

## Laboratório de Ensino

### **“CONFERÊNCIAS INTRODUTÓRIAS À PSICANÁLISE” (FREUD, 1916-1917) SÍNTESE DA TERCEIRA PARTE: TEORIA GERAL DAS NEUROSES (1917)<sup>1</sup>**

**Angelo Márcio Valle da Costa** (Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica da UFRJ. Bolsista de Mestrado da CAPES)

**Ariel Moura Alves** (Graduanda em Psicologia pela UFF-Niterói)

**Desirée Valente Spessote** (Mestranda no Programa de Pós-Graduação em História Social da Cultura da PUC-Rio. Bolsista de Mestrado da CAPES)

**Gabriel Louis Magalhães Galliza** (Graduando em Psicologia pela UFF-Niterói)

**Isabela Fernandes Prado Dias** (Graduanda em Psicologia pela UFRJ)

**Izabella da Silva Ribeiro** (Graduanda em Psicologia pela UFF-Niterói)

**Júlia Sardinha Leonardo Lopes Martins** (Graduanda em Psicologia pela UFF-Niterói)

**Juliana Caminha de Lima e Silva** (Graduanda em Psicologia pela UFF-Niterói)

**Paula Eduarda Caetano Nogueira** (Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica da UFRJ. Graduada em Psicologia pela UFF-Niterói)

**Maryssol Monteiro Fernandes do Nascimento** (Graduanda em Psicologia pela UFRJ)

**Mayara Monteiro Fernandes do Nascimento** (Graduanda em Psicologia pela UFRJ)

**A iniciativa organizada por participantes do grupo de estudos “Introdução à teoria da clínica psicanalítica” para elaboração estruturada deste texto visa a registrar e prestigiar o longo e próspero percurso de incentivo à Iniciação Científica orientado pela profa. Dra. Flavia Lana Garcia de Oliveira, atualmente professora adjunta do IP-UFF, que vem ofertando um rigoroso e dedicado trabalho de transmissão da psicanálise, desde 2019, através do estudo das Conferências Introdutórias de Freud.**

Freud define a psicanálise por três eixos indissociáveis: “um saber, um procedimento de investigação e um método de tratamento” (FREUD, 1923/2020, p. 274). É necessário reconhecer tais balizas para a adequada apropriação da teoria psicanalítica, conjugando as discussões sobre a atitude clínica (método de tratamento) que ela propõe e a trama de conceitos que orienta seus princípios e técnicas (saber e procedimento de investigação). Nesse sentido, a leitura das “Conferências introdutórias à psicanálise” (FREUD, 1916-1917/2019) é uma porta de entrada eficaz para o estudo sistemático da obra freudiana. Encontra-se nela uma boa via de acesso a temas e conceitos fundamentais da psicanálise, já que esse percurso pode ser examinado como espinha dorsal dos trabalhos de Freud até 1917, ao longo de suas três partes: “Os atos falhos” [1916], “Os sonhos” [1916] e “Teoria geral das neuroses” [1917].

Nas partes I e II das “Conferências” (1916/2019), é possível extrair considerações a respeito da posição do analista e também do objetivo freudiano de demonstrar a teoria geral das neuroses a partir dos acidentes nos campos da fala e da linguagem, extraídos dos discursos de pacientes, ao

---

<sup>1</sup> Texto elaborado entre dezembro de 2021 e fevereiro de 2022.

longo da prática clínica. A parte III destas “Conferências” (1917/2019), por sua amplitude conceitual e pela alta densidade metapsicológica que apresenta, exige, para uma síntese, um trabalho de recorte metodológico, onde seja possível investir mais esforço e atenção. Eis que nos orientamos nesta elaboração pela questão: **quais são as noções e conceitos essenciais que Freud apresenta para elucidar a clínica das neuroses?** Entendemos que a pergunta é relevante para o estágio inicial de formação em teoria psicanalítica e para realizar de forma cabível boas demonstrações teóricas e científicas dos conceitos fundamentais da psicanálise. Portanto, pretende-se abordar a questão do modo mais preciso possível, valorizando o elementar em Freud, retomando suas principais proposições lógicas, e privilegiando os fundamentos clássicos da neurose. Esta elaboração aposta que é preciso reavivar a transferência com os fundamentos e que um estudo rigoroso permite melhor defender a orientação genuinamente psicanalítica.

## INTRODUÇÃO

Para fins de coordenadas gerais, as “Conferências introdutórias à psicanálise” (FREUD, 1916-1917/2019) se localizam em um momento dobradiço da obra freudiana. Às vésperas de apresentar um segundo momento da teoria pulsional, em 1920, e uma nova tópica para o aparelho psíquico, em 1923, ele parte do que já foi apresentado no primeiro dualismo pulsional, com a dinâmica entre pulsões de autoconservação e pulsões sexuais (FREUD, 1905/2019) – bem como de sua revisão, que aponta para a dualidade entre libido do Eu (ou narcísica) e libido objetal (ou sexual) (FREUD, 1914/2017). Nesse sentido, a estrutura neurótica apresentada por Freud se apoia em uma leitura do aparelho psíquico a partir da primeira tópica (1900/2019) e, portanto, tem suas balizas dentro da teoria de oposição entre os sistemas consciente e inconsciente, considerando as dimensões da fantasia, do infantil e das respostas ao desamparo na dimensão pulsional e diante das exigências da vida colocadas no âmbito das relações com o mundo externo.

A terceira parte dessas “Conferências”, em seu momento inaugural, se ocupa em destacar que o método psicanalítico nada deixa a desejar em relação a outros campos da medicina, e também que possui uma ampla capacidade terapêutica, diferentemente da psiquiatria mais voltada às práticas descritivas (FREUD, 1917a/2019). Fica comprovado que a análise tem um caráter investigativo de grande utilidade clínica para “enfermidades de difícil acesso por outros meios” (FREUD, 1917a/2019, p. 342), no que tange às neuroses tratadas analiticamente.

Temos o direito, até mesmo o dever, de levar adiante a pesquisa sem nos importar com sua utilidade imediata. No fim – não sabemos onde e quando -, cada porção adicional do saber se transformará em capacidade, também em capacidade terapêutica. Se, no tocante a todas as outras formas de adoecimento nervoso e psíquico, a psicanálise se mostrasse tão infrutífera como no caso das ideias delirantes, ainda assim ela estaria plenamente justificada como meio insubstituível de investigação científica (FREUD, 1917a/2019, p. 342).

