

O sintoma na psicanálise: inclusão e responsabilização do sujeito em sua neurose

The symptom in psychoanalysis: inclusion and responsibility of the subject in his neurosis

Renan Dutra da Cunha¹

Resumo: Desde Freud o sujeito é incluído em seu ato sintomático, que é compreendido como uma manifestação subjetiva do recalcado e a forma que o neurótico encontra de gozar de seu inconsciente. O sujeito, confrontado com uma experiência ou representação causadora de desprazer, angústia ou culpa, decide esquecê-la, tornando-a inconsciente através do processo de recalque, que retorna mais tarde sob as vestes de um sintoma. A psicanálise, apoiando-se na linguagem, no simbólico e na noção de inconsciente, subverte a concepção de sintoma fornecido pela medicina e pela ciência, incluindo e responsabilizando o sujeito em seu adoecimento neurótico. Deste modo, o presente artigo objetiva explorar a noção de sintoma para psicanálise, que inclui e responsabiliza o sujeito em seu adoecimento, bem como as relações que esta concepção estabelece com a medicina e com a ciência. Ainda que a ciência realize exigências com relação a isto, o inconsciente não é capaz de ser capturado por observações e comprovações tais quais são feitas nela. A teoria psicanalítica é sustentada por sua clínica, realizada através da fala e da relação transferencial entre analista e analisando, que permite ao paciente ter acesso àquilo que está por trás de cada sintoma, incluindo-o e responsabilizando-o por ele.

Palavras-chave: Sintoma; Psicanálise; Ciência.

Abstract: Since Freud, the subject is included in his symptomatic act, which is comprehended as a subjective manifestation of the repressed and the way that the neurotic finds to enjoy his unconscious. The subject, confronted with an experience or representation that causes displeasure, anguish or guilt, decides to forget it, making it unconscious through the process of repression, which later returns under the guise of a symptom. Psychoanalysis, using language, the symbolic and relying on the notion of the unconscious, subverts the concept of symptom provided by medicine and science, including the subject and considering him responsible in his neurotic illness. Thus, this article objectives to explore the notion of symptom for psychoanalysis, which includes and makes the subject responsible for his illness, as well as the relationships that this concept establishes with medicine and science. Although science makes demands in this regard, the unconscious is not capable of being captured by observations and verifications such as are made in it. The psychoanalytic theory is supported by its clinic, realized through speech and the transference relationship between analyst and analysand, which allows the patient to have access to what is behind each symptom, including it and making him responsible for it.

Keywords: Symptom; Psychoanalysis; Science.

¹ Psicólogo pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. E-mail: rdutradacunha@hotmail.com

Introdução

O caráter subversivo da psicanálise enquanto corpo de conhecimento e forma de tratamento pode ser evidenciado já em sua noção de sintoma. O sintoma, para a psicanálise, exerce uma função de defesa, a forma como o sujeito encontra de resolver o conflito entre a representação ou o sentimento incompatível e o Eu (Freud, 1894/1996a). Sua etiologia se encontra nas experiências sexuais precoces, ocorridas na infância, em que são recalcados pelo sujeito suas representações e traços mnêmicos e retornados na vida adulta a partir de um “agente provocador”. Todo este processo resulta na formação de um sintoma neurótico — podendo ele ser um sintoma histérico, de angústia ou um sintoma neurótico obsessivo. (Freud, 1896/1996b).

Em um momento em que a medicina e a ciência tentam capturar o corpo humano através de estatísticas e comprovações, oferecendo uma verdade — que elas não detêm completamente — a de que o sintoma é sempre indicativo de uma perturbação anatomopatológica, química ou neural, torna-se talvez difícil compreender que os sintomas psíquicos para a psicanálise revelam não uma doença, mas o sujeito do inconsciente. Como afirma Quinet (2003, p. 119), “para a psicanálise o sintoma é um significante, porém não com significado patológico. É também um sinal, mas não o sinal de uma doença”. O sintoma, para a psicanálise, possui um significado sexual e é um sinal do sujeito.

Deste modo, o presente trabalho visou explorar a noção de sintoma para a psicanálise — que inclui o sujeito em sua produção e o responsabiliza também por sua manutenção — e suas relações com a ciência e seus métodos comprobatórios e estatísticos.

