



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

Freud e o diálogo com a medicina: sobre os desafios da clínica psicanalítica diante do diagnosticismo

Freud and the dialogue with medicine: on the challenges of psychoanalytic clinics in the face of diagnosticism

 Luciana Ribeiro Marques

Resumo: Neste artigo, acompanhamos o percurso teórico e clínico de Freud, destacando como a sua formação médica e a sua interlocução com a neurologia e a psiquiatria de sua época foram decisivas para a construção de um novo modelo clínico. Analisamos a emergência da psicanálise no interior do campo médico como uma inflexão conceitual fundamental: do órgão ao sujeito, da lesão à linguagem, da observação à escuta. Por meio de uma leitura cronológica e articulada de textos pré-psicanalíticos, clínicos e metapsicológicos, evidenciamos de que modo Freud abordou os sintomas e os fenômenos, deslocando-se da neurologia localizacionista para uma escuta orientada pela lógica do inconsciente. Ao examinarmos o diálogo crítico de Freud com figuras centrais da psiquiatria clássica, demonstramos ainda como, na psicanálise, o diagnóstico não se reduz à nomeação classificatória, mas se insere na direção do tratamento, ressaltando a função singular da escuta clínica. Propomos, assim, uma recusa à normatização, reafirmando a posição ética da psicanálise diante dos desafios contemporâneos da patologização generalizada, ao sustentar uma clínica que se orienta pela escuta do sujeito: prática capaz de resistir ao diagnosticismo da experiência subjetiva.

Palavras-chave: psicanálise; medicina; neurologia; psiquiatria; patologização; diagnosticismo; clínica psicanalítica.

Abstract

In this article, we follow Freud's theoretical and clinical career, highlighting how his medical training and his dialogue with the neurology and psychiatry of his time were decisive for the construction of a new clinical model. We analyze the emergence of psychoanalysis within the medical field as a fundamental conceptual inflection: from the organ to the subject, from the lesion to language, from observation to listening. Through a chronological and articulated reading of pre-psychoanalytic, clinical and metapsychological texts, we demonstrate how Freud approached symptoms and phenomena, moving from localizationist neurology to a listening guided by the logic of the unconscious. By examining Freud's critical dialogue with central figures of classical psychiatry, we also demonstrate how, in psychoanalysis, diagnosis is not reduced to classificatory naming, but is inserted in the direction of treatment, highlighting the unique function of clinical listening. We

therefore propose a refusal to standardize, reaffirming the ethical position of psychoanalysis in the face of the contemporary challenges of widespread pathologization, by supporting a clinical practice that is guided by listening to the subject: a practice capable of resisting the diagnosticism of subjective experience.

Keywords: psychoanalysis; medicine; neurology; psychiatry; pathologization; diagnosticism; psychoanalytic clinic.

1. Introdução

A formação de Sigmund Freud como médico neurologista foi determinante para o caminho em direção à criação da psicanálise, ainda que esta viesse a se constituir como um campo distinto e, em muitos aspectos, crítico em relação ao trato dado à saúde mental. Graduado pela Universidade de Viena, em 1881, Freud iniciou a sua carreira como médico pesquisador no Laboratório de Fisiologia de Ernst Brücke¹, alinhado aos ideais do positivismo científico e do materialismo biológico² que marcavam o pensamento médico do século XIX. Naquele ambiente, a ideia de reduzir os fenômenos psíquicos a processos orgânicos e neurofisiológicos era bastante premente, ponto de inflexão que levou Freud a se deparar com novos paradigmas clínicos quando, em 1885, recebeu uma bolsa da Universidade de Viena para estudar com Jean-Martin Charcot³, no hospital da Salpêtrière, em Paris. Charcot era, à época, uma autoridade internacional em doenças do sistema nervoso e vinha transformando a compreensão médica de certos fenômenos.

Durante os meses em que permaneceu em Paris, Freud assistiu às célebres lições de terça-feira, em que Charcot apresentava casos clínicos de pacientes a uma plateia de médicos e estudantes, demonstrando, por meio da hipnose, a possibilidade de surgimento e remissão de sintomas por vias exclusivamente sugestivas, desafiando os limites do saber médico vigente. Essa experiência foi um marco na trajetória de Freud, pois expôs com clareza os limites do modelo organicista diante de certos fenômenos, cuja etiologia não parecia residir em lesões, mas em experiências de cunho puramente psíquico. Charcot, ao ofertar um modelo clínico em que o sintoma era visto como um fenômeno legítimo, passível de observação, mesmo que de origem não orgânica, levou Freud, então ainda neurologista, e, portanto, profundamente impactado pela hipótese de que o corpo poderia expressar um sofrimento sem base material detectável⁴, a aprofundar os seus estudos sobre o sistema nervoso (Quinet, 2003 e Roudinesco, 2008).

¹ Ernst Wilhelm von Brücke (1819-1892) foi um importante fisiologista austríaco, professor na Universidade de Viena e uma figura central na formação científica de Sigmund Freud. Foi um dos principais representantes da chamada Escola Fisiológica de Viena. Com ele, Freud se engajou em pesquisas neuroanatômicas e experimentos sobre o sistema nervoso de animais.

² O positivismo científico, consolidado no século XIX, defende que o conhecimento legítimo deve ser obtido por meio da observação empírica, da experimentação e da quantificação dos fenômenos. Associado a ele, o materialismo biológico, também difundido nesse período, parte do pressuposto de que todos os processos mentais podem ser explicados com base em mecanismos fisiológicos e estruturas orgânicas. Embora formulados nesse contexto histórico, ambos os paradigmas continuam a influenciar práticas médicas e psicológicas contemporâneas.

³ Jean-Martin Charcot (1825-1893), renomado neurologista francês e então diretor do Hospital da Salpêtrière, referência internacional no tratamento de doenças nervosas, especialmente da histeria. Freud permaneceu em Paris entre outubro de 1885 e março de 1886, um período curto, mas que teria impacto duradouro na reorientação de sua trajetória.

⁴ Ideia que mais tarde constituiria o fundamento da noção de conversão histérica.

De volta à Viena, e com essa experiência decisiva, Freud traduziu para o alemão duas das principais obras de Charcot – *Leçons sur les maladies du système nerveux faites à la Salpêtrière*⁵ e *Nouvelles leçons sur les maladies du système nerveux*⁶ –, feito que tanto contribuiu para a difusão das ideias de Charcot na Europa Central quanto consolidou a reputação de Freud no meio médico vienense (Jones, 1989). É inegável que Charcot, ao demonstrar que certos sintomas podiam ser induzidos e removidos por sugestão hipnótica, colocando em xeque a ideia de que teriam sempre uma origem lesional ou orgânica, foi o responsável por introduzir Freud a uma concepção ampliada da clínica médica. Reafirmando a importância formativa dessa experiência, em 1914, ao revisitar os marcos do surgimento da psicanálise em *Contribuição à história do movimento psicanalítico*, Freud declarou que foi graças aos conselhos de seu mestre Charcot que ele aprendeu a “refrear as inclinações especulativas e [...] a examinar as mesmas coisas novamente, quantas vezes fosse necessário, até que elas próprias comesçassem a dizer algo” (Freud, 1914/2020, p. 21, tradução nossa).

Em Viena, e ao lado de Josef Breuer⁷, Freud publicou, em 1895, seus *Estudos sobre a histeria*, obra que marcou o nascimento de uma nova abordagem clínica voltada à escuta do sofrimento psíquico, indicando o quanto Freud vinha se distanciando cada vez mais da neurologia, embora com ela mantivesse diálogo. Inclusive, ao longo de toda a sua obra, consolidando a psicanálise como um campo próprio, com método, linguagem e pressupostos teóricos específicos, Freud nunca deixou de se posicionar em relação às transformações do saber médico, especialmente diante do avanço da especialidade psiquiátrica, marcando uma transição que não se deu por uma ruptura abrupta, mas por um deslocamento progressivo, no qual conceitos herdados da fisiologia e da anatomia foram sendo revisitados à luz de sua clínica.

A criação da psicanálise não fez desaparecer o diálogo com as ciências médicas, ao contrário, ela veio, de modo produtivo, convocar, ressignificar e tensionar esse saber, pois embora a psicanálise emergisse no interior da tradição médica, ela não insurge como uma extensão, mas sim como um desvio que expande os horizontes da clínica ao ampliar o olhar do orgânico para a escuta e da lesão anatômica para a formação do sintoma como expressão simbólica. Ao sustentar com as ciências médicas uma relação de diálogo necessária e fundamental, Freud não só situava a psicanálise num campo mais

⁵ Freud traduziu essa obra para o alemão em 1886, sob o título *Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems*.

⁶ Freud traduziu essa obra para o alemão em 1892, sob o título *Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems gehalten an der Salpêtrière*.

⁷ Josef Breuer (1842-1925) foi um médico e fisiologista austríaco, amplamente reconhecido como uma figura fundamental na gênese da psicanálise. Breuer foi um colaborador de Freud nos primórdios do trabalho clínico com a histeria, especialmente no célebre caso de Bertha Pappenheim, conhecido pelo pseudônimo Anna O., que desempenhou papel central na formulação inicial das ideias psicanalíticas.

amplo, como refletia, e os provocava a refletir, sobre os desafios que a clínica psicanalítica impunha. Compreender esse percurso é essencial para situar o lugar singular que a psicanálise ocupa diante dos desafios que a clínica contemporânea nos confere com a atual prática diagnosticista, diálogo que o presente artigo visa se dedicar.