A fim de alcançar a especificidade dessa investigação clínica das psiconeuroses, será preciso examinar como Freud recobra, nestas conferências, sua teoria da libido, a sexualidade infantil, o Complexo de Édipo, a concepção psicanalítica do sintoma, suas relações com a fantasia, bem como acompanhar sua discussão psicopatológica sobre as neuroses de transferência. Essas

considerações dividem-se em quatro partes: sexualidade e teoria da libido; a lógica inconsciente do sofrimento neurótico; os sintomas neuróticos e a fantasia inconsciente; e, por fim, a discussão psicopatológica na clínica das neuroses.

## **SEXUALIDADE E TEORIA DA LIBIDO**

Freud esclarece que as ideias comumente tidas a respeito do que é o sexual e o que constitui a sexualidade humana não bastam para a ciência (1917e/2019). Investigando, tanto as manifestações sexuais consideradas normais, quanto aquelas consideradas patológicas, é possível discernir quais são os traços característicos da constituição da sexualidade humana (FREUD, 1905/2019), bem como considerar sua importância para o desenvolvimento do indivíduo e da espécie, ultrapassando as determinações exclusivamente biológicas, para alcançar a *ampliação do conceito de sexualidade* que atente para as consequências psíquicas da dimensão do corpo. Portanto, não toma o “sexual” unicamente no sentido do coito ou da cópula, mas sim nos efeitos humanizadores que conectam o sexual à *organização pulsional*.

Freud (1905/2019) destaca o estatuto perverso e polimorfo da pulsão, indicando que os circuitos pulsionais envolvem um orifício ou borda corporal em um modo de funcionamento que não possui compromisso estrito com a realidade compartilhada, mas sim uma satisfação de caráter autoerótico. Diferentemente da perversão como estrutura psíquica definida pelo desmentido da castração. No âmbito da sexualidade adulta, indica que os desvios da sexualidade normal se manifestam sobretudo enquanto desvios do objeto e da meta sexual. Os desvios de objeto dizem respeito à renúncia da união dos genitais e à fixação em quaisquer outras extensões anatômicas não pertencentes ao sistema reprodutor humano, bem como ao uso de demais objetos para alcançar a satisfação plena, como cadáveres ou animais (FREUD, 1917e/2019). Já os desvios da meta se constituem como permanência em ações introdutórias e preparatórias ao ato sexual, ou como utilização do objeto de outra maneira, como no sadismo ou masoquismo.

Em 1917, Freud (1917e/2019) volta a dedicar ao tema da vida sexual na infância, reafirmando seu caráter polimorfo perverso e autoerótico, caracterizando as possíveis formas de satisfação através de zonas erógenas que ela encontra durante seu desenvolvimento, pelas quais “[...] o lactente executa ações que não tem outro propósito senão a obtenção de prazer” (FREUD, 1917e/2019, p. 416). As exigências pulsionais que ocorrem no período autoerótico visam ao “prazer de órgão”, sendo despertadas pelo exercício materno que erogeniza o corpo. Logo, a partir dos cuidados com as funções vitais do bebê humano, essas zonas são privilegiadas pela criança que, em um segundo momento, pode dissociá-las da autoconservação, adotando um caráter perverso que não leva em consideração a dimensão da diferença sexual e a dimensão da genitalidade. Regiões fragmentadas e pulverizadas do corpo assumem protagonismo na economia libidinal da criança (OLIVEIRA, 2020) e é através disso que ela se satisfaz. Segundo Freud:

[...] se a criança tem de fato uma vida sexual, ela só poderá ser de tipo perverso, pois, excetuando uns poucos e obscuros indícios, falta-lhe o que torna a sexualidade uma função reprodutora. Por outro lado, é característica comum a todas as perversões o fato de elas terem renunciado à meta da reprodução (FREUD, 1917e/2019, p. 419-420).

Evidenciando que “a constituição sexual não desenvolvida impõe certas barreiras a sua capacidade de conhecimento” (FREUD, 1917e/2019, p. 422), o autor demonstra que, ainda que a sexualidade humana não esteja em um tempo de sua estruturação que já tenha possibilitado maior discernimento da criança em relação à realidade, a criança se põe a investigar com um interesse sexual o mundo ao seu redor, com a finalidade de aplacar sua angústia. Nesse caminho, ela se depara com histórias fictícias dos adultos no que se refere às origens dos bebês. Sendo estas respostas insuficientes para responder às suas questões, a criança continua a investigação sexual, inclusive chegando à organização genital infantil com a teoria de que a sociedade é dividida entre fálicos (aqueles que possuem algo) e castrados (aqueles que não possuem), sendo essa fantasia uma consequência do complexo de castração. Como Freud explicita, diante da frustração causada pelo insucesso dos resultados da pesquisa sexual, a criança tende a abandonar essa posição, entrando no período de latência pelo recalçamento de seus interesses anteriores e trocando parte do prazer por algo da ordem de uma dignidade social (FREUD, 1917e/2019). Tal renúncia não acontece sem deixar restos no inconsciente desse primeiro e tão importante momento de constituição do ser humano:

De elevado interesse teórico é também que o período da vida que mais gritantemente contradiz a noção da infância assexuada - o que se estende até os cinco ou seis anos de idade - seja, depois, na maioria das pessoas, recoberto pelo véu da amnésia [...] (FREUD, 1917e/2019, p. 414).

É como polo atrativo (FREUD, 1905/2019) que os vestígios de autoerotismo - rechaçado com a amnésia infantil – atuam no inconsciente do indivíduo neurótico. Tal atração do inconsciente ganha forças quando ocorre uma frustração da satisfação sexual normal, o que pode conduzir o indivíduo ao adoecimento neurótico (FREUD, 1917/2019), isto é, a abandonar os investimentos nos objetos do mundo externo e substituí-los pelos da fantasia. Por esta razão, Freud estabelece uma estreita relação entre neurose e perversão na seguinte passagem:

Por fim, somos levados a descobrir que cada um desses grupos existe sob duas formas: ao lado daqueles que buscam satisfação sexual na realidade, há os que se contentam em apenas imaginar essa satisfação, os que não necessitam de um objeto verdadeiro, mas são capazes de substituí-lo pela fantasia (FREUD, 1917e/2019, p. 406).