Método

Para a construção deste trabalho, foi optado por uma revisão narrativa de literatura, visto que este tipo de revisão possui como foco publicações amplas para que um determinado assunto seja discutido. Constitui-se como um método qualitativo de estudo que objetiva responder uma pergunta a partir de textos, livros ou artigos que são selecionados pelo próprio autor, diferenciando-se de uma revisão sistemática, que fornece respostas quantitativas e se propõe a responder uma questão através de métodos explícitos e sistemáticos (Rother, 2007; Castro, 2001 citado em Rother, 2007).

Diante disso, este artigo foi elaborado a partir da utilização de alguns dos principais textos de Freud acerca das formações sintomáticas e suas etiologias, e outros que evidenciam as divergências da psicanálise com as noções médicas de sintomas. Além disso, foram incluídos também trabalhos de alguns comentadores que auxiliaram na discussão.

Inclusão e responsabilização do sujeito na noção de sintoma para a psicanálise

O sujeito é, desde Freud, incluído em seu ato sintomático, que é compreendido como uma manifestação subjetiva do recalcado e a forma que o neurótico goza de seu inconsciente. É possível apreender uma concepção inovadora, subversiva, de sintoma já nos primórdios da psicanálise em “As neuropsicoses de defesa”, de 1894. Nesse artigo, Freud (1894/1996a, p. 54) escreve que pôde demonstrar inúmeras vezes que a “divisão do conteúdo da consciência” resulta “de um ato voluntário do paciente”. Confrontado com uma

experiência, representação ou um sentimento gerador de angústia ou culpa, afasta-se da consciência tal representação e posteriormente esta operação participa da produção do sintoma neurótico. Este seria, portanto, a forma que o sujeito encontraria “de resolver a contradição entre a representação incompatível e seu eu” (Freud, 1894/1996a, p. 55), sendo, ele próprio, um substituto do conteúdo recalcado (Freud, 1894/1996a).

E ao que se referiria estes conteúdos recalcados? Ainda nesse artigo, Freud afirma seu caráter sexual, sendo mais bem elaborada esta ideia em um artigo lançado dois anos depois, chamado “A hereditariedade e a etiologia das neuroses” (1896/1996b), em que apresenta o trauma sexual na infância como a causa específica das neuroses. Os sintomas neuróticos, portanto, teriam origem sexual, na infância, a partir de experiências precoces que teriam suas representações recalcadas e retornadas na vida adulta a partir de outras experiências — chamadas por Freud, neste texto, de *agents provocateurs*.

Para esta discussão, é importante antes se ater aos conceitos de “inconsciente” e “atos inconscientes”. Freud se dedica ao tema em “Alguns comentários sobre o conceito de inconsciente na psicanálise” (1912/2004), que embora tenha sido escrito originalmente em inglês e gerado algumas imprecisões conceituais por conta disso, são pela primeira vez expostos de maneira minuciosa. Freud (1912/2004) expõe, primeiramente, que a representação inconsciente é aquela que o sujeito não percebe, mas que sua existência é admitida com base em outros indícios. Ao final do artigo, o conceito de inconsciente é complementado com um outro sentido, que ultrapassa a importância de seu significado enquanto propriedade: o inconsciente como sinal, signo ou marca indicativa; um “sistema que se revela por meio de um signo indicativo da inconsciência de cada um dos processos psíquicos que o compõem” (Freud, 1912/2004, p. 89).

No artigo, Freud (1912/2004) utiliza do experimento da “sugestão pós-hipnótica” para evidenciar a existência do inconsciente e apresentar alguns de seus significados. Nele, uma pessoa é induzida a um estado hipnótico e, sob a influência do hipnotizador, recebe uma ordem de realizar determinada ação em determinado horário. Quando despertada, a pessoa de nada se recorda do período em que esteve hipnotizada, mas é tomada pelo impulso ou pela necessidade de realizar a ação exatamente no horário estabelecido, executando-a sem saber o motivo. Este fenômeno só pode ser explicado da seguinte forma: de que a intenção de realizar a ação esteve latente ou inconsciente em sua atividade psíquica, e apenas no momento determinado atingiu a consciência.

No entanto, Freud (1912/2004) esclarece que no experimento a pessoa não se torna consciente de tudo. A lembrança do momento em que esteve hipnotizada, a influência do hipnotizador e a própria ordem da ação permanecem inconscientes. O que aparece em sua consciência, apenas, é a representação do ato em si. E é com este entendimento que se torna possível ir de uma visão puramente descritiva do inconsciente para uma visão dinâmica. A representação do ato não somente se torna consciente como também ativa, ou seja, transforma-se em uma ação. E como foi a própria ordem a responsável pela ação, é lícito afirmar que a representação psíquica da ordem também se torna ativa. Deste modo, enquanto a representação do ato se mostra consciente e ativa, a representação da ordem se encontra ativa ainda que inconsciente. Com isso, nos é estabelecida a noção de “ato inconsciente”: um ato que é gerado por uma representação que é ao mesmo tempo ativa e inconsciente.