2. Da neurologia localizacionista ao aparelho de linguagem

O percurso de Freud rumo à psicanálise inicia-se na medicina, e mais especificamente na neurologia, campo no qual se formou e atuou intensamente durante seus primeiros anos de carreira. Naquela fase inicial, Freud esteve inserido no paradigma dominante das ciências médicas do século XIX, cujo modelo etiológico era fortemente ancorado na busca por causas orgânicas e localizações anatômicas específicas. No entanto, vale notar que, desde o seu encontro com Charcot, Freud já havia sido fisionado por uma concepção ampliada da clínica médica, o que permitiu, em 1890, que publicasse o texto *Tratamento Psíquico (tratamento da alma)* como um pequeno ensaio no qual já se esboçava uma marca importante: na medida em que concebia que determinadas doenças – inclusive com manifestações corporais – poderiam ser tratadas por meio de recursos que atuassem diretamente sobre a vida psíquica. Para Freud, o que estava em jogo naquele primeiro momento era o reconhecimento da palavra como instrumento: “Tratamento psíquico quer dizer, mais propriamente, tratamento desde a alma – seja de perturbações anímicas ou corporais – com recursos que, de modo primário e imediato, atuam sobre o anímico do homem” (Freud, 1890/2020, p. 115, *tradução nossa*). A expressão, portanto, não se refere ao tratamento de distúrbios da alma, mas sim à intervenção exercida a partir da alma, o que coloca a ênfase nos efeitos anímicos da palavra e de outros fatores simbólicos sobre o corpo. Mesmo reconhecendo que essa proposição poderia soar absurda ao senso comum e até mesmo às ciências médicas de sua época, Freud não recuava, reafirmando seu ponto: “as palavras são, sem dúvida, os principais mediadores do influxo que um homem pretende exercer sobre os outros [...] já não soa enigmático asseverar que o ensalmo da palavra pode eliminar fenômenos patológicos” (Freud, 1890/2020, p. 123, *tradução nossa*), tal como se pode observar a eficácia em antigos rituais de cura. Recorrendo a uma analogia provocativa, Freud tinha a intenção de sublinhar o poder da palavra, que mesmo esquecida pela clínica médica, ainda guardava parte de seu poder ancestral de transformação.

A ideia de sublinhar esse texto se dá na medida em que ele se inscreve em um momento em que a medicina, sob a forte influência da histologia, da fisiologia experimental e da bacteriologia, priorizava exclusivamente a observação e a localização dos fenômenos. Freud denuncia essa

limitação ao afirmar que os médicos “pareciam temer que, se concedessem certa autonomia à vida anímica, deixariam de pisar o terreno seguro da ciência” (Freud, 1890/2020, p. 116, *tradução nossa*), inclusive porque a própria prática clínica já revelava um número crescente de pacientes cujos sintomas – dores, paralisias, alterações etc. – não correspondiam à nenhuma lesão verificável, mesmo em exames *post mortem*. Ou seja, Freud propunha uma inversão no modelo etiológico: ao invés de compreender os sintomas como efeitos de uma lesão material, ele sugere que certos estados afetivos possuem efeitos fisiológicos mensuráveis, indicando que em certos fenômenos, “os sinais patológicos provêm de um influxo alterado da vida anímica sobre o corpo” (Freud, 1890/2020, p. 118, *tradução nossa*). É assim que Freud começa a destacar o papel da “expectativa confiada” como um fator terapêutico fundamental. Seja no contexto das curas milagrosas, seja na relação entre médico e paciente, ele mostra que a dimensão psíquica do tratamento é um operador decisivo do processo de cura. Ao reconhecer que o discurso médico não se limita ao conteúdo técnico, mas mobiliza afetos, identificações e crenças, Freud inaugura um campo de investigação que prepara o advento da psicanálise, introduzindo algumas teses centrais: a ideia de que o sintoma é uma formação de linguagem; de que o tratamento não opera sobre um campo fechado, mas sobre um sujeito atravessado pela palavra; e de que o diagnóstico não se reduz à observação, mas se constrói na transferência. O tratamento da alma não é, aqui, um retorno à medicina mágica, mas o primeiro passo para uma clínica que inclui o simbólico.

Esse interesse pela dimensão simbólica se esboçava desde os seus primeiros estudos neurológicos, nos quais a linguagem aparece como eixo fundamental. A concepção do sistema nervoso como uma rede de centros autônomos interligados por vias de associação norteava os estudos clínicos de Freud, tema publicado em 1891 com o ensaio *Sobre a concepção das afasias*, um trabalho de sistematização crítica dos distúrbios da linguagem que também representava um ponto de inflexão teórica, antecipando sua posterior ruptura com a etiologia organicista. Nesse estudo, Freud se debruça sobre as principais teorias localizacionistas então vigentes – como as de Carl Wernicke e Ludwig Lichtheim⁸ – que atribuíam à linguagem um funcionamento centrado em áreas cerebrais específicas, cuja lesão explicaria de modo direto a sintomatologia afásica. Freud questiona essa hipótese de forma contundente, ao afirmar que há um “erro de princípio” (Freud, 1891/2014, p. 45) na suposição de que a representação linguística possa ser localizada num centro isolado do cérebro. Como observa: “Será que, no fundo, não estamos em princípio cometendo o mesmo erro ao tentarmos localizar um conceito

⁸ Carl Wernicke (1848-1905) e Ludwig Lichtheim (1845-1928) foram médicos neurologistas alemães que desempenharam papéis centrais no desenvolvimento das teorias neurológicas da linguagem, especialmente dentro do modelo localizacionista.

complicado, uma atividade psíquica ou um elemento psíquico?” (Freud, 1891/2014, p. 25). Em contraposição à lógica segmentar, ele propõe a noção de um aparelho de linguagem, descrito como um campo funcional e contínuo, cuja atividade não pode ser explicada por uma simples lesão isolada. Conforme destaca:

Ou o aparelho apresenta mutilação em partes isoladas devido à lesão enquanto as partes conservadas do mesmo funcionam de forma inalterada, ou ele reage à lesão como um todo, de forma solidária, não deixando que se reconheça o não funcionamento de partes isoladas, mas mostrando-se enfraquecido em sua função. (Freud, 1891/2014, p. 17)

Ainda que formulada no vocabulário da neurologia, essa concepção já antecipa um deslocamento importante, a ideia de que o sintoma – mais do que uma manifestação orgânica – pode decorrer de falhas de articulação simbólica e de integração representacional.

Essa formulação implica uma ruptura metodológica com o paradigma dominante da época, quando prevalecia a concepção de que as funções da linguagem estavam distribuídas em centros cerebrais específicos e que as afasias seriam produto direto de lesões em tais estruturas. Freud rejeita essa explicação por considerá-la não só simplista, mas fragmentada. Em sua crítica ao modelo localizacionista, afirma que “a reprodução da periferia no córtex já não é uma reprodução fiel ponto por ponto, não é uma projeção genuína” (Freud, 1891/2014, p. 198, *tradução nossa*). Contra essa lógica, ele propõe um modelo funcional, em que o sintoma afásico não é apenas uma falha de decodificação linguística, mas sim a expressão dos modos de articulação simbólica do sujeito. A análise das parafasias – erros de linguagem, substituições, omissões – é particularmente reveladora nesse sentido, pois mesmo em quadros de afasia orgânica, “o afásico orgânico conserva quase sempre algumas sílabas, o ‘sim’ e o ‘não’, um juramento, etc.” (Freud, 1891/2014, p. 202, *tradução nossa*). Essa observação é relevante porque indica que, mesmo em casos de lesão cerebral, certos fragmentos de linguagem se mantêm ativos, o que sugere que o funcionamento da linguagem não se reduz à integridade anatômica. Esses resíduos apontam para uma complexidade representacional que escapa à lógica da correspondência direta entre lesão e sintoma. Tais restos de linguagem já antecipam, de modo impressionante, a noção futura de inconsciente e se somam à contribuição mais decisiva desse texto, a formulação de uma concepção da linguagem que privilegia as associações e os encadeamentos simbólicos em lugar das localizações cerebrais.

Ao insistir que “o estudo dos distúrbios da linguagem ensina sobre a função desse aparelho” (Freud, 1891/2014, p. 30, *tradução nossa*), Freud inicia um deslocamento da clínica da observação anatômica para a investigação do funcionamento. O texto das afasias, portanto, pode ser considerado

um laboratório conceitual em que Freud opera um duplo movimento: critica o modelo localizacionista e esboça uma concepção funcional do psiquismo, uma posição que será radicalizada, anos depois, com a formulação do aparelho psíquico em *A Interpretação dos Sonhos* (1900). A noção de um território cortical coeso, que funciona por redes de associação e que reage às lesões de forma solidária, antecipa a ideia de um aparelho psíquico constituído por sistemas interconectados e permeado por processos dinâmicos. Essa crítica precoce à topografia neurológica se alinha à noção de que os sintomas não se originam necessariamente de um dano físico, mas da inscrição de representações que se organizam segundo a lógica da linguagem, do desejo e da história do sujeito. Nesse sentido, *Sobre a concepção das afasias* (1891) é mais do que um texto neurológico, é um marco da transição epistemológica entre a lesão e o sentido, entre o órgão e o sujeito, entre a neurologia e a clínica da linguagem, o que se torna ainda mais evidente a partir da publicação dos *Estudos sobre a histeria* (1893-1895).

Fruto da colaboração entre Freud e Josef Breuer, *Estudos sobre a histeria* (1893-1895) consolida um momento decisivo nessa trajetória, indicando a transição do modelo anatômico para uma concepção dinâmica do sintoma, fundada na escuta da fala e na noção de conflito psíquico. Embora o texto conserve o diálogo com o pensamento fisiológico, Freud já antecipa de forma clara a ruptura com a etiologia orgânica que se efetivará nos anos seguintes. No centro dessa formulação está a ideia de que o sintoma histérico não se deve a uma lesão nervosa, mas à ação de forças psíquicas inconscientes que, em determinadas condições, não encontram vias adequadas de descarga. Freud e Breuer propõem que certos afetos intensos, ligados a vivências traumáticas, ao não serem elaborados psiquicamente, permanecem como uma soma de excitação que se converte em sintoma. Como afirmam: “Com a conversão da excitação psíquica em inervação somática, obtém-se o sintoma histérico” (Breuer e Freud, 1893-1895/2017, p. 105, *tradução nossa*).