A expansão do conceito de sexualidade tem a finalidade de dar conta de explicar a complexidade da vida sexual humana, abrangendo também as manifestações perversas, infantis, e neuróticas, que se distanciam da função de reprodução, denominada normal e alinhada aos propósitos estritos do projeto civilizatório (FREUD, 1917e/2019), com fins de manutenção da espécie. No início da Conferência 21, Freud busca mostrar que o “sexual” não equivale apenas à função reprodutiva ou ao genital. Para isso, ele constrói um caminho conceitual bem estruturado, dando destaque inicial à ideia de perversão, e o seu aparecimento no desenvolvimento sexual da maioria das pessoas, ao afirmar que raras vezes algum traço de perversão não aparece mesmo na vida sexual das pessoas normais (FREUD, 1917f/2019). Até um beijo pode ser caracterizado como perversão plena, caso resulte em objeto absoluto de satisfação, uma vez que se atingiu a meta sexual sem o uso dos

órgãos genitais, colocando de lado, assim, a função reprodutora (FREUD, 1917f/2019). Freud contesta a ideia de que as atividades prazerosas infantis não possuem caráter sexual (FREUD, 1917f/2019). Mostra que o “prazer de órgão” do lactente é, na verdade, prazer sexual, e que há intenções claramente “sensuais” já em crianças de três a oito anos (FREUD, 1917f/2019). Para ilustrar, ele faz uso de um exemplo comparativo do desenvolvimento de duas plantas dicotiledôneas, a macieira e a fava, partindo de suas sementes, e aponta que:

Os dois cotilédones parecem não exibir diferença nenhuma, são ambos do mesmíssimo tipo. Devo inferir daí que eles são efetivamente idênticos e que a diferença entre maçã e fava só aparece mais tarde nas plantas? Ou, do ponto de vista biológico, será mais correto dizer que essa diferença já está presente no germe, embora eu não possa identifica-la nos cotilédones? Pois é isso que fazemos ao chamar de sexual o prazer que se apresenta nas práticas do lactente (FREUD, 1917f/2019, p. 431).

A partir da idade de seis a oito anos, a criança entra no chamado período de latência, período que representa uma renúncia no nível da satisfação pulsional narcísica, dando a oportunidade de aparelhar o psiquismo para novos destinos das pulsões (OLIVEIRA, 2020). Nessa fase, ocorre uma paralisação e recuo no desenvolvimento sexual, sendo toda a experiência e impulsos sexuais anteriores a esse período cobertos pela amnésia infantil. Deste modo, nota-se que, entre os três anos de idade e o período de latência, a sexualidade infantil atravessa sua fase fálica, configurando a organização genital infantil que não se confunde com a organização genital adulta (FREUD, 1917f/2021) e, durante o período seguinte, os efeitos da inserção dos valores culturais transmitidos pela família se fazem mais operantes, acarretando na “vergonha” e no desligamento dos conflitos edípicos e narcísicos, a partir de manifestações como o “pudor”. Na puberdade, há o estabelecimento do primado dos genitais, que havia começado a sua preparação do período anterior à latência. Essa organização conta com o estágio mais primitivo, o *oral* e, posteriormente, o *sádico-anal*, seguido por um maior *primado do genital* – ou *primazia do falo* (FREUD, 1905/2019). Com isso, Freud busca enfatizar o caráter não estático do desenvolvimento da libido, ao afirmar que:

[...] a vida sexual – ou, como dizemos, a função libidinal – não surge como algo pronto e acabado e tampouco segue desenvolvendo-se da mesma forma como se apresenta, mas passa por uma série de fases sucessivas que não se assemelham umas às outras, cumprindo, assim, um desenvolvimento várias vezes repetido, como o da lagarta que se transforma em borboleta. Um ponto decisivo desse desenvolvimento é a subordinação de todos os instintos [as pulsões] sexuais parciais ao primado dos genitais e, com isso, a sujeição da sexualidade à função reprodutora. Antes, o que se tem é uma vida sexual confusa, por assim dizer, caracterizada por uma atividade autônoma dos instintos [das pulsões] parciais em busca do prazer do órgão. Essa anarquia é atenuada pelas organizações ‘pré-genitais’ nascentes: em primeiro lugar, a fase sádico-anal e, antes dela, a oral, talvez a mais primitiva de todas (FREUD, 1917f/2019, p. 436).

Em seguida, Freud aborda a questão da mãe como sendo o primeiro objeto de amor do filho, em decorrência do *Complexo de Édipo*, tema central da teoria geral das neuroses, visto que representa “uma das fontes mais importantes da consciência culpada que tanto amedronta os neuróticos” (FREUD, 1917f/2019, p. 441). Isto posto, como a primeira escolha de objeto é incestuosa, grande parte desses processos emocionais intensos que decorrem do *Complexo de Édipo* permanece alheia à consciência, e torna-se tarefa do adolescente a separação dos pais. Apesar disso, essa tarefa raramente é cumprida. O neurótico não a alcançou inteiramente. Assim, “o filho permanece a vida todo curvado à autoridade paterna e não consegue transferir sua libido para um objeto sexual exterior” (FREUD, 1917f/2019, p. 448). Essas pulsões permanecem atuantes, revelando-se à noite, durante os sonhos. A análise dos sonhos mostra que, mesmo em pessoas saudáveis, o desenvolvimento da libido passa pelo *Complexo de Édipo* e pelas perversões aparecendo, nos neuróticos, apenas de forma mais ampliada (FREUD, 1917f/2019). Como consequência, a Conferência 21 elucida também a importância do processo analítico na reescrita da neurose infantil, apesar dos impasses apresentados, a fim de resgatar algo do que foi perdido no período de amnésia infantil (OLIVEIRA, 2020).

Portanto, pode-se pensar que o advento do Eu está relacionado a um afastamento de exigências pulsionais, incompatíveis com a vida civilizada. Freud (1917k/2019) diz ser imprescindível indicar que as pulsões de autoconservação e sexuais possuem um vínculo distinto com as demandas educacionais, que se constituem de formas diferentes e que possuem cada uma sua maneira de se associarem ao princípio da realidade. Através de um exame rigoroso da economia pulsional, pode-se esclarecer os fenômenos neuróticos. A *libido* é a energia psíquica da pulsão sexual. As pulsões de autoconservação já representam uma nova aplicação da libido, incluindo de modo a esfera da *necessidade* como sua fonte de energia para que o Eu possa direcionar-se aos seus objetos. O direcionamento da libido circunscreve o sujeito, logo, contribui para estabelecer uma orientação para a interpretação das neuroses (FREUD, 1914/2017). Por exemplo, pode-se encontrar um quadro de megalomania no início de uma libido excessivamente voltada para a instância psíquica do Eu. Nesses casos, a influência autoerótica é reconhecida por Freud como o motivo para o retardo na consideração do princípio da realidade, que possibilitaria a redistribuição da libido. Também ocorrem casos em que a libido é superinvestida nos objetos, enfraquecendo o Eu em sua estrutura narcísica (1917k/2019).