A psique dos neuróticos é repleta de representações assim — ativas e inconscientes — e seus sintomas originam-se delas. Estas ideias ou representações

foram excluídas da consciência e são mantidas assim através de “forças vivas” que são opostas à sua recepção devido seus conteúdos (Freud, 1912/2004). Não somente isto, mas também com base no que foi escrito em “As neuropsicoses de defesa” (1894/1996a) é possível afirmar que na psicanálise há a inclusão e a responsabilização, na formação sintomática, do sujeito que decide esquecer através de um ato que é voluntário, mesmo que inconsciente, e que produz a partir deste material recalcado os seus sintomas (Freud, 1894/1996a).

Tudo isso é uma noção de sintoma muito diferente da presente na ciência e na medicina, que aniquila o sujeito, a subjetividade, como se o sintoma, incluindo os de âmbito psíquico, fosse um objeto à parte, algo externo que o sujeito não produziria, mas que seria produzido nele. Para a medicina, o indivíduo deprimido ou o sujeito que é atormentado por seus pensamentos obsessivos são cérebros adoecidos. Eles têm algo (em seus cérebros). São sujeitos que têm depressão, que têm TOC. E isso se dá, como se encontra em Quinet (2003), a partir de uma visão médico-científica que utiliza de comprovações e estatísticas para mostrar que os sintomas indicam a existência de uma doença que em nada tem a ver com a subjetividade.

A psicanálise ainda mostra que o inconsciente não é capturado por essa ciência. Em “A interpretação dos sonhos” (Freud, 1900/2012), a formação de um sintoma utilizando da linguagem, do simbólico, e se estruturando enquanto uma metáfora, pode ser evidenciada em sua comparação com os sonhos. Assim como os sonhos, o sintoma também é compreendido como uma realização de desejo inconsciente, que se disfarça sob as vestes de um sintoma para satisfazer a pulsão e seus representantes inconscientes, que estão recalçados. A lógica, portanto, é a mesma que a de uma formação onírica: o inconsciente, estruturado como uma linguagem, utiliza de representações que estão na consciência e que se associam de alguma forma à cadeia de representações inconscientes ligadas ao desejo para simbolizar o conteúdo recalçado.

O tratamento psicanalítico se constitui a partir destas concepções. A psicanálise, em seu fazer analítico, permite que o sujeito recorde e elabore, que tome para si a sua própria história, e que tenha acesso a pensamentos, fantasias e desejos inconscientes que estão por trás de cada sintoma. E, mais que isso, pode-se dizer, a psicanálise é um meio para que o sujeito se responsabilize pelo que sente, pelo que pensa, pelo que deseja, e inclusive pelos próprios sintomas.

Quinet (2018), em seu livro, escreve que ao analisando que deseja se desvencilhar de seu sintoma precisa transformá-lo em um enigma — partindo da posição de significado e readquirindo sua dimensão de significante — concebendo-o como algo dotado de sentido e endereçando-o ao analista. Entender o sintoma como um enigma, como uma questão, é um primeiro passo para que o sujeito entenda que o sintoma é produzido por ele próprio, e que para se desvencilhar é preciso que se invista, que se comprometa, que se tome uma postura também ativa na análise. Somente assim, o sujeito poderá, talvez, se ver livre de seu sintoma.

Psiquiatria e psicanálise: genética ou subjetividade?

Freud, em “Psicanálise e psiquiatria” (1917/2020a), se esforça por responder qual é a posição que a psicanálise ocupa diante da psiquiatria e quais seus diferenciais. No texto, expõe as principais diferenças entre estas duas áreas de conhecimento no que se refere ao sintoma, e afirma que ela poderia fazer mais que a psiquiatria, a saber, revelar que os sintomas possuem um sentido.

Freud (1917/2020a) utiliza, então, de um caso de ideias delirantes — não serem confundidas com o delírio na psicose, já que no próprio texto Freud indica apresentar um caso de neurose — cujo conteúdo era o ciúme, para dizer que a psiquiatria não mais faria além de pesquisar o histórico familiar com o intuito de confirmar que a paciente em questão sofria provavelmente por conta de sua hereditariedade. A carga genética, portanto, bastaria, na psiquiatria, para explicar o sintoma, e seu conteúdo seria ausente de relevância.

