. (2014). Estrutura e estruturas clínicas: fundamentos freudianos no ensino de Jacques Lacan. In N. P. Ferreira e J. C. T. Leite (orgs.). *Clínica e estrutura*. Rio de Janeiro: Contra Capa.
- Freud, S. (1908). Fantasias históricas e sua relação com a bissexualidade. In S. Freud. *Obras completas Vol. 09*. Buenos Aires: Amorrortu, 1978.
- Hale, N. (1971). *Freud and the americans – The beginnings of psychoanalysis in the United States, 1876-1917*. New York: Oxford.
- Hale, N. (1995). *The rise and crisis of psychoanalysis in the United States – Freud and the americans, 1917-1985*. New York: Oxford.

- Jorge, M. A. C. (2010). *Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan. Vol. 2: a clínica da fantasia*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Jorge, M. A. C. (2017). *Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan. Vol. 3: a prática analítica*. Rio de Janeiro, Zahar, 2022.
- Lacan, J. (1958). De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In J. Lacan. *Escritos* (pp. 531-590). Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- Lacan, J. (1960-61). *O seminário, livro 8: a transferência*. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.
- Lacan, J. (1963). Kant com Sade. In J. Lacan. *Escritos* (pp. 776-803). Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- Lacan, J. (1964). *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.
- Lacan, J. (1967a). Alocução sobre as psicoses da criança. In J. Lacan. *Outros escritos* (pp. 359-368). Rio de Janeiro: Zahar, 2003.
- Lacan, J. (1967b). Da psicanálise em suas relações com a realidade. In J. Lacan. *Outros escritos* (pp. 350-358). Rio de Janeiro: Zahar, 2003.
- Lacan, J. (1976a). Conférences et entretiens dans des universités nord-américaines – Yale University, Kanzer Seminar, 24 novembre 1975. *Scilicet*, 6/7.
- Lacan, J. (1976b). Da estrutura como intromistura de um pré-requisito de alteridade e um sujeito qualquer. In R. Macksey e E. Donato (orgs.). *A controvérsia estruturalista: as linguagens da crítica e as ciências do homem* (pp. 198-212). São Paulo: Cultrix.
- Lacan, J. (2005). *Nomes-do-pai*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Landman, P. (2024). *Tristesse business – Le scandale du DSM-5*. Paris: Max Milo.
- Lemoine-Luccioni, E. (1979). *Le partage des femmes*. Paris: Seuil.
- Maleval, J. C. (2009). *Locuras histéricas y psicosis disociativas*. Buenos Aires: Paidós.
- Safouan, M. (1993). *A palavra ou a morte*. Campinas: Papirus.