A libido, que encontramos apegada aos objetos e que é expressão do anseio de neles conquistar satisfação, pode também deixá-los, substituindo-os pelo próprio Eu. [...] O nome para essa alocação da libido – narcisismo – [...], na qual o indivíduo adulto trata o próprio corpo com todas as carícias normalmente dedicadas a um objeto sexual externo (1917k/2019, p. 549- 550).

## **A LÓGICA INCONSCIENTE DO SOFRIMENTO NEURÓTICO**

A conferência 22 se aplica ao esclarecimento das causas do sofrimento neurótico. De modo esquemático, Freud explica essa etiologia em três fatores: a condição geral da neurose é a frustração pulsional **(1)**, o que desencadeia pela via regressiva uma fixação da libido **(2)**, e, por fim, a neurose resulta no desenvolvimento do conflito ruidoso entre as instâncias psíquicas **(3)**. Em outras palavras, os impulsos libidinais, recalçados pelo Eu desenvolvido desde um “estágio

anterior”, podem se avolumar de tal modo a gerar o sofrimento psíquico do sujeito neurótico (FREUD, 1917g/2019). Uma solução imediata, e tão ineficaz quanto ingênua, seria supor que o problema se detém no recalque, de modo que uma cultura sem limites e frustrações geraria um estado idílico e pleno. Contrariando o senso comum, a psicanálise aponta que sem uma transmissão operativa, que em certa medida prepare o sujeito para responder às frustrações e o leve a se dividir psiquicamente, este torna-se refém de uma opressão pulsional, que subjuga sua autonomia e a capacidade de habitar a coletividade com as devidas considerações ao princípio da realidade (OLIVEIRA, 2020).

Como sabem, a histeria e a neurose obsessiva são os dois representantes principais do grupo das neuroses de transferência. Embora a histeria apresente uma regressão da libido aos objetos sexuais primários e incestuosos, e o faça com grande regularidade, nela não há regressão a um estágio anterior da organização sexual (FREUD, 1917g/2019, p. 456).

Para compreender a lógica do “estágio anterior”, ao qual Freud se refere, faz-se necessária a distinção do conceito de “regressão”. Existem dois tipos de regressão. Uma diz respeito ao investimento libidinal direcionado ao retorno aos primeiros objetos de satisfação, de caráter incestuoso. Outra diz dos estágios pré-genitais que marcam o desenvolvimento sexual da organização pulsional. Ambos ocorrem nas neuroses de transferência e são importantes para a compreensão de seus mecanismos. O primeiro tipo de regressão, incestuoso, repete-se com “exaustiva regularidade” (p. 454) nos neuróticos. (FREUD, 1917g/2019). O que torna o sujeito capaz de ingressar na cultura é um longo caminho de desenvolvimento que civiliza a libido, ou seja, que impõe restrições às modalidades de satisfação pulsional e às escolhas de objeto. Esse não é um processo de rígida abstinência, mas sim que inclui as marcas de prazer deixadas pelos movimentos da libido, incluindo as regressões e o “estágio anterior” (FREUD, 1905/2019). Dessa forma, se entrelaçam os princípios do prazer e da realidade. Quando Freud fala em desenvolvimento e “estágio anterior”, é preciso considerar que os complexos de Édipo e de castração instauram um antes e depois muito decisivo na formação do aparelho psíquico. Pois é dentro da ficção edípica que o sujeito entende que é preciso faltar algo, que lhe foi interditada a completude, de modo que ele precisará se ligar ao que é permitido. Esse é o aparelho discursivo edípico, que introduz recursos simbólicos para lidar com o mal-estar, com o desamparo, bem como uma série de novas promessas que se colocam como possibilidades de ligação com a cultura (OLIVEIRA, 2020).

Os instintos [as pulsões] sexuais são mais difíceis de educar, pois inicialmente não conhecem a necessidade de um objeto. Como, à maneira de parasitas, por assim dizer, eles se apoiam nas outras funções corporais e se satisfazem autoeroticamente no próprio corpo, furtam-se de início à influência educativa da necessidade real, e mantêm essa característica de obstinação, de impermeabilidade à influência (isso que chamamos “falta de juízo”) na maioria das pessoas, em algum aspecto, ao longo de toda a vida. Em geral, a educabilidade de um jovem termina quando suas necessidades sexuais despertam de forma plena e definitiva (FREUD, 1917g/2019, p.472).

Freud (1917h/2019) esclarece que é nas práticas e vivências da sexualidade infantil, outrora recalçadas, que a libido encontra as fixações de que necessita para se satisfazer – nos objetos primordiais da infância que foram deixados para trás, para que o sujeito pudesse crescer e se constituir como tal. Por ocorrerem em um período incompleto do desenvolvimento, as vivências infantis carregam grandes efeitos traumáticos e são capazes de atrair a energia libidinal interceptada. Tomando os estudos sobre o desenvolvimento embrionário como analogia, Freud compara as experiências traumáticas infantis à picada de uma agulha na camada germinal durante a divisão celular. Enquanto esse tipo de lesão não causa muitos danos a uma larva ou animal já formado, um embrião sofre importantes distúrbios em seu desenvolvimento a partir desse impacto. De modo semelhante, as vivências dos primeiros anos de vida possuem especial relevância na constituição psíquica, pois a libido dos neuróticos se mostra fortemente ligada ao ponto do passado no qual a pulsão não era privada de se satisfazer.

Na neurose, o Eu se opõe a essas regressões, instaurando-se, então, o conflito psíquico, já que uma das principais características de tal estrutura é a dificuldade de elaborar novos critérios para satisfação (FREUD, 1917h/2019). A libido barrada necessita ser escoada para onde quer que possa dar vazão à energia investida, seguindo a exigência do princípio do prazer. Ao seguir o caminho da regressão, e investindo nas posições outrora recalçadas, a libido se subtrai ao Eu e não se apropria de seus princípios de funcionamento. Agora, a libido investe suas energias em ideias pertencentes ao sistema do inconsciente, estando sujeita, assim como os sonhos, aos processos de condensação e deslocamento. O sintoma advém, então, deste conflito: um contrainvestimento do Eu sobre a realização de um desejo inconsciente, percorrido pelo caminho da regressão, que resulta em uma satisfação limitada e quase irreconhecível. Oliveira (2021) ressalta que o sintoma não é como um apêndice, anexo ao sujeito, mas sim a ponta do iceberg, a expressão mais genuína do conflito psíquico.