O caso em questão — que será aproveitado neste artigo — se referia a uma mulher de 53 anos, casada há trinta e que dizia ter um casamento muito feliz, sem qualquer tristeza ou desentendimento. Há um ano, entretanto, recebeu uma carta anônima que acusava seu marido, dono de uma fábrica, de traí-la com uma jovem. Mesmo sem qualquer motivo para desconfiança prévia, e tendo sido quase que comprovada a sua própria teoria de que a carta em questão havia sido uma tentativa da funcionária de sua casa em causar uma intriga, a paciente havia sido imediatamente abalada por seu conteúdo.

A funcionária, pessoa a qual a paciente conversava bastante, nutria um ódio por uma antiga colega de classe que, mesmo sendo de mesma origem, havia conseguido se formar na área comercial e conquistado um emprego na fábrica. Em um dia, conversando com esta moça — que, com frequência, depreciava sua antiga colega —, a paciente comenta sobre um homem que ali havia visitado, do qual sabiam que havia tido um caso com uma outra mulher, e confia à sua funcionária que seria a pior coisa do mundo descobrir que seu marido tivesse um caso. No dia seguinte recebe por correio, então, a tal carta anônima escrita à mão de forma disfarçada.

Mesmo tendo consciência de que a carta não dispusesse de qualquer credibilidade, visto que havia sido forjada, e que seu marido jamais a tivesse traído, a paciente não conseguia se livrar de tais ideias que a fazia brigar e suspeitar sempre que o nome da moça fosse evocado ou a encontrasse nas ruas. Freud mostra que a psicanálise oferece recursos para a interpretação desta produção sintomática. Se tais ideias não podem ser desconstruídas com base em argumentos provindos da lógica, há de se constatar que elas têm sua origem em um outro lugar que não a realidade externa. Estas ideias, portanto, apontam para conteúdos e desejos próprios da paciente, sendo estes, em sua maioria, inconscientes. Há de se verificar que a ideia ou o temor do marido cometer uma traição já estava presente antes da carta, visto que este foi comunicado à funcionária um dia antes. Não somente isto, mas há uma grande possibilidade de a própria paciente ter provocado a existência desta carta. Ela, sabendo do ódio pela moça, provavelmente relata seu grande temor à mulher na expectativa inconsciente de que ela causasse alguma intriga (Freud, 1917/2020a).

A psicanálise, investigando os processos inconscientes, revela que este grande temor nada mais era do que um desejo: o desejo de que seu marido tivesse um caso com uma moça mais jovem para que ela fosse livrada da culpa. A interpretação psicanalítica deste caso revela que esta mulher nutria uma grande paixão por seu genro, um homem mais novo, e que havia se transformado, para a consciência, em uma ternura que pudesse ser facilmente tolerada por conta de sua relação de parentesco. Tal paixão, inconsciente, se transforma em um medo e, posteriormente, em uma grande desconfiança através do mecanismo de deslocamento. Leia-se: se seu marido estivesse tendo um caso com uma moça mais jovem, ela se livraria da culpa que sua própria infidelidade geraria. Deste modo, é fácil entender como os argumentos provindos da lógica em nada adiantaram, visto que estes estavam endereçados à sua “máscara”, e não à ideia primordial e inconsciente (Freud, 1917/2020a).

Ainda que pareça contraditório, este sintoma em questão assim como todos os sintomas neuróticos, mesmo gerando sofrimento à nível de consciência em muito beneficia a paciente. Com ele, podia-se manter inconsciente um material que ela própria não estava preparada para acessar, se livrar de uma pressão causada pelo seu próprio desejo e manter presente em sua consciência — mesmo que de uma outra forma — a fantasia de infidelidade que satisfazia seu próprio desejo em se relacionar com seu genro. A paciente, com isso, se satisfaz, goza, com seu sintoma, para além do princípio do prazer. Como escreve Quinet (2003):

O sintoma é uma atividade sexual, sendo o modo pelo qual o neurótico goza. A pulsão se satisfaz no sintoma: satisfação paradoxal, pois geradora de desprazer. Esse paradoxo só se esclarece a partir da concepção de que toda pulsão é pulsão de morte (devido ao intrincamento de Eros e Tanatos) situando-se a satisfação do sintoma para além do princípio do prazer (p. 49).