Esse modelo inaugura o que Freud viria a chamar de modelo energético: o sintoma seria uma forma de retorno daquilo que o psíquico não teria conseguido elaborar, simbolizar ou integrar à cadeia representacional. Em vez disso, o afeto é deslocado para o corpo originando paralisias, dores, perturbações sensoriais ou motoras sem substrato anatômico ou fisiológico. Trata-se de um movimento em que a excitação não descarregada busca expressão via sintomas corporais, introduzindo a ideia de que o corpo fala ali onde a palavra falha. A noção de ab-reação⁹, que será

⁹ A *ab-reação* é um dos conceitos fundamentais nos primeiros escritos clínicos de Freud e Breuer. Embora tenha sido reformulada por Freud, referia-se ao processo pelo qual um afeto ligado a uma vivência psíquica recalcada poderia ser descarregado ao ser verbalmente expresso. Quando a lembrança traumática é trazida à consciência e associada à fala, o afeto que antes estava dissociado da ideia encontra aí seu destino apropriado. A fala, portanto, não apenas representa, mas possibilita a ligação entre a ideia e o afeto, restabelecendo uma conexão psíquica que havia sido interrompida.

posteriormente revista por Freud, permitiria que a descarga afetiva fosse reinserida na cadeia narrativa do sujeito. No entanto, Freud logo se afasta da concepção de Breuer quando, em passagens posteriores dos *Estudos*, já começa a criticar a limitação do modelo energético ao afirmar que não é suficiente considerar apenas o montante da excitação, mas sim compreender como o sujeito lida com ela. Em outras palavras, o que está em jogo não é apenas a quantidade, mas a estrutura de defesa que determina o destino daquele afeto.

No mesmo ano da publicação dos *Estudos sobre a histeria* (1893-1895), Freud redige o manuscrito *Projeto para uma psicologia científica* (1950[1895]), dirigido a Wilhelm Fliess¹⁰. Embora o texto só tenha sido publicado postumamente, ele ocupa um lugar central no percurso Freudiano, pois explicita de forma contundente o esforço – e também os limites – de fundar uma psicologia nos moldes da neurologia, conciliando uma teoria do psiquismo com os paradigmas da fisiologia. Desde as primeiras linhas, Freud declara sua ambição: “Proporcionar uma psicologia que seja uma ciência natural” (Freud, 1950[1895]/2020, p. 339, *tradução nossa*). O objetivo era claro, ancorar os processos psíquicos em bases neuronais, formulando leis para descrever o funcionamento do aparelho. Para isso, recorre às noções de quantidade de excitação (Q), descarga, resistência e facilitação (*Bahnung*). Segundo o modelo proposto, os neurônios tenderiam a descarregar-se constantemente da excitação recebida, seguindo um princípio de inércia neuronal.

A memória, por exemplo, seria explicada como o resultado de caminhos de facilitação entre neurônios, tornados mais ou menos acessíveis conforme o grau de excitação e repetição. Freud ainda tenta articular esse modelo quantitativo a fenômenos clínicos como a formação de sintomas e o trauma. O sintoma seria, nesse esquema, uma espécie de curto-circuito, uma excitação que não encontra via de descarga e que retorna como perturbação. Contudo, o manuscrito também evidencia as tensões internas desse projeto, quando Freud se vê obrigado a postular sistemas hipotéticos que escapam às observações neurológicas diretas – como os sistemas Ψ e Φ – e a admitir que certas experiências não podem ser reduzidas a simples movimentos de excitação. A tentativa de localizar o funcionamento psíquico em um modelo neurofisiológico mostrava seus limites. Como observa James Strachey, o próprio Freud acabou por abandonar essa proposta, considerando o *Projeto* um “esboço inconcluso, desautorizado pelo seu criador” (Freud, 1950[1895]/1992, p. 336, *tradução nossa*).

¹⁰ Wilhelm Fliess (1858-1928) foi um médico otorrinolaringologista alemão e uma figura central na vida intelectual de Sigmund Freud. Fliess exerceu forte influência sobre Freud nos anos formativos da psicanálise. Ao longo de mais de 15 anos, trocaram mais de 280 cartas, muitas das quais se tornaram fundamentais para a reconstrução histórica do nascimento da psicanálise.

Longe de ser um fracasso, o *Projeto* representa o laboratório teórico de onde emergem os primeiros contornos do inconsciente. Nele já se encontram os embriões da distinção entre sistemas psíquicos, a ideia de barreiras entre registros, a importância da memória como registro de traços e o reconhecimento de que certos conteúdos só emergem sob condições específicas de excitação e defesa. Todos esses elementos serão posteriormente reelaborados na formulação do aparelho psíquico em *A Interpretação dos Sonhos* (1900), o que fará do *Projeto para uma psicologia científica* (1950[1895]) não apenas um documento de transição, mas o ponto em que Freud ensaia a construção de uma nova clínica.

Em 1900, com a publicação de *A Interpretação dos Sonhos*, Freud inaugura um novo campo de saber: a metapsicologia. Embora ainda não sistematize seus conceitos, como fará nos ensaios de 1915¹¹, ele já introduz, nesse texto inaugural, os três eixos que definem a abordagem metapsicológica: a tópica, a dinâmica e a economia do aparelho psíquico. Tal indicação marca o nascimento de um pensamento que busca apreender o funcionamento psíquico em seus próprios termos, sendo o sonho o ponto de partida de uma investigação voltada à reformulação dos fundamentos diagnósticos: “Minha intenção é, antes, conseguir com a resolução dos sonhos um trabalho preparatório para a exploração dos problemas mais difíceis da psicologia das neuroses” (Freud, 1900/2020, p. 126, *tradução nossa*). Nesse percurso, a escuta do sonho consolida-se como uma via de acesso privilegiada ao inconsciente: “A interpretação dos sonhos é a via régia para o conhecimento do inconsciente na vida anímica” (Freud, 1900-1901/2020, p. 597, *tradução nossa*).

O sonho, como uma formação do inconsciente cujo sentido não é evidente, mas cifrado, permite a Freud revelar sua tese fundamental: “O sonho é a realização (disfarçada) de um desejo recalcado” (Freud, 1900/2020, p. 177, *tradução nossa*). Essa formulação coloca o desejo, e não o estímulo sensorial, como princípio organizador da vida psíquica, e a formação onírica, longe de ser um produto aleatório do sono, obedece a uma lógica rigorosa, a dos chamados processos primários do inconsciente. Freud identifica quatro mecanismos fundamentais que operam no trabalho do sonho – condensação, deslocamento, figuração e elaboração secundária –, mecanismos que antecipam, de forma clara, o que virá a ser abordado na lógica do sintoma, com seu efeito de sentido, com a condensação de significantes e com a produção de enigma.

O ponto culminante do texto se encontra no capítulo VII, onde Freud propõe, com o “grafo do pente”, um modelo do aparelho psíquico que representa uma verdadeira ruptura epistemológica.

¹¹ Pulsões e seus destinos, O recalque, O inconsciente, Complemento metapsicológico à teoria dos sonhos e Luto e melancolia.

Freud formula um esboço funcional, e não anatômico, composto por três sistemas principais: Inconsciente (Ics), Pré-consciente (Pcs) e Consciente (Cs). Esses sistemas são separados por barreiras de censura e articulados por investimentos de energia psíquica. Segundo Freud, trata-se de imaginar o aparelho psíquico “como se fosse um microscópio composto, um aparelho fotográfico ou algo semelhante” (Freud, 1900-1901/2020, p. 529, *tradução nossa*), ou seja, um dispositivo cujos efeitos dependem da posição das lentes e dos filtros. Assim, o consciente não é concebido como o núcleo, mas como um sistema periférico que não só rompe com o imaginário das ciências médicas como indica o inconsciente como o centro dinâmico do funcionamento psíquico, sendo dele que emerge o sintoma: “Não é nada além de uma presunção insustentável exigir que tudo o que acontece dentro do psíquico também se torne conhecido pela consciência” (Freud, 1915/2020, p. 163, *tradução nossa*), uma vez que a investigação analítica já indicara que parte dos processos latentes “possui características e peculiaridades que nos parecem estranhas e até incríveis”, contradizendo diretamente “as propriedades da consciência com as quais estamos familiarizados”, nos fornecendo as bases “para reformular esse raciocínio voltado para a própria pessoa: não nos prova a existência, em nós, de uma segunda consciência, mas a de atos psíquicos que carecem de consciência” (Freud, 1915/2020, pp. 166-167, *tradução nossa*), e que operam numa lógica de sobreposição, já que “os processos inconscientes são atemporais, não estão ordenados no tempo, não são modificados pelo curso do tempo e não têm qualquer relação com o tempo” (Freud, 1915/2020, p. 184, *tradução nossa*). E mais, nesse sistema:

[...] não existe negação, não existe dúvida, nem qualquer grau de certeza [...]. Em resumo: ausência de contradição, processo primário (mobilidade dos investimentos), caráter atemporal e substituição da realidade exterior pela psíquica – eis os traços cuja presença estamos autorizados a esperar nos processos pertencentes ao sistema inconsciente. (Freud, 1915/2020, pp.183-184, *tradução nossa*)

Essa afirmação tem consequências diagnósticas profundas, pois se o inconsciente não opera segundo a lógica linear da cronologia, então o sintoma não é o resultado direto de uma causa passada, mas efeito de um funcionamento atemporal, cujo princípio se apoia na noção de *a posteriori* (*Nachträglichkeit*). A etiologia deixa de ser uma busca pela origem factual e passa a ser uma leitura do modo como certos eventos são simbolizados e reinscritos no tempo do sujeito, o que dá forma a um modelo diagnóstico que não mais se aplica como puramente descritivo ou nosográfico, mas estrutural, ancorado na relação com a linguagem e na posição do sujeito em relação à sua história¹².