## **OS SINTOMAS NEURÓTICOS E A FANTASIA INCONSCIENTE**

Apesar da pretensão de, por meio dos sintomas neuróticos, recuperar o modo infantil de satisfação, aquilo que era fonte de prazer na infância se torna alvo de repugnância na vida adulta, o que faz com que os sujeitos experimentem como sofrimento os sintomas que também lhes trazem satisfação. No decorrer de um tratamento psicanalítico, parte-se dos sintomas para se atingir as experiências infantis nas quais a libido está fixada. Porém, o trabalho de análise mostra que nem sempre as cenas infantis alcançadas correspondem a situações realistas. Pois, muitas vezes, as vivências infantis recordadas pelos neuróticos em análise não aconteceram na realidade factual – ou foram parcialmente alteradas. Logo, elas constituem fantasias que alimentam as ficções que organizam sua realidade psíquica. Entre as cenas recordadas pelos neuróticos, Freud destaca a observação do coito dos pais, a sedução realizada por um adulto e a ameaça de castração, como as mais comuns. Embora seja um erro supor que tais eventos nunca ocorreram de fato, Freud também considera improvável que as mesmas situações aconteçam de modo tão frequente com diferentes pacientes. De qualquer modo, ainda que coloque em questão a veracidade do conteúdo das recordações, Freud não estabelece qualquer tipo de hierarquia entre a realidade psíquica e a material, visto que as fantasias relacionam-se com a realidade psíquica dos sujeitos e, no universo das neuroses, essa é a realidade decisiva (FREUD, 1917h/2019). Para Freud, as fantasias desempenham um papel fundamental na formação sintomática dos neuróticos, ao passo que os

objetos e tendências aos quais a libido já se ligou anteriormente permanecem, em certa medida, em tais construções. Portanto, para encontrar o caminho que conduz aos pontos de fixação, a libido se desloca para as fantasias, em um estágio intermediário do caminho de formação dos sintomas, chamado de *introversão*, e caracterizado por Freud como o desvio da libido das possibilidades reais de satisfação para o investimento nas fantasias encaradas como inocentes (FREUD, 1917h/2019).

A conferência 18, “A fixação no trauma, o Inconsciente” (FREUD, 1917c/2019), esclarece a concepção freudiana a respeito do sentido dos sintomas, do inconsciente e da relação entre ambos, a partir da formulação de duas importantes conclusões a respeito da análise de dois casos de neurose obsessiva. Os conceitos de “fixação” e de “processos psíquicos inconscientes” são os pontos centrais a serem abordados, situando-os na teoria geral das neuroses e lhes dando suas devidas consequências para a prática clínica. A primeira importante conclusão é a de que o neurótico fica fixado em uma porção de seu passado e, na maioria dos casos, escolhe para isso um período de sua infância. Ao se fixar no passado, o doente perde o interesse pelo presente e pelo futuro, desinveste de libido os objetos e fica então “confinado em sua doença”. Freud (1917c/2019) faz uma analogia dessa situação à fixação no trauma presente nas neuroses traumáticas, na qual o momento ao qual se fixa não é necessariamente o da infância, mas o de uma determinada cena que causa um grande impacto e suscita um incremento de estímulos ao aparelho psíquico, que é difícil de elaborar. Contudo, essa analogia não dá conta dos casos de fixação erótica da criança na figura dos pais, uma vez que tal fixação é extremamente comum e ocorre sem causar danos aparentes; além disso, existem casos de fixação no passado que absolutamente não podem ser considerados patológicos, como o processo do luto, por exemplo.

No decorrer de sua argumentação, Freud realiza um importante questionamento capaz de lançar a segunda importante conclusão: “como, de que maneira e por forças de quais motivos uma pessoa assume postura tão singular e tão desvantajosa diante da vida?” (FREUD, 1917c/2019, p. 365). A fixação no passado é um importante traço geral das neuroses – mas não se limita a elas –, caracterizando-se como uma tomada de posicionamento desvantajosa diante dos impasses da vida. Onde o sujeito deveria responder com uma atitude de enfrentamento, ele cria sintomas, e os repete sem se dar conta do motivo. O neurótico desconhece o sentido de seus sintomas. *É pela necessidade de estabelecer um nexo causal entre o sintoma e seu sentido, que Freud formula a hipótese do inconsciente, uma hipótese cientificamente legítima, pois é a única que possibilita o esclarecimento desse fenômeno lacunar.* A existência de processos psíquicos inconscientes é uma inferência lógica que significa algo de real em termos científicos, se constituindo para a psicanálise como algo palpável aos sentidos (FREUD, 1917c/2019). Através do sintoma, o doente realiza uma intenção, uma meta que é desconhecida a ele mesmo. Essa meta realizada é substituta de algo diferente, que não ocorreu, como evidenciado na passagem seguinte:

A formação do sintoma é um substituto para alguma outra coisa que não ocorreu. Normalmente, certos processos psíquicos teriam se desenvolvido a ponto de a consciência ter notícia deles. Isso não aconteceu; o sintoma se originou dos processos interrompidos, perturbados de algum modo, que deveriam permanecer inconscientes (FREUD, 1917c/2019, p. 373).

Os sintomas se desenvolvem, portanto, a partir de processos psíquicos inconscientes possibilitados

por uma inibição do desenvolvimento causada pelo recalque. Parte da tarefa psicanalítica consiste, então, em tornar consciente as precondições inconscientes do sintoma - o seu sentido –, ou seja, superar/traduzir as resistências (FREUD, 1917c/2019). O autor faz recomendações ao analista sobre a clínica com neuróticos, enfatizando que a resistência é algo a se esperar no tratamento, podendo se manifestar de formas e densidades variadas, inclusive tendendo a tornar inutilizável a regra técnica fundamental da psicanálise – a associação livre. Segundo Freud (1917d/2019), é quando o analista pede ao analisando que fale tudo o que vier à mente, sem escolher ou excluir partes de sua associação, sejam elas estranhas ou desagradáveis, que a resistência segue seu curso, barrando o livre associar. Aponta também que a transferência, principalmente de caráter erótico, se dispõe a serviço da resistência, ocupando uma posição contrária a esperada pelo analista, de servir como motor da análise e fazer o paciente investigar sobre suas questões, enunciando-as no espaço terapêutico. Ela se apresenta na clínica quando o paciente deixa de lado seu próprio processo analítico para saber mais sobre as questões do analista.