Dito isto, é possível entender que o paciente em uma análise muitas vezes resiste ao tratamento não somente porque a dissolução do sintoma ameaça resgatar para a consciência todo o material recalcado e intolerável ao Eu, mas devido também ao fato de que ele o utiliza como forma de satisfação. O paciente, que padece de seu sintoma, satisfaz o que da pulsão é recalcado, que é ela própria o entrelaçamento da pulsão de vida com a pulsão de morte. Se torna evidente, por conseguinte, a neurose enquanto uma defesa e o modo que o sujeito encontra de gozar (Quinet, 2003).

Enquanto a psiquiatria pouco se preocupa com a formação sintomática, a psicanálise, ela sim, intervém expondo que os sintomas neuróticos possuem seu sentido, assim como os atos falhos e os sonhos, em estreiteza com as vivências do sujeito (Freud, 1917/2020b). Ela, porém, não é comprovada a partir de um método estatístico como o que utilizado pela medicina, “sendo necessário construir um saber novo para dar conta daquele sintoma — o que é efetuado a cada vez em uma análise” (Quinet, 2003, p. 121).

A posição da psicanálise diante da ciência

A noção de sintoma para a psicanálise, bem como a sua forma de tratamento, pode levantar o questionamento de qual seria a posição da psicanálise diante da ciência. Esta é uma discussão muito extensa e que de maneira alguma será esgotada aqui. Elia (2009) retoma em seu artigo as proposições de Lacan a respeito desta relação em termos metodológicos e discursivos, que diz que a psicanálise não poderia existir nem antes nem fora da ciência. A psicanálise tem de ser entendida como “um passo discursivo, de saber e de práxis, de experiência” (Elia, 2009, p. 31), que é derivado da ciência e que se concebe através das linhas que constituem o discurso científico, que são “tomadas como arquitetura interna e não em termos de mera sucessão histórica” (Elia, 2009, p. 31). Se a psicanálise de alguma forma operou uma ruptura em relação à ciência, foi por radicalizá-la, por levá-la longe demais, onde o discurso e princípios científicos não mais davam conta (Elia, 2009).

Elia (2009, p. 33) levanta, ainda, alguns questionamentos que são de suma importância para as práticas e pesquisas psicanalíticas nos tempos atuais. Questiona: “Mas e nós, hoje, com tudo isso? Continuaremos a dizer que somos herdeiros da ciência, com a qual fomos levados a romper por causa do sujeito?”. E, mais: “Podemos fazer pesquisa e reivindicar à cultura, à sociedade, à ciência e à comunidade [...] o reconhecimento dessas pesquisas como legítimas no campo científico?”. Afirma que se atualmente a ciência

impõe exigências de evidências para que haja um reconhecimento científico, é preciso que a psicanálise estabeleça também o que são evidências em seu próprio campo. Retoma que na psicanálise é também enquanto analisando que se pesquisa, que se ensina e que se transmite os conhecimentos psicanalíticos.

A psicanálise é não somente uma forma de tratamento como um método de investigação, e todo o conhecimento que compõe a sua teoria é produzido por sua clínica. A pesquisa em psicanálise é a própria experiência analítica; é nas sessões, a partir da relação transferencial e da escuta do que o paciente tem a dizer, que se investiga e que se produz mais conhecimento. Neste sentido, teoria e prática são inseparáveis e a própria sessão constitui a pesquisa em psicanálise (Lamanno-Adamo, 2006).

Além de tudo isso, como proposto por Vassalli (2003) citado em Lamanno-Adamo (2006), a psicanálise pode ser também pensada como o que na filosofia é conhecido por *techné*. Escreve que, em Aristóteles, é o nome dado a uma atividade de produção de trabalho realizada com perícia e que só pode ser entendido enquanto surge, enquanto está em processo de se tornar. O objetivo da *techné* não é produzir uma verdade absoluta, mas um conhecimento que seja provável ou possível de ser, um conhecimento que é produzido também por meio da intuição e do uso da razão conjectural (Vassalli, 2003, citado em Lamanno-Adamo, 2006).

Lacan (1969-1970/1991) citado em Elia (2009) diz que o inconsciente se impõe à ciência ainda que ela o recuse. Escreve que partem de um mesmo discurso, o discurso do mestre, com a diferença de que a ciência exclui a posição do sujeito no lugar da verdade desse discurso (significante S1). Elia também acrescenta:

A ciência quer operar com o significante como se ele fosse decapado de sua relação com o sujeito, de sua função de representar o sujeito que, por sua vez, situa-se no lugar da verdade do discurso comandado por esse mesmo significante (Elia, 2009, p. 36).