¹² Em relação ao desejo, à castração e ao gozo.

Em resumo, ao formular a hipótese de um aparelho de linguagem baseado na associação e não na localização, Freud antecipa, com notável precisão, a estrutura que sustentará sua metapsicologia nos anos seguintes, inaugurando a clínica do inconsciente e transformando radicalmente a noção diagnóstica: uma hipótese construída na transferência, sustentada na escuta e orientada não pela doença, mas pela singularidade do sujeito.

3. O diálogo com a psiquiatria: interlocuções clínicas e diagnósticas

A noção de um aparelho psíquico como um aparelho de linguagem não só alicerça a clínica psicanalítica como estabelece uma noção diagnóstica que se sustenta para além dos modelos localizacionista e nosográfico presentes até então, levando Freud a um diálogo constante com as bases clínicas da psiquiatria. Muito cedo em sua obra, quando escreve *A Interpretação dos Sonhos* (1900), no contexto de suas explicações sobre os aspectos fisiológicos presentes nos sonhos, Freud indica Wilhelm Griesinger¹³ como aquele que, embora proveniente da tradição médico-psiquiátrica, “descobriu com toda clareza o cumprimento de desejo como traço comum ao modo de representação do sonho e da psicose”, sendo esta, segundo Freud, “a chave para uma teoria psicológica tanto do sonho quanto das psicoses” (Freud, 1900/2020, p. 113, *tradução nossa*). Griesinger também foi aquele que pôde observar semelhanças entre os sonhos e os delírios, ao perceber que tanto um quanto o outro são expressões que se distanciam da realidade externa: “Griesinger acerta ao comparar o sonhar com os estados de delírio agudo, e estende a este último as teorias explicativas que concebeu para o primeiro” (Freud, 1900/2020, p. 113, *tradução nossa*), notando que algumas manifestações delirantes poderiam ser interpretadas como tentativas de realização de desejos, tal como acontece nos sonhos.

Cinco anos depois, ao traçar paralelos entre os processos psíquicos presentes nos chistes, nos sonhos, nos sintomas neuróticos e nos fenômenos psicóticos, Freud volta a fazer referência a Griesinger, em *O chiste e sua relação com o inconsciente* (1905), como o primeiro psiquiatra a sugerir que os delírios poderiam ser interpretados como sonhos, por compartilharem o traço da realização de desejo: “Griesinger parece ter sido o primeiro a expressar a ideia de que o delírio é uma realização de desejo, como o sonho” (Freud, 1905/2020, p. 163, *tradução nossa*). Embora Griesinger

¹³ Wilhelm Griesinger (1817-1868) foi um importante médico e psiquiatra alemão, considerado um dos fundadores da psiquiatria científica moderna. Em 1845, publicou sua obra mais influente – *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten* – Patologia e Terapêutica das Doenças Psíquicas. Griesinger era de uma geração anterior a Freud e muito admirado por Theodor Meynert (1833-1892), mestre de Freud.

tenha sido uma das figuras centrais da psiquiatria que identificava as doenças mentais a partir de causas biológicas e lesões cerebrais, uma vez que entendia que os distúrbios psíquicos eram distúrbios do cérebro, Freud não deixou de reconhecer o importante avanço mencionado por ele quanto ao caráter significativo dos delírios, principalmente quando derivado de um cenário em que tentava-se romper com as concepções espiritualistas e morais que ainda predominavam no tratamento dos psicóticos, e que tinha como propósito integrar a psiquiatria ao campo da medicina científica moderna.

Por conseguinte, ao trabalhar a diferença entre o princípio de prazer e o princípio de realidade, em *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico* (1911), Freud, retomando Griesinger, aponta para o delírio psicótico como uma regressão ao primado do princípio de prazer, sendo esse o ponto em que Freud propôs um paralelo entre a neurose e a psicose a partir da operação de recusa da realidade:

O tipo mais extremo desse afastamento da realidade objetiva é demonstrado por certos casos de psicose alucinatória, nos quais uma parte do eu, sob a influência de processos de desejo inconscientes, se separa do restante e [...] cria uma nova realidade – que às vezes, no início, se limita a uma alucinação isolada, mas depois assume a estrutura de um delírio (Griesinger). Ora, é exatamente isso o que todo neurótico faz com uma parte da realidade objetiva. (Freud, 1911/2017, p. 223, *tradução nossa*)

O diálogo de Freud com Griesinger revelou-se especialmente profícuo para a formulação da questão diagnóstica na clínica da psicose, em particular no tocante à compreensão do delírio, da perda da realidade e das tentativas de reconstrução do mundo psíquico. A partir dessa interlocução, Freud estabelece uma distinção inaugural entre neurose e psicose, fundada no fragmento de realidade rejeitado e nas diferentes modalidades de afastamento da realidade em cada estrutura. Essa diferenciação será crucial para a tese Freudiana segundo a qual tanto na neurose quanto na psicose ocorre uma perda de realidade, sendo o delírio, no caso da psicose, uma tentativa de reparação dessa perda, enquanto na neurose essa função é feita pela fantasia.

Outro importante precursor da psiquiatria foi Richard von Krafft-Ebing¹⁴, conhecido pela obra *Psychopathia Sexualis* (1886), quando tenta, numa espécie de manual, classificar as ditas “perversões sexuais”. Em sua fase pré-psicanalítica, Freud reconhecia o prestígio que Krafft-Ebing detinha no meio médico vienense, especialmente por sua posição favorável ao uso terapêutico da hipnose. No

¹⁴ Richard von Krafft-Ebing (1840-1902) foi um médico e psiquiatra austro-alemão, reconhecido por ser um dos primeiros estudiosos das “psicopatias sexuais” e por ter influenciado significativamente o campo da psiquiatria forense e da sexologia no final do século XIX.

entanto, já naquela época, Freud ironizava a reverência que certos círculos científicos devotavam a sobrenomes ilustres, como o de Krafft-Ebing e o de Obersteiner, afirmando serem “sobrenomes capazes de satisfazer até mesmo aqueles homens tão carentes de juízo que, para confiar, exigem de uma autoridade científica certas condições de nacionalidade, de raça e de localização geográfica” (Freud, 1889/2020, p. 103, *tradução nossa*). A crítica Freudiana à subordinação da prática clínica ao prestígio das autoridades científicas delineia-se já naquele momento, afirmando-se como um vetor central de sua obra e antecipando os impasses contemporâneos da padronização diagnóstica.

O prestígio de Krafft-Ebing, inicialmente reconhecido por Freud, não impediu o surgimento de divergências fundamentais entre ambos. Em *Fragmento de análise de um caso de histeria* (1905[1901]), Freud já indicava que “todos os psiconeuróticos são pessoas com inclinações perversas muito marcadas, mas recalçadas e tornadas inconscientes” (Freud, 1905[1901]/2017, p. 45, *tradução nossa*), de modo que suas fantasias “exibem o mesmo conteúdo das ações documentadas nos perversos, ainda que não tenham lido a *Psychopathia Sexualis* de Krafft-Ebing, livro ao qual os ingênuos atribuem tanta culpa na gênese das inclinações perversas” (Freud, 1905[1901]/2017, p. 45, *tradução nossa*). Esse entendimento será aprofundado em *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1905), onde Freud sustenta que os sintomas neuróticos se formam a partir dos mesmos conteúdos presentes nas perversões, mas que, ao contrário da leitura patologizante de Krafft-Ebing, tais manifestações seriam estruturantes da subjetividade, mesmo quando atravessadas pelo recalque. No mesmo texto, Freud também recusa a tentativa de localizar funções sexuais em centros cerebrais, como propunha a psiquiatria de sua época, afirmando que “substituir o problema psicológico por um anatômico é tão ocioso quanto injustificado” (Freud, 1905/2017, p. 130, *tradução nossa*). Ao recusar a patologização das manifestações sexuais e a localização anatômica de funções psíquicas, Freud segue instaurando uma ruptura epistemológica no que tange à questão diagnóstica.

Essa crítica atinge um ponto de máxima tensão em *Contribuições à história do movimento psicanalítico* (1914), quando Freud relata o episódio em que, ao apresentar suas teses sobre a etiologia sexual das neuroses à Sociedade Médica de Viena, então presidida por Krafft-Ebing, encontrou como resposta um silêncio constrangedor:

Apresentei-me como um expositor que esperava resgatar, graças ao interesse e ao reconhecimento de meus colegas, os prejuízos materiais consentidos por decisão própria¹⁵ [...]. Só o silêncio que se seguiu à minha conferência, o vazio que se fez em torno de minha pessoa e as insinuações que me foram chegando me fizeram compreender que umas teses sobre

¹⁵ Freud menciona as perdas profissionais e financeiras resultantes de sua escolha em sustentar a etiologia sexual das neuroses, contrariando o saber médico vigente.

o papel da sexualidade na etiologia das neuroses não podiam ter a mesma acolhida que outras comunicações. (Freud, 1914/2020, p. 20, *tradução nossa*)

A partir dessa constatação, Freud entendeu a rejeição de suas ideias como uma consequência necessária do próprio campo teórico que começava a delinear. Como afirma: “a doutrina psicanalítica me permitiu compreender essa conduta de meu entorno social como uma consequência necessária dos pressupostos fundamentais da análise” (Freud, 1914/2020, p. 22, *tradução nossa*). Reconhecendo a defasagem entre descoberta clínica e reconhecimento, Freud antecipa que suas observações seriam retomadas no futuro, por outros “para os quais o tempo ainda não estava maduro” (Freud, 1914/2020, p. 21, *tradução nossa*). Essa constatação, no entanto, não o dissuadiu de seu percurso, mas reafirmou suas observações e fortaleceu sua crítica ao consenso científico da época: “Ninguém teria o direito de esperar que, nos anos em que fui o único defensor da psicanálise, se desenvolvesse em mim um respeito particular pelo juízo da maioria ou uma inclinação à condescendência intelectual” (Freud, 1914/2020, p. 23, *tradução nossa*). A ruptura com a autoridade médica representada por Krafft-Ebing, portanto, marca não apenas uma divergência teórica, mas também o amadurecimento de uma ética de investigação própria, em que a psicanálise se afasta do modelo patologizante e classificatório dominante para afirmar uma escuta atenta à história do sujeito.