Apesar da resistência agir como entrave à técnica analítica, Freud (1917d/2019) aponta que o nascimento da psicanálise só foi possível após o abandono da hipnose, o que possibilitou o reconhecimento das resistências do paciente como pontos importantes a serem explorados, uma vez que apontam para conteúdos inconscientes recalcados. A utilização da hipnose na eliminação dos sintomas era mais simples, porque mudava a resistência de lugar, liberando espaço para o trabalho terapêutico ser realizado, deixando a resistência à exclusão nas fronteiras psíquicas. Contudo, não se sustentava por muito tempo e a afecção do paciente irrompia de outra forma. Foi apenas abandonando a hipnose que Freud pôde se aprofundar na dinâmica neurótica através das resistências. Ainda que Freud (1917d/2019) tenha afirmado que a resistência é comum e esperada no espaço analítico, lhe era enigmático o motivo da pessoa em sofrimento cultivar ideias contrárias ao empenho pela melhora, fazendo força que opõe a eliminação dos seus sintomas e causando resistência. É assim, através desse enigma, que Freud extrai a lógica do recalque, entendendo que ele tem relação com a resistência manifestada na clínica, uma vez que decorre de um processo psíquico que instala uma posição do sujeito sobre o não querer saber sobre seu próprio sintoma e suas raízes inconscientes (OLIVEIRA, 2020). Freud discorre sobre a intenção do sintoma neurótico, demonstrando que eles “servem à satisfação sexual dos doentes, são um sucedâneo para essa satisfação, que lhes falta na vida” (FREUD, 1917d/2019, p. 397). Ele busca explicitar, através de vinhetas clínicas, como duas pacientes acometidas por ações obsessivas tentam, por meio de seus sintomas, realizar suas vontades que não tiveram desenlace na realidade. O sintoma comporta a dimensão de resposta, tocando na solução que o sujeito faz frente a uma exigência interna não resolvida por caminhos simbólicos, mais conscientes. Sendo um substituto para o que não ocorreu, diz de alguma exigência que ele recalcou e não elaborou de outra maneira (OLIVEIRA, 2020).

Assim, na resolução de um conflito, o Eu pode se refugiar na doença, que representa a solução mais inofensiva e socialmente suportável, obtendo um ganho secundário: o benefício da doença (FREUD, 1917i/1919). Quanto mais o neurótico obtém ganho na doença, maior será a rigidez psíquica expressa no recuo do trabalho de mediar a relação entre a pulsão e a realidade, restando por permitir que a pulsão caminhe livremente, o que o leva à busca de ratificações do caminho encontrado. Do contrário, há sujeitos dispostos a aderirem ao tratamento e o refúgio não se dá com a mesma intensidade. Nesses casos, o sujeito neurótico consegue alguma passagem pela fantasia inconsciente, a partir de um passo sublimatório. Conclui-se que o sofrimento muitas vezes

relatado pelo indivíduo não é garantia de disposição ao trabalho da análise, pois este trabalho envolve o alcance da satisfação pulsional experimentada como desprazer pelo eu (OLIVEIRA, 2020).

Uma pessoa só adoece de neurose quando seu Eu perde a capacidade de acomodar de alguma maneira a libido. Quanto mais forte o Eu, mais fácil lhe será o cumprimento dessa tarefa; toda debilidade do Eu, qualquer que seja a causa, há de produzir o mesmo efeito que uma intensificação desmedida da demanda da libido e, assim, possibilitar o adoecimento neurótico (FREUD, 1917i/1919, p. 512).

## **A DISCUSSÃO PSICOPATOLÓGICA NA CLÍNICA DAS NEUROSES**

A neurose é um quadro psicopatológico, sobretudo, marcado por sintomas específicos, bem como pela sobredeterminação dos mesmos, de modo que a clínica adequada ao seu tratamento deve se orientar pelo rigoroso método de interpretação e manejo destes. A psicanálise rastreia pistas para um nexos causal, através do sentido dos sintomas. O método visa ao tratamento dos sintomas através do alcance da estrutura psíquica por meio destes. Logo, passa-se do conteúdo manifesto ao conteúdo latente, e dos fenômenos de superfície à lógica inconsciente. Em vez de se deter no quadro sintomático em sua incoerência, é preciso intervir com um método que implique o neurótico em sua desordem sintomática, conferindo clareza aos seus determinantes inconscientes. Ao longo do trabalho analítico se poderá rastrear o valor de verdade dos sintomas, considerando a forte afinidade da instância inconsciente com o simbolismo (FREUD, 1917b/2019).

A clínica das neuroses, na especificidade do tratamento de neuroses obsessivas, deve ler a modalidade defensiva das formações reativas como respostas ao horror das correntes de pensamentos recalçados. Isso se expressa em um indivíduo parasitado pelo pensamento criminoso, habitado pelas ideias que condena e censura, que o remetem a um tabu. Este indivíduo se empenha em ações que buscam inocentá-lo e distanciá-lo de suas correntes pulsionais hostis e não civilizadas, por meio de ações compensadoras. Visando tais considerações, o clínico alcança as fantasias de transgressão da neurose obsessiva como o elemento preponderante da divisão subjetiva, que se manifesta nas linhas automáticas de pensamento e nas compulsões de idealizar e racionalizar os fenômenos cotidianos. Freud aponta como o tratamento desse tipo de caso não se dará por meio de uma clínica da persuasão, da demonstração, ou do convencimento, mas sim pelo rastreio dos constantes deslocamentos, trocas e substituições das ideias e dos afetos que as acompanham. Nesse sentido, a tentativa de inocentar o sujeito obsessivo será contraproducente. Sugestões e orientações meramente comportamentais ou pedagógicas somente subestimam o valor de verdade da fantasia que organiza o sujeito e são incapazes de usar, em favor do tratamento, a força da realidade psíquica que organiza lembranças, memórias e vivências. Dessa forma, destaca-se que o Eu não é um bom aliado terapêutico (FREUD, 1917b/2019). Na cena clínica, deve prevalecer o cuidadoso mapeamento diagnóstico do aparelho psíquico do sujeito neurótico, bem como o rastreio da angústia, que pode ser considerada como “energia livre” ou “libido não ligada”, o que gera acúmulo e tensão, na impossibilidade de descarga prazerosa e aliviante (FREUD, 1914/2017).