Por fim, como corrobora Quinet (2003), a medicina, aliada a esta ciência, inclui fora de sua esfera a dimensão subjetiva por trabalhar com um real que não é o mesmo que o da psicanálise. Escreve: “O projeto da ciência de colonizar todo o real com seus significantes lhe confere um aspecto de loucura ao rejeitar de sua esfera qualquer subjetividade” (Quinet, 2003, p. 151).

Considerações Finais

Ao entrar em contato com a psicanálise, tanto com sua teoria quanto com sua prática analítica, torna-se possível entender o quanto ela subverte a noção de sintoma dado há muito pela medicina e pela ciência, assim como inova na forma de tratamento que se promove a partir disso. Os sintomas para a psicanálise revelam não uma doença, mas o sujeito do inconsciente. O sujeito é incluído em seu ato sintomático, que é a manifestação subjetiva do recalcado e a forma como o neurótico encontra de gozar de seu inconsciente. Com seu sintoma, o sujeito tenta resolver o conflito entre a representação incompatível e seu eu, sendo ele um substituto do conteúdo recalcado que é de ordem sexual e infantil. A aniquilação do sujeito e da subjetividade na formação sintomática presente na medicina e na ciência encontra seu oposto na concepção de sintoma para a psicanálise.

Pode-se dizer, portanto, que a psicanálise rompe com a noção de sintoma dado pela medicina e pela ciência, incluindo e responsabilizando o sujeito em seu adoecer. Ou melhor, pode-se dizer, vai além, fornece aquilo que a medicina não foi capaz de fornecer, a saber, apresentar uma forma de tratamento inédita para as manifestações neuróticas. O seu fazer e o que o sustenta diferem do fazer da medicina e aquele que a ciência aceita como científico.

A psicanálise como teoria, ou mesmo como *techne*, encontra seu apoio em seu fazer analítico, que se sustenta há anos e que continua mostrando os efeitos na clínica e na análise de cada um. Ainda que a ciência possa exigir isso, o inconsciente não é capaz de ser capturado por observações e comprovações tais quais são feitas em uma prática científica tradicional. A noção de sintoma e tudo o que é produzido teoricamente pela psicanálise são sustentados por um tipo de clínica que é realizada através da fala/linguagem e da transferência entre analista e analisando como principais ferramentas. Embora para muitos o conhecimento e a prática da psicanálise sejam postos em dúvida por não se adequarem à ciência tradicional, a psicanálise tem razões para existir e continuar existindo: a demanda pela análise é presente e os efeitos que ela proporciona são percebidos em cada caso.

Referências

- Elia, L. (2009). Por uma psicanálise desavergonhada diante da ciência. In H. Caldas e S. Altoé (Org.), *Psicanálise, universidade e sociedade* (pp. 29-37). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Freud, S. (1996a). As neuropsicoses de defesa. In J. Strachey (Ed.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 3, pp.53-67). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1894).
- Freud, S. (1996b). A hereditariedade e a etiologia das neuroses. In J. Strachey (Ed.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 3, pp.145-157). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1896).
- Freud, S. (2004). Alguns comentários sobre o conceito de inconsciente na psicanálise. In S. Freud, *Escritos sobre a psicologia do inconsciente* (Vol. 1, pp. 79-93). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1912).
- Freud, S. (2012). *A interpretação dos sonhos*. Porto Alegre: L&PM. (Originalmente publicado em 1900).
- Freud, S. (2020a). Psicanálise e psiquiatria. In S. Freud, *Obras completas* (Vol. 13, pp.325-342). São Paulo: Companhia das Letras. (Originalmente publicado em 1917).
- Freud, S. (2020b). O sentido dos sintomas. In S. Freud, *Obras completas* (Vol. 13, pp. 343-364). São Paulo: Companhia das Letras. (Originalmente publicado em 1917).
- Lamanno-Adamo, V. L. C. (2006). Da experiência clínica ao desenvolvimento de um conceito. *Jornal de Psicanálise, São Paulo, 39(70)*, 163-175, Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010358352006000100010&lng=pt&tlng=pt.
- Quinet, A. (2003). *A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Quinet, A. (2018). *As 4+1 condições da análise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Rother, E. T. (2007). Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paul Enferm.*, 20(2), v-vi. doi: 10.1590/S0103-21002007000200001