O momento inicial da obra de Freud também foi profundamente atravessado pela influência da psiquiatria de Theodor Meynert¹⁶, cujo ensino marcou sua formação médica em Viena. Para Meynert, a psicose derivaria de alterações nas vias associativas do cérebro, perspectiva que levou à formulação da “Amentia” como um quadro caracterizado por uma falência global das associações psíquicas, provocada por processos orgânicos. Freud, em seus primeiros escritos pré-psicanalíticos, dialoga abertamente com essa concepção, ao referir-se aos “efeitos nocivos de uma diminuição da atividade cortical” (Freud, 1989/2020, p. 102, *tradução nossa*) e ao papel que Meynert atribui à euforia hipnótica¹⁷. Embora Freud reconheça a tese meynertiana da psicose como um colapso das conexões associativas – uma ruptura no encadeamento das representações –, propõe, já naquele momento, uma diferença fundamental: sugere que essa falência poderia ser compreendida não apenas como resultado de um déficit anatômico, mas também como efeito de processos psíquicos inconscientes. No *Projeto*, Freud retoma a concepção de que a esquizofrenia envolveria uma

¹⁶ Theodor Hermann Meynert (1833-1892) foi um médico, neuroanatomista e psiquiatra austríaco, uma figura importante, especialmente no ambiente acadêmico de Viena. Freud foi seu aluno no Hospital Geral de Viena e trabalhou sob sua supervisão.

¹⁷ A euforia hipnótica seria consequência de uma falência das funções associativas do córtex cerebral, levando a distúrbios no encadeamento normal dos pensamentos e afetos.

desorganização associativa, mas passa a considerar que tal paralisação não é causa última do fenômeno, e sim um efeito observável de perturbações dinâmicas mais profundas no aparelho psíquico.

Essa herança teórica, embora fundamental nos primeiros anos, será progressivamente contestada por Freud nos textos que marcam sua virada conceitual. Ainda em 1886, ao apresentar à Sociedade de Medicina de Viena um relatório sobre a histeria masculina, Freud foi desafiado por Meynert a demonstrar, publicamente, um caso clínico que correspondesse aos “estigmas histéricos” descritos por Charcot. A dificuldade de encontrar um paciente adequado e a recepção fria da Sociedade expressaram não apenas um embate institucional, mas o tensionamento entre dois paradigmas: de um lado, a tradição médico-anatômica que Freud havia herdado, de outro, o campo clínico que se abria com a escuta da histeria (Freud, 1886/2020, p. 25). É interessante notar que, em seu texto inaugural da psicanálise, *A Interpretação dos Sonhos* (1900), Freud associa a figura de Meynert a um conflito com a autoridade paterna que emerge, em sonho, a partir de um misto de admiração e oposição. Na seção intitulada *O trabalho do sonho*, Freud revela que a figura do pai, no sonho, encobre a de Meynert, a quem seguira com profunda reverência, mas cuja atitude para com ele se transformara com o tempo:

A pessoa que ele [meu pai, no sonho] encobre é nada menos que a do grande Meynert, cujas pegadas segui com tão grande veneração e cuja conduta para comigo, após um breve período de predileção, se transformou em hostilidade indissimulada. (Freud, 1900-1901/2020, p. 436, *tradução nossa*)

Freud relata ainda que essa cena onírica remete a um momento de tensão vivido com Meynert pouco antes de sua morte, durante uma visita em que o mestre enfermo – com quem havia mantido uma antiga polêmica sobre a histeria masculina – lhe diz, com certo humor e resignação: “Sabe, sempre fui um dos mais belos casos de histeria masculina” – concedendo com ironia aquilo que por tanto tempo negara teoricamente (Freud, 1900-1901/2020, p. 436, *tradução nossa*).

As críticas ao modelo anátomo-localizador de Meynert aparecem com clareza em *As afasias* (1891), obra na qual Freud examina a doutrina “córtico-cêntrica” sustentada por ele. Para Meynert, todas as vias nervosas convergiam para o córtex, ao qual caberia tanto a recepção sensorial quanto o comando motor. Freud recorre a descrições técnicas minuciosas para expor essa visão – baseada em cortes transversais, núcleos cinzentos e sistemas de projeção –, mas faz questão de limitar seu escopo, afirmando que sua apresentação será “apenas um esboço superficial” (Freud, 1891/2014, p. 22), uma vez que seu objetivo não era desenvolver uma teoria da significação cerebral, mas examinar os

distúrbios da linguagem. O tom crítico se acentua quando Freud aponta as insuficiências das imagens projetivas do corpo propostas por Meynert e Wernicke, rejeitando a ideia de uma “imagem refletida genuína e completa do corpo” no córtex cerebral (Freud, 1877-1897(1897)/2018, p. 234, *tradução nossa*).

Ao longo dos anos, esse afastamento se intensifica. Em 1925, já em sua *Apresentação Autobiográfica*, Freud recorda que chegou a recusar a proposta de suceder Meynert na cátedra de anatomia do encéfalo. Apesar de ter recebido dele o acesso ao laboratório, relata que declinou da oferta “aterrorizado pela magnitude da tarefa”, e que talvez já intuisse que aquele “homem genial” não lhe tinha simpatia (Freud, 1925[1924] / 2018, p. 10, *tradução nossa*). A recusa não foi apenas pragmática, ela simbolizou o abandono definitivo de um caminho teórico que não mais lhe servia. Esse rompimento teórico encontra sua formulação clínica no texto *Neurose e Psicose* (1924[1923]), no qual Freud contesta diretamente a concepção de confusão alucinatória aguda elaborada por Meynert. Em vez de atribuir tal quadro a uma falência global do contato com a realidade, como sugeria a noção de “Amentia”, Freud propõe haver uma perturbação específica do vínculo entre o eu e o mundo externo: “Na amentia de Meynert – a confusão alucinatória aguda, talvez a forma mais extrema e impressionante de psicose –, o mundo exterior não é percebido de modo algum, ou então sua percepção carece completamente de eficácia” (Freud, 1924[1923]a/2018, p. 156, *tradução nossa*).

Num movimento de crítica aos modelos puramente descritivos, Freud também dirigiu uma objeção ainda mais contundente à concepção nosográfica de Emil Kraepelin¹⁸, cuja trajetória se inseria no contexto da escola alemã de psiquiatria, fortemente marcada pela influência de autores como Wilhelm Griesinger, que, como já mencionado, embora conhecido por sua defesa da base cerebral das doenças mentais, já articulava concepções anatômicas com formulações psicológicas sobre o sofrimento psíquico. Esse horizonte foi posteriormente aprofundado por Kraepelin que, em 1883, publicou o seu *Compêndio de Psiquiatria*, obra que, ao longo de suas edições, introduziu e refinou diferentes classificações nosográficas para os transtornos mentais, reforçando a concepção de que as doenças psíquicas apontavam para uma história clínica previsível. Freud, por sua vez, conhecia a produção kraepeliniana, particularmente as formulações consolidadas na sexta edição do *Lehrbuch für Studierende und Ärzte* (1899), cuja leitura lhe serviu de referência inicial, ainda que sua trajetória logo se deslocasse em direção a uma crítica ao modelo organicista (Alberti, 1999).

¹⁸ Emil Kraepelin (1856-1926) foi um influente psiquiatra alemão, considerado o fundador da psiquiatria moderna nosográfica.

Essa tensão entre Freud e Kraepelin foi mais uma marca da cisão entre a abordagem classificatória descritiva e a escuta clínica. Considerado o pai da psiquiatria descritiva e criador das categorias “demência precoce” e “psicose maníaco-depressiva”, Kraepelin representava, para Freud, o modelo que pretendia sistematizar a psicopatologia a partir de categorias observáveis e do curso clínico dos sintomas, suprimindo a dimensão subjetiva dos processos psíquicos. Em *Pontuações psicanalíticas sobre um caso de paranoia (Dementia Paranoides) descrito autobiograficamente* (1911[1910]), Freud propõe que a distinção entre a esquizofrenia e a paranoia deveria ir além das manifestações clínicas observáveis, sendo mais provável que a verdadeira diferença residisse no destino sofrido pela libido na retirada dos objetos, isto é, se ela se mantinha no narcisismo ou retrocederia até o autoerotismo (Freud, 1911[1910]/2017, p. 58). Nesse mesmo texto, Freud também critica a escolha do termo “demência precoce” para abordar a esquizofrenia, uma vez que essa nomeação poderia comprometer a possibilidade de reconhecer que, longe de expressar apenas um declínio das funções psíquicas, os quadros psicóticos evidenciavam operações psíquicas complexas, articuladas à dinâmica da libido e à tentativa de reconstrução da realidade.

Essa crítica de Freud à perspectiva classificatória da psiquiatria ampliava-se também para os métodos experimentais de sua época. Nas notas introdutórias do texto *A investigação forense e a psicanálise* (1906), James Strachey nos lembra da análise de Freud sobre os testes de associação de palavras a partir de uma palavra estímulo¹⁹, método avaliativo conduzido por Jung e pelo grupo de Zurique, retomando os procedimentos anteriormente introduzidos por Kraepelin. Embora reconhecesse que esses testes até fossem capazes de fornecer indícios da existência de conteúdos inconscientes, Freud era contundente ao afirmar que eram insuficientes, pois eram conduzidos, excluindo a necessária espontaneidade, ou livre associação, do sujeito em prol da mensuração advinda desse tipo de teste dirigido. O intuito de Freud era garantir a dimensão subjetiva que a clínica revelava.