No que tange à neurose, Freud (1917j/2019) situa três angústias: neurose de angústia, fobias e acessos espontâneos de angústia. Na neurose de angústia, há certa medida de angústia expectante,

uma tendência em eleger algum elemento ou justificativa na realidade para a sua angústia incessante. Assim, ela se relaciona com um catastrofismo, o qual assola o sujeito e que o leva a uma experiência do sem sentido. Para Freud, “pessoas que sofrem desse tipo de angústia preveem a concretização da possibilidade mais terrível, interpretam todo o acaso como sinal de alguma desgraça, exploram toda incerteza no pior sentido.” (1917j/2019, p. 427). Já nas fobias, o objeto fóbico que é postiço e artificial, apesar de ter um elemento realístico, representa e nomeia a angústia. Assim, há um mecanismo de ligação da angústia ao objeto para que esta não se esparrame, se espalhe. Tal objeto garante ao Eu algum tipo de controle na realidade, obtidos através de rituais e métodos de evitação. Assim, o apelo ao objeto fóbico ocorre devido ao fato do sujeito não saber lidar com a angústia de outra forma, protegendo-o do sem sentido (FREUD, 1917j/2019). Há uma terceira forma de angústia neurótica, a qual não há uma clara conexão entre a angústia e uma ameaça, podendo se manifestar de forma espontânea a partir de um sintoma único, “mas o sentimento geral que nos permite identificar a angústia pode estar ausente ou ter se tornado imperceptível” (p. 431).

Deste modo, a observação clínica nos permite abordar a angústia neurótica. Há um vínculo entre angústia e certos empregos da libido, em que a neurose de angústia também se relaciona às más práticas sexuais e à restrição sexual como quando não acontece descarga suficiente para intensa excitação sexual. Neste sentido, “são sempre os fatores quantitativos que decidem se há adoecimento ou não” (FREUD, 1917j/2019, p. 433).

Ademais, Freud (1917j/2019) afirma que as psiconeuroses, principalmente a histeria, também fornecem valiosas indicações dos circuitos libidinais. Nesta, há uma substituição de afetos após o recalque, sendo a angústia o resultado desse processo de troca, como uma “moeda universal corrente” (p. 434). Já a neurose obsessiva busca, com as ações obsessivas, encobrir a angústia, sendo substituída e mascarada pelo sintoma. Assim, histeria e neurose obsessiva auxiliam a compreensão de que a angústia, ou seja, a descarga na forma de angústia, é resultado do processo do recalque. Neste sentido, “a repressão [o recalque] corresponde a uma tentativa de fuga do Eu ante a libido percebida como perigo” (p. 441) e é tarefa do contrainvestimento manter a defesa em relação à angústia após o recalque. Freud (1917j/2019) também busca compreender se há alguma ligação entre a angústia realista e a neurótica. Na primeira, o sujeito foge de um perigo exterior e muitas vezes se defende no mundo. Na segunda, o sujeito foge da demanda da sua própria libido, mas essa fuga ocorre como se o perigo também fosse da ordem exterior. Nesse caso, o sintoma desenvolvido é uma tentativa de se defender da angústia neurótica.

Na conferência 28, a última desta terceira parte introdutória, Freud esclarece sobre a pergunta feita em torno da qual a prática da clínica psicanalítica opta por não se servir da sugestão direta, uma vez que existe a presença influente do fenômeno da transferência. O autor pontua que a sugestão direta visa a remissão dos sintomas ao invés de incidir nos motivos pelos quais surgem tais manifestações. Diante disso, desenvolve sua teoria a partir tanto da experiência quanto de reflexões teóricas (1917l/2019). De acordo com sua experiência em terapias hipnóticas ou sugestivas, ambas atendiam somente dois critérios, dos três estabelecidos para a terapia ideal pela “velha máxima dos médicos” (FREUD, 1917l/2019, p. 594), ou seja, ser rápida, não ser desagradável

ao paciente e ser confiável. Afirma, portanto, que tais procedimentos não são confiáveis, uma vez que em alguns eram factíveis de serem aplicados e em outros não. Em certos pacientes conseguia-se muitos resultados e, em outros, não. Tais terapias não têm adequado grau de confiabilidade sobre a eficácia da técnica, além do questionamento sobre a natureza e a origem da autoridade sugestiva do médico. Ao mesmo tempo, Freud coloca que “ao renunciar à sugestão direta, não estamos abrindo mão de algo insubstituível” (1917/2019, p. 596). Na concepção do psicanalista, o que deve ser trabalhado é a motilidade da carga de energia através de uma abordagem direta.

À luz do conhecimento obtido com a psicanálise, podemos descrever da seguinte forma a diferença entre as sugestões hipnóticas e psicanalíticas: a terapia hipnótica busca ocultar e dissimular algo na vida psíquica; a analítica procura liberar e remover algo. Aquela age como um cosmético; esta, como uma cirurgia. Aquela utiliza a sugestão para proibir os sintomas; ela intensifica as repressões [os recalques], mas deixa inalterados os processos que levaram à formação dos sintomas. A terapia analítica ataca mais próximo das raízes, onde estão os conflitos de que se originaram os sintomas, e se serve da sugestão para modificar o desfecho desses conflitos (FREUD, 1917/2019, p. 596).

Freud (1917/2019) também afirma que o tratamento analítico consiste em um trabalho de superação das resistências internas, que é o que de fato propicia uma modificação de forma duradoura e consistente no paciente, além de uma espécie de “pós-educação” feita, aí sim, com o auxílio da sugestão. O que seria um uso terapêutico da sugestão, diferenciado do utilizado na terapia hipnótica. Nas palavras do próprio autor:

Na psicanálise, agimos sobre a própria transferência, resolvemos o que se opõe a ela, ajustamos o instrumento com que desejamos influir. Assim se torna possível, para nós, tirar proveito bem diverso do poder da sugestão; ele está em nossas mãos. O doente não sugere a si próprio o que bem entender; somos nós que dirigimos sua sugestão, até onde ele for acessível à influência desta (FREUD, 1917/2019, p. 597-598).