Em contraste, a interlocução com Eugen Bleuler²⁰ constitui um eixo fundamental para a clínica, principalmente no que tange à psicose. Em 1911, no texto *Pontuações psicanalíticas sobre um caso de paranoia (Dementia Paranoides) descrito autobiograficamente* (1911[1910]), Freud

¹⁹ Nos experimentos de associação de palavras desenvolvidos no início do século XX – retomando procedimentos de Wundt e Kraepelin –, os sujeitos eram convidados a responder rapidamente a palavras-estímulo. A interpretação dessas respostas consideradas anômalas – como hesitações, lapsos ou atrasos – levou Jung e Riklin, no grupo de Zurique, a propor a noção de “complexo de representações emocionalmente coloridas”. Como observa James Strachey, embora Freud reconhecesse o interesse desses testes para captar manifestações inconscientes, ele considerava que, sem a consideração das operações de recalque e das formações substitutivas, o conceito de complexo permanecia limitado à superfície dos jogos associativos, afastando-se da estruturação profunda dos sintomas (Freud, 1906/2020, pp. 84-85).

²⁰ Eugen Bleuler (1857-1939) foi um psiquiatra suíço e uma das figuras mais influentes da psiquiatria do início do século XX. Conhecido por ter criado o termo “esquizofrenia”, contribuiu com as interlocuções entre psicanálise e psiquiatria.

menção a designação “esquizofrenia”, proposta por Bleuler para o mesmo grupo de formas clínicas anteriormente denominadas “demência precoce” por Kraepelin. Embora critique o nome por se apoiar em um traço teórico não exclusivo, Freud reconhece sua difusão e impacto clínico: “Também à designação de ‘esquizofrenia’, proposta por Bleuler para esse mesmo grupo de formas, poderia se objetar que só parece utilizável se não se lembrar de seu significado literal [...] Mas, em geral, não é muito importante como se nomeiam os quadros clínicos” (Freud, 1911[1910]/2017, p. 70, *grifo e tradução nossa*).

Já em *Contribuição à história do movimento psicanalítico* (1914), Freud relata ter recebido uma carta de Bleuler informando que seus textos estavam sendo lidos e utilizados no Burghölzli²¹, o que marca o início de uma colaboração com o grupo de Zurique: “Já antes, uma carta de Bleuler me havia informado que meus trabalhos estavam sendo estudados e aplicados no Burghölzli” (Freud, 1914/2020, p. 25, *tradução nossa*). Mais tarde, em *Breve informe sobre a psicanálise* (1924[1923]), Freud afirma que a elaboração compreensiva da esquizofrenia por parte de Bleuler “estabeleceu, de maneira provavelmente definitiva, a legitimidade dos pontos de vista psicanalíticos para a concepção dessas psicoses” (Freud, 1924[1923]b/2018, p. 216, *tradução nossa*).

A continuidade desse diálogo é retomada quando Freud insere a contribuição de Bleuler no contexto do Anuário de Pesquisas Psicanalíticas e Psicopatológicas²² como uma produção que nasceu como um primeiro florescimento diante de um cenário de luta dedicado exclusivamente à psicanálise, embora tenha sido interrompido com a eclosão da primeira Guerra Mundial (Freud, 1924[1923]b/2018, p. 213). No entanto, esse movimento não deixara de trazer frutos, pois não havia hostilidade que impedisse, no decorrer da década seguinte – o que inclui a sua segunda tópica do aparelho psíquico –, que a psicanálise “se espalhasse incessantemente em duas direções: no mapa, já que o interesse por ela surgiu em novos países, e no campo das ciências, onde estava encontrando aplicações em novas disciplinas” (Freud, 1924[1923]b/2018, p. 212, *tradução nossa*).

A fragmentação do eu, longe de ser explicada apenas por fatores associativos, passa a ser compreendida como efeito de uma falha na mediação entre os impulsos inconscientes e as exigências da realidade, evidenciando que nos casos de esquizofrenia não há substituição de um objeto por outro, como vemos na neurose, mas sim a retração do investimento libidinal, levando Freud a conceber, em *Neurose e Psicose* (1924[1923]) que “a esquizofrenia tende a levar à apatia afetiva, ou seja, à perda de toda a participação no mundo exterior” (Freud, 1924[1923]a/2018, p. 157, *tradução nossa*). Sem

²¹ Hospital Psiquiátrico Universitário de Zurique, dirigido por Eugen Bleuler, onde se iniciaram interlocuções entre a psiquiatria e a psicanálise no início do século XX.

²² *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen* (1909-1914).

dúvida, Freud reconhecia a relevância da formulação que Bleuler propôs para a compreensão da esquizofrenia, rompendo com os modelos clássicos centrados exclusivamente em fenômenos, ao afirmar, no texto *Breve informe sobre a psicanálise* (1924[1923]), que:

Bleuler [1906]²³ perseguiu, em um grande número de psicoses, o rastro do que ele chamou de “mecanismos Freudianos” [...]. Mais tarde, a elaboração abrangente da esquizofrenia de Bleuler [1911]²⁴ estabeleceu, provavelmente definitivamente, a legalidade dos pontos de vista psicanalíticos para a concepção das psicoses. Dessa forma, a psiquiatria tornou-se o próximo campo de aplicação da psicanálise, e assim permaneceu. (Freud, 1924[1923]b/2018, p. 216, *tradução nossa*)

Desde então, foi impossível que a psiquiatria seguisse ignorando a clínica psicanalítica, e não à toa Freud pôde nos localizar, diante do cenário em que vivia, que embora a psicanálise tivesse crescido “em um terreno muito restrito” (Freud, 1924[1923]b/2018, p. 203, *tradução nossa*), originalmente, tinha apenas um objetivo, “entender algo sobre a natureza das chamadas doenças nervosas ‘funcionais’, a fim de remediar a impotência em que os médicos até então se encontravam em seu tratamento” (Freud, 1924[1923]b/2018, p. 203, *grifo e tradução nossa*). Certamente a grande obra de Bleuler sobre as esquizofrenias [1906 e 1911], na qual a perspectiva psicanalítica era colocada em pé de igualdade com a perspectiva clínico-sistemática, aperfeiçoou esse resultado.

4. Considerações Finais ou um retorno à escuta clínica

Conforme pudemos verificar ao longo deste artigo, desde os seus primeiros escritos clínicos, Freud se mostrava sensível à complexidade do sofrimento psíquico e crítico aos limites da neurologia localizacionista e da psiquiatria classificatória vigentes em sua época. Formado sob os paradigmas da medicina positivista e da neurologia organicista, Freud rapidamente se deparou com o que escapava a esses moldes: sintomas que não correspondiam a alterações morfológicas e sofrimentos que não podiam ser objetivamente localizados no corpo. Essas constatações foram especialmente marcantes no trabalho com a histeria, experiência que lhe permitiu romper com os modelos descritivos da neurologia e da psiquiatria tradicional e inaugurar uma escuta voltada ao sujeito e à sua história.

Desde 1895, nos *Estudos sobre a histeria*, antes mesmo de inaugurar a psicanálise, Freud já havia assinalado um ponto fundamental ao afirmar que a eficácia terapêutica não se dá pela nomeação diagnóstica da dor ou do sofrimento, mas pelo trabalho que se realiza com as palavras do paciente:

²³ Bleuler, E. (1906). *Freudsche Mechanismen in der Symp. tomatologie von Psychosen. Psychiat-neurol. Wschr.*, 8, 323-338.

²⁴ Bleuler, E. (1911). *Dementia Praecox, oder Gruppe der Schizophrenien (Demencia precoz.)* Buenos Aires: Hormé.

“[...] o próprio dizer é o reflexo apropriado, como uma reclamação ou uma declaração, no caso de um segredo que atormenta (a confissão!)” (Freud, 1895[1893]/2017, p. 34, *tradução nossa*), e acrescenta:

Pouco a pouco aprendi a usar a dor despertada como uma bússola. Quando ela ficou sem palavras, mas ainda com dor, eu sabia que ela não havia dito tudo e pedi que ela continuasse a confissão até que a dor fosse removida pela palavra. (Freud, 1895[1893]/2017, p. 163, *tradução nossa*)

Ao escutar as pacientes histéricas, Freud percebe que o sintoma é um modo de falar – uma linguagem cifrada que exige deciframento, não rotulagem –, sendo nesse ponto que se funda a clínica psicanalítica: no reconhecimento de que o sofrimento não pode ser reduzido a uma estrutura nosológica fixa, pois ele responde a uma lógica inconsciente, singular, que atravessa cada sujeito. Essa posição se radicaliza em *A Interpretação dos Sonhos* (1900), onde Freud desfaz definitivamente com o ideal de uma clínica baseada em significados universais. Ele afirma que não há sentido pré-estabelecido nos conteúdos psíquicos, sendo cada elemento – do sonho, do sintoma, do ato falho e do chiste – passível de interpretação apenas a partir das associações do próprio sujeito: “Na análise da vida onírica temos, a cada passo, a impressão de que regras universais não podem ser estabelecidas” (Freud, 1900/2020, p. 65, *tradução nossa*), tal como os seus próprios pacientes o ensinaram:

Meus pacientes, que se comprometeram a comunicar-me todas as ocorrências e pensamentos que lhe chegavam sobre um determinado assunto, contaram-me suas histórias e assim me ensinaram que um sonho pode ser inserido na cadeia psíquica que deve ser perseguida voltando na memória de uma ideia patológica. Isso sugeriu que eu tratasse o próprio sonho como um sintoma e aplicasse a ele o método de interpretação elaborado para os sintomas. [Para isso, o paciente] é informado de que o sucesso da psicanálise depende de que possa comunicar tudo o que passa por sua cabeça, e que não se deixe levar, por exemplo, a sufocar uma ocorrência por considerá-la sem importância ou irrelevante, ou até porque lhe parece absurda. (Freud, 1900/2020, pp. 122-123, *tradução nossa*)