A fim de complementar as reflexões sobre o mecanismo de cura, Freud relembra uma fórmula da teoria da libido, isto é, “o neurótico é incapaz de fruição e realização” (1917/2019, p. 600). Para o psicanalista, a libido não está endereçada a um objeto real. Portanto, ocorre a impossibilidade de obter desfrute e, além disso, é necessário um remanejamento grande de energia para que tal libido se mantenha recalcada e ligada aos sintomas, promovendo uma satisfação substituta. A cura no processo terapêutico seria, portanto, a disponibilidade dessa libido para o Eu através da remissão dos sintomas, justamente o motivo pelo qual o paciente procura o analista. Para tal feito, Freud sugere fazer um retorno ao surgimento dos conflitos primários e guiar o paciente para uma nova perspectiva. O autor pontua que só em parte é possível fazer tal trajeto pelos traços mnêmicos e que a “porção decisiva do trabalho” (1917/2019, p. 601) é realizada através da relação com o analista por meio da transferência, reeditando os velhos conflitos. O autor coloca ainda que o paciente tenderá a se comportar como aprendeu e a repetir as mesmas vias de relação com o objeto, mas que, ao mesmo tempo, compreende a tarefa do analista redirecioná-lo para novas

escolhas. Freud esclarece também que as resistências a serem combatidas são a aversão do Eu às orientações da libido na forma de recalque e a pouca mobilidade libidinal em abandonar os objetos uma vez investidos. Desta forma, o trabalho terapêutico se faz em duas etapas, segundo o autor. A primeira se dá pelo redirecionamento da libido, dos sintomas para a transferência, enquanto a segunda etapa seria uma renovação e atualização do conflito psíquico, tornando-o consciente:

Graças ao trabalho de interpretação, que transforma o que é inconsciente em consciente, o Eu é ampliado à custa desse inconsciente; por meio da instrução, ele se torna conciliador em relação à libido, e inclinado a conceder-lhe alguma satisfação; seu medo ante as exigências da libido é reduzido mediante a possibilidade de ele dar conta de uma parte da libido através da sublimação. Quanto mais os processos durante o tratamento corresponderem a essa descrição ideal, maior será o sucesso da terapia analítica (FREUD, 1917/2019, p. 602).

Freud (1917/2019) aponta que os limites da conquista analítica são caracterizados pela falta de mobilidade da libido ao relutar em abandonar seus objetos, e pela fixidez no narcisismo, que dificulta a transferência de um quantum de energia libidinal narcísica para a libido objetal. Ao passo que a realização de desejos propicia um parâmetro indicador de quais desejos foram recalcados e qual direcionamento a libido objetal tomou a partir da libido narcísica. Para finalizar, Freud faz algumas pontuações sobre “os ‘colegas’ médicos” (FREUD, 1917/2019, p. 606), que repetidas vezes ameaçavam publicar os danos e fracassos psicanalíticos. Em primeiro lugar, ele afirma que, no período inicial da psicanálise, não era possível saber que a paranoia e a demência precoce eram inacessíveis ao tratamento. Um segundo ponto é sobre o tratamento analítico de resistências internas, o que já não seria possível em relação às resistências externas. Aqui, o psicanalista se refere à influência de familiares que, por vezes, comprometem o interesse do paciente no tratamento, já que, em virtude da possível cura, revelam-se os reais conflitos entre membros da família. Por último, Freud (1917/2019) relata que, de fato, havia um preconceito contra a psicanálise, e afirma que “contra preconceitos não há o que fazer [...], o mais sensato é esperar, deixando que o tempo os desgaste” (p. 612).

#### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

FREUD, S. (1900). Capítulo VII: Psicologia dos processos oníricos. In: FREUD, S. **A interpretação dos sonhos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019, v. 4, p. 558-675.

FREUD, S. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: FREUD, S. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria (“O caso Dora”) e outros textos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019, v. 6, p. 13-172.

FREUD, S. (1914). Introdução ao narcisismo. In: FREUD, S. **Ensaio de metapsicologia e outros textos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2017, v. 12, p. 13-50.

FREUD, S. (1917a). Conferência 16: psicanálise e psiquiatria. In: FREUD, S. **Conferências introdutórias à psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019, v. 13, p. 325-342.

FREUD, S. (1917b). Conferência 17: o sentido dos sintomas. In: FREUD, S. **Conferências introdutórias à psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019, v. 13, p. 343-363.

FREUD, S. (1917c). Conferência 18: a fixação no trauma, o Inconsciente. In: FREUD, S. **Conferências introdutórias à psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019, v. 13, p. 364-380.

FREUD, S. (1917d). Conferência 19: resistência e repressão [recalque]. In: FREUD, S. **Conferências introdutórias à psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019, v. 13, p. 381-400.

FREUD, S. (1917e). Conferência 20: a vida sexual humana. In: FREUD, S. **Conferências introdutórias à psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019, v. 13, p. 401-423.

FREUD, S. (1917f). Conferência 21: o desenvolvimento da libido e as organizações sexuais. In: FREUD, S. **Conferências introdutórias à psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019, v. 13, p. 424-449.

FREUD, S. (1917g). Conferência 22: considerações sobre desenvolvimento e regressão. Etiologia. In: FREUD, S. **Conferências introdutórias à psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019, v. 13, p. 450-474.

FREUD, S. (1917h). Conferência 23: os caminhos da formação de sintomas. In: FREUD, S. **Conferências introdutórias à psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019, v. 13, p. 475-499.

FREUD, S. (1917i). Conferência 24: o estado neurótico comum. In: FREUD, S. **Conferências introdutórias à psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019, v. 13, p. 500-518.

FREUD, S. (1917j). Conferência 25: a angústia. In: FREUD, S. **Conferências introdutórias à psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019, v. 13, p. 519-544.

FREUD, S. (1917k). Conferência 26: a teoria da libido e o narcisismo. In: FREUD, S. **Conferências introdutórias à psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019, v. 13, p. 545-569.

FREUD, S. (1917l). Conferência 28: a terapia analítica. In: FREUD, S. **Conferências introdutórias à psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019, v. 13, p. 593-614.

FREUD, S. (1923). "Psicanálise" e "Teoria da Libido": dois verbetes para um dicionário de sexologia. In: FREUD, S. **Psicologia das massas e análise do Eu e outros textos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2020, v. 15, p. 273-308.

OLIVEIRA, F. L. G. **Grupo de estudos: Introdução à teoria da clínica psicanalítica**. Ministrado remotamente. Notas de aula. Rio de Janeiro: UFRJ, mar./dez. 2020. Não publicado.

OLIVEIRA, F. L. G. **Grupo de estudos: Introdução à teoria da clínica psicanalítica**. Ministrado remotamente. Notas de aula. Rio de Janeiro: UFF, mar./dez. 2021. Não publicado.