Essa recusa do universalismo interpretativo é também uma crítica às práticas diagnósticas que classificavam previamente os sujeitos, embora – vale lembrar – Freud não descartasse os sistemas classificatórios como um todo, mas os reconhecesse como insuficientes para captar o que há de mais determinante na estrutura psíquica, em termos de gênese e função. Freud já insistia nesse ponto junto ao caso Schreber, ao propor que, para além de classificar a psicose, era necessário compreender a organização subjetiva do sujeito, como no caso do delírio, que opera como tentativa de cura:

O enfermo subtraiu das pessoas ao seu redor, e do mundo exterior em geral, o investimento libidinal que até então lhes havia dirigido [...] com isso, tudo se tornou indiferente e sem envolvimento para ele, e precisa explicá-lo por meio de uma racionalização secundária, como algo “milagroso, improvisado às pressas”. O sepultamento do mundo é a projeção dessa catástrofe interior; seu mundo subjetivo foi sepultado, [...] mas ele] o reconstrói [o mundo] – claro que não da forma mais esplêndida, mas ao menos de modo que possa voltar a viver dentro dele. Ele o edifica novamente por meio do trabalho do seu delírio. Aquilo que nós consideramos a produção patológica do delírio é, na realidade, uma tentativa de cura, uma reconstrução. (Freud, 1911[1910]/2017, p. 65, *tradução nossa*)

No texto sobre *Neurose e Psicose* (1924[1923]) Freud retoma essa ideia, apontando para o que está encoberto, mas que precisa ser ouvido, afirmando, ao pensar a clínica da psicose, que “os fenômenos do processo patogênico estão frequentemente *encobertos* por uma tentativa de cura ou de reconstrução, que lhes sobrepõem” (Freud, 1924[1923] a / 2018, p. 157, *tradução e grifo nosso*). No entanto, a diferença para a clínica da neurose não se daria apenas por uma perda da realidade que, inclusive, ele faz questão de salientar que está para ambas, embora de maneiras distintas, mas pela diferenciação estrutural, e fundamental, entre os conflitos. Como Freud diz, uma fórmula simples, mas que reflete a diferença mais importante: “A neurose é o resultado de um conflito entre o eu e o isso, enquanto a psicose é o desfecho análogo de uma perturbação semelhante nas relações entre o eu e o mundo exterior” (Freud, 1924[1923]a/2018, p. 155, *tradução nossa*). A questão, portanto, está no fato de que o diagnóstico, na clínica psicanalítica, é sempre um ponto de partida, nunca de chegada. A escuta psicanalítica, nesse sentido, só se dirige a um diagnóstico em nome da direção de tratamento, se deixando conduzir pela lógica do discurso do sujeito, o que implica o determinismo do inconsciente, ponto que a psicanálise se afasta radicalmente das práticas que visam apenas ajustar o comportamento a padrões normativos. Ao apontar essa perspectiva desde o início de sua obra, Freud indica que a clínica psicanalítica não se restringe ao campo diagnóstico, mas se estende a toda experiência subjetiva, naquilo que ela comporta de falha e de singularidade.

Ao longo de suas pesquisas, verificamos que a clínica se desloca de um paradigma médico centrado no diagnóstico e na normalização para uma ética da escuta fundada no sujeito e na transferência, sendo esse o caminho através do qual nasce a psicanálise como uma prática de resistência à padronização do sofrimento, mantendo até hoje sua atualidade diante dos desafios que campos cada vez mais regulados por protocolos e critérios diagnósticos nos impõem. Reafirmar o lugar da psicanálise, nesse contexto, é reafirmar o lugar da fala, da escuta e da singularidade em detrimento de um cenário marcado pelo predomínio de práticas que eclipsam a fala do sujeito. Em nosso retorno ao diálogo de Freud com a medicina, evidencia-se que a psicanálise não se opõe ao diagnóstico como instrumento de orientação clínica, mas resiste à sua absolutização, sobretudo

quando este se converte em uma finalidade autônoma. O risco, nesse panorama, é que Freud insistia em salientar, é que a experiência psíquica seja inteiramente colonizada por categorias formais, dissolvendo-se, assim, a possibilidade de uma clínica que acolha o que há de mais opaco, enigmático e irreduzível na subjetividade de cada caso. É nesse ponto que a psicanálise se inscreve como uma clínica que tensiona os limites do modelo médico, não a partir de um exterior absoluto, mas desde dentro. Como formula Lacan no texto *O lugar da psicanálise na medicina* (Lacan, 1966/2001), a psicanálise pertence à medicina na medida em que ambas se ocupam do sofrimento humano, mas sua presença nesse campo não é pacífica, uma vez que adverte para o risco de que o discurso médico, ao operar com o ideal da ciência positiva, elimine do campo clínico aquilo que justamente o constitui; o sujeito:

O que o médico poderá opor aos imperativos que fariam dele o instrumento desta empresa universal da produtividade? Não há outro terreno que não esta relação por meio da qual ele é o médico, ou seja, a da demanda do doente. [...] Se o médico deve continuar a ser alguma coisa que não a herança de sua função antiga, que era uma função sagrada, é, a meu ver, prosseguir e manter em sua própria vida a descoberta de Freud. (Lacan, 1966/2001, p. 14, *grifo nosso*)

Essa formulação visa garantir as descobertas de Freud, deslocando o foco da lesão para a fala, da anatomia para o discurso, da nomeação técnica para a escuta do que ainda não tem nome. O que está em jogo não é negar a dimensão biológica, mas reconhecer que há, no sujeito, uma dimensão inconsciente que escapa ao enquadre classificatório: “existe desejo porque existe algo de inconsciente, ou seja, algo da linguagem que escapa ao sujeito em sua estrutura e seus efeitos e que há sempre no nível da linguagem alguma coisa que está além da consciência” (Lacan, 1966/2001, p. 12).

É por isso que a psicanálise está com a medicina em uma parceria crítica, e não na ideia de subordinação de uma prática a outra, pois as diferenças de cada campo – seja no discurso ou em seus limites –, não deixam de implicar o sujeito, “àquilo de que se trata em um certo parênteses, aquele que começa no nascimento, que termina na morte e que comporta questões, que comporta tanto um quanto a outra” (Lacan, 1966/2001, p. 12).

Essa questão é retomada por Sonia Alberti, em seu texto *Psicanálise: a última flor da medicina* (2001), no qual a autora propõe que a psicanálise possa ser compreendida como algo que brota no interior da medicina, mas que não se deixa submeter inteiramente à sua lógica, reafirmando o quanto foi fundamental que tanto Freud quanto Lacan nortegassem o encontro desses dois saberes: “a função do psicanalista junto ao médico: a de acompanhá-lo na luta contra sua subserviência à

capitalização de seu saber e de sua prática, fazendo aí resistência” (Alberti 2001, p. 48). É justo daí que pode advir a escuta do sofrimento psíquico para além da doença diagnosticada, classificada, listada ou localizada, aquilo que não cabe no protocolo, que está para além da nosologia e que pode dar lugar ao que ainda não tem nome:

[...] a essência do sujeito, isso não se reflete no espelho, isso não tem imagem, [...] assim como esse umbigo – retomando uma expressão que Freud utilizou em 1900 para falar do núcleo do sonho –, é o reflexo da medicina que ela não vê mas que a psicanálise pode apontar. (Alberti, 2001, p. 50)

Com isso, Alberti reforça o que há de mais potente na aposta psicanalítica: a disposição para escutar o que não se encaixa, o que não é imediatamente compreensível, e que, por isso mesmo, exige um outro tempo e um outro modo de escutar o sofrimento. É na medida em que a psicanálise não oferece um saber fechado sobre o sujeito que ela é, nas palavras de Lacan, “a última flor da medicina” (Lacan, 1975/2016, p. 29). Trata-se, portanto, de ouvir, não a partir de um diagnóstico preexistente, mas de um ponto de não saber que revela a singularidade de cada percurso. Em suma, ao se posicionar em tensão com os imperativos da normatividade diagnóstica, a psicanálise ocupa um lugar próprio: não o de uma especialidade entre outras, mas o de um campo clínico que aposta na fala como via de acesso ao sofrimento e na transferência como operador ético. Assim, se por um lado “A verdade a que a psicanálise pode conduzir [...] é a mesma que define o caráter sagrado da ação médica – ou seja, o respeito pelo sofrimento do homem” (Lacan, 1950/2003, p. 131), por outro:

A ação concreta da psicanálise é de benefício numa ordem rija [...] Ela possibilita um tratamento em que o sujeito não fica alienado em si mesmo [...] Mas, por esse fato, ela afirma também que nenhuma ciência das condutas pode reduzir a particularidade de cada devir humano, e que nenhum esquema pode suprir, na realização de seu ser, a busca em que todo homem manifesta o sentido da verdade [...] Mas é porque a verdade que ela busca é a verdade de um sujeito, precisamente, que ela não pode fazer outra coisa senão manter a ideia da responsabilidade, sem a qual a experiência humana não comporta nenhum progresso. (Lacan, 1950/2003, p. 131)

Reafirmar o lugar da psicanálise nesse diálogo é reafirmar a diferença diante dos impasses do tratamento do sofrimento na contemporaneidade, pois se o diálogo com a medicina se faz necessário, também se faz necessária a insistência de um gesto de escuta que recoloca o sujeito em cena, mesmo – e especialmente – quando ele aparece encoberto por classificações diagnósticas. Sabemos que, desde Freud, pensar a prática clínica é pensar um campo que implica primeiramente o sujeito, e que, por sua vez, envolve a subjetividade e o sofrimento psíquico, marca que sustenta a ética psicanalítica,

garantindo uma clínica fundamentada e orientada pelo caso a caso, uma clínica do singular, em detrimento de uma clínica localizacionista, nosológica ou patologizante; ou seja, em detrimento de uma clínica voltada ao diagnosticismo.

Para finalizar, retomo uma frase de Freud, que reafirma o lugar da psicanálise diante da medicina, refletindo a sua posição, destacada ao longo deste artigo. Trata-se de um texto apresentado como *Prefácio* (1919) do livro de Theodor Reik, intitulado *O ritual: estudo psicanalítico*, e que ratifica, tantos anos depois, a importância do discurso psicanalítico frente ao atual cenário de diagnosticismos:

A psicanálise nasceu de uma necessidade médica, surgiu da exigência de ajudar doentes nervosos [...] de poder ajudá-los com maior eficácia, na medida em que se compreendesse melhor as até então infundadas origens de seus sintomas de sofrimentos. Assim, a psicanálise, originalmente uma técnica puramente médica, orientou-se, desde o início, para a investigação, para a descoberta de amplas articulações ocultas [...]. A psicanálise aprendeu a reconhecer o poder das lembranças, a importância insuspeitada dos primeiros anos da infância na formação da vida adulta, a força dos desejos que distorcem o julgamento humano e determinam rigidamente seu direcionamento [...]. A partir daí, tornou-se uma tentação irresistível – um imperativo científico – aplicar os métodos de investigação da psicanálise cada vez mais longe de sua Terra mãe, às mais diversas áreas da ciência do espírito (Freud, 1919/*inédito*²⁵)

É nesse ponto que a psicanálise afirma sua posição: escutar o sujeito, mesmo – e sobretudo – quando ele ainda não tem palavras. Apostar que há sentido nos sintomas, mesmo quando se apresentam como ruído, e que haverá destino para os sintomas. Por isso, o diagnóstico, longe de ser um fim em si mesmo, deve servir à abertura de um campo de escuta e intervenção. Quando serve à burocracia, à classificação pura e simples, ou ao controle institucional, ele perde sua força clínica e se torna um instrumento de exclusão. Quando, ao contrário, serve ao tratamento, à direção da cura e à sustentação do desejo, ele reafirma sua função ética. Um bom diagnóstico, ou um diagnóstico preciso, como se costuma dizer, só é possível através de uma escuta clínica, e isso vale para todas as áreas que trabalham com o sofrimento humano.

²⁵ O livro de Theodor Reik, intitulado *O ritual: estudo psicanalítico* (1919), foi traduzido do alemão para o espanhol e para o inglês, não havendo tradução para o português. Aproveitamos esta Edição Temática da Revista Internacional de Filosofia e Psicanálise Natureza Humana para dividir com os leitores uma tradução livre do Prefácio de Freud, em português, com base no material já existente: no alemão (original) e no inglês e no espanhol (traduções). A tradução foi realizada por Luciana Ribeiro Marques, Sonia Alberti e Priscila Mählmann Muniz Dantas.

Referências

- Alberti, S. (1999). Apresentação. In S. Alberti (Org.). *Autismo e esquizofrenia na clínica da esquizo* (pp. 7-16). Rio de Janeiro: Marca d'Água.
- Alberti, S. (2001). Psicanálise: a última flor da medicina. In L. C. Figueiredo e S. Alberti (Orgs.). *Psicanálise: campo e práxis* (pp. 37-56). São Paulo: Escuta.
- Bleuler, E. (1906). Freudsche Mechanismen in der Symptomatologie von Psychosen. *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift*, 8, 34-36.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig, Viena: (s.n.). Tradução: *Demencia precoce*. Buenos Aires: Hormé.
- Breuer, J. e Freud, S. (1893-1895). Estudios sobre la histeria. In S. Freud. *Obras completas. Vol. 2* (pp. 3-260). Buenos Aires: Amorrortu, 2017.
- Freud, S. (1886). Observación de un caso severo de hemianestesia en un varón histérico. In S. Freud. *Obras completas. Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos (1886-1899) Vol. 1* (pp. 23-34). Buenos Aires: Amorrortu, 2020.
- Freud, S. (1889). Reseña de August Forel, Der Hypnotismus. In S. Freud. *Obras completas. Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos (1886-1899) Vol. 1* (pp. 95-110). Buenos Aires: Amorrortu, 2020.
- Freud, S. (1890). Tratamiento psíquico (tratamiento del alma). In S. Freud. *Obras completas. Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos (1886-1899) Vol. 1* (pp. 111-132). Buenos Aires: Amorrortu, 2020.
- Freud, S. (1891). Sobre a concepção das afasias. In L. A. Garcia-Roza (Org.). *Freud e seus interlocutores: as afasias de 1891* (pp. 13-124). Rio de Janeiro: Zahar, 2014.
- Freud, S. (1893 [1888-1893]). Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas. In S. Freud. *Obras completas. Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos (1886-1899) Vol. 1* (pp. 191-210). Buenos Aires: Amorrortu, 2020.
- Freud, S. (1897). Sumario de los trabajos científicos del docente adscrito Dr. Sigm. Freud, 1877-1897. In S. Freud. *Obras completas. Primeras publicaciones psicoanalíticas (1893-1899) Vol. 3* (pp. 219-250). Buenos Aires: Amorrortu, 2018.
- Freud, S. (1900). La interpretación de los sueños. Parte I. In S. Freud. *Obras completas. La interpretación de los sueños (1900-1901) Vol. 4* (pp. 3-612). Buenos Aires: Amorrortu, 2020.

- Freud, S. (1900-1901). La interpretación de los sueños. Parte II. In S. Freud. *Obras completas. La interpretación de los sueños (1900–1901) Vol. 5* (pp. 345-503). Buenos Aires: Amorrortu, 2020.
- Freud, S. (1905 [1901]). Fragmento de análisis de un caso de histeria. In S. Freud. *Obras completas. Fragmento de análisis de un caso de histeria. Tres ensayos de teoría sexual y otras obras (1901–1905) Vol. 7* (pp. 3-108). Buenos Aires: Amorrortu, 2017.
- Freud, S. (1905). El chiste y su relación con lo inconciente. In S. Freud. *Obras completas. El chiste y su relación con lo inconciente (1905) Vol. 8* (pp. 3-226). Buenos Aires: Amorrortu, 2020.
- Freud, S. (1905). Tres ensayos de teoría sexual. In S. Freud. *Obras completas. Fragmento de análisis de un caso de histeria. Tres ensayos de teoría sexual y otras obras (1901–1905) Vol. 7* (pp. 109-224). Buenos Aires: Amorrortu, 2017.
- Freud, S. (1906). La indagatoria forense y el psicoanálisis. In S. Freud. *Obras completas. El delirio y los sueños en la «Gradiva» de W. Jensen y otras obras (1906–1908) Vol. 9* (pp. 81-96). Buenos Aires: Amorrortu, 2020.
- Freud, S. (1911 [1910]). Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente. In S. Freud. *Obras completas. Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente. Trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras (1911–1913) Vol. 12* (pp. 1-76). Buenos Aires: Amorrortu, 2017.
- Freud, S. (1911). Formulas sobre los dos principios del acontecer psíquico. In S. Freud. *Obras completas. Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente. Trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras (1911–1913) Vol. 12* (pp. 217-232). Buenos Aires: Amorrortu, 2017.
- Freud, S. (1912). Sobre la dinámica de la transferencia. In S. Freud. *Obras completas. Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente. Trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras (1911–1913) Vol. 12* (pp. 93-106). Buenos Aires: Amorrortu, 2017.
- Freud, S. (1914). Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. In S. Freud. *Obras completas. Trabajos sobre metapsicología y otras obras (1914–1916) Vol. 14* (pp. 1-64). Buenos Aires: Amorrortu, 2020.
- Freud, S. (1915). Lo inconciente. In S. Freud. *Obras completas. Trabajos sobre metapsicología y otras obras (1914–1916) Vol. 14* (pp. 153-214). Buenos Aires: Amorrortu, 2020.
- Freud, S. (1924 [1923]a). Neurosis y psicosis. In S. Freud. *Obras completas. El yo y el ello y otras obras (1923–1925) Vol. 19* (pp. 151-160). Buenos Aires: Amorrortu, 2018.

- Freud, S. (1924 [1923]b). Breve informe sobre el psicoanálisis. In S. Freud. *Obras completas. El yo y el ello y otras obras (1923–1925) Vol. 19* (pp. 199-222). Buenos Aires: Amorrortu, 2018.
- Freud, S. (1925 [1924]). Presentación autobiográfica. In S. Freud. *Obras completas. Inhibición, síntoma y angustia. ¿Pueden los legos ejercer el análisis? y otras obras (1925–1926) Vol. 20* (pp. 1-70). Buenos Aires: Amorrortu, 2018.
- Freud, S. (1950 [1895]). *Proyecto de psicología*. In S. Freud. *Obras completas. Publicaciones prepsicoanalíticas y manuscritos inéditos (1886–1899) Vol. 1* (pp. 323-446). Buenos Aires: Amorrortu, 2020.
- Jones, E. (1989). *A vida e a obra de Sigmund Freud. Vol. 1: Os anos de formação e as grandes descobertas, 1856–1900*. Rio de Janeiro: Imago.
- Lacan, J. (1950). Premissas a todo desenvolvimento possível da criminologia. In J. Lacan. *Outros escritos* (pp. 127-131). Rio de Janeiro: Zahar, 2003.
- Lacan, J. (1966). O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana 32 – Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, 32, 8-14, 2001.
- Lacan, J. (1975). Conferência de 24 de novembro de 1975, Yale University (Seminário Kanzer). In F. Denez e G. C. Volaco (Orgs.). *Lacan in North America* (pp. 11-46). Porto Alegre: Editora Fi, 2016.
- Quinet, A. (2003). Apresentação. In A. Quinet (Org.). *Grande histeria*. (Clássicos Bacamarte, n. 1). Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria e Rios Ambiciosos.
- Roudinesco, E. (2008). *Jacques Lacan: esboço de uma vida, história de um sistema de pensamento*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.