

O INCONSCIENTE E A DIREÇÃO DE CURA EM PSICANÁLISE¹

Marina de Souza Silva Siqueira²
Regina Coeli Aguiar Castelo Prudente³

RESUMO:

Este artigo é resultado de uma revisão narrativa da literatura, com o objetivo geral de discorrer sobre o inconsciente e suas manifestações, bem como considerar o que é o tratamento psicanalítico e a direção de cura de uma análise. A fonte principal de pesquisas derivou dos escritos de Sigmund Freud, Elisabeth Roudinesco e Michel Plon, Luiz Alfredo Garcia-Roza, Leila Longo, Juan-David Nasio e Denise Maurano. Tais autores contribuíram para as ponderações e questionamentos levantados acerca da direção de cura em psicanálise e do método de tratamento psicanalítico. Além disso, foram abordados os temas referentes ao inconsciente e suas formações (ato falho, sonho, chiste e sintoma), à associação livre e à transferência, já que possuem papel fundamental na aplicação do método freudiano de tratamento. Pontuou-se que através da associação livre o acesso ao inconsciente torna-se possível na análise e que o discurso do paciente precisa ser endereçado, pela transferência, a um analista que ocupe um lugar de detentor de saber. Ponderou-se, ainda, que a direção de cura do tratamento psicanalítico não sugere, necessariamente, uma remissão completa dos sintomas, mas, sim, a implicação e responsabilização do analisando com eles, de modo que viva e trabalhe bem.

Palavras-chave: Direção de cura. Formações do inconsciente. Inconsciente. Método psicanalítico. Psicanálise.

THE UNCONSCIOUS AND HEALING DIRECTION IN PSYCHOANALYSIS

ABSTRACT:

This article is the result of a narrative review of the literature, with the general objective of discussing the unconscious and its manifestations, as well as considering what the psychoanalytic treatment is, as well as the healing direction of a therapy. The main source of research derived from the writings of Sigmund Freud, Elisabeth Roudinesco and Michel Plon, Luiz Alfredo Garcia-Roza, Leila Longo, Juan-David Nasio, and Denise Maurano. These authors contributed to the considerations and questions raised about the healing direction in psychoanalysis and the method of psychoanalytic treatment. In addition, the themes related to the unconscious and its formations (Freudian slip, dream, joke and symptom), free association and transference were discussed, as they play a fundamental role in psychoanalysis. It was pointed out that

¹ Artigo de trabalho de conclusão de curso de Graduação em Psicologia do Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora (CESJF) na Linha de Pesquisa Práticas Clínicas. Recebido em 18/10/19 e aprovado, após reformulações, em 18/11/19.

² Discente do curso de graduação em Psicologia do Centro de Ensino Superior de Juiz de (CESJF). E-mail: m.siqueira_psi@outlook.com

³ Mestre em Psicologia pelo Centro de Ensino Superior de Juiz de (CESJF) e docente do Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora (CESJF). E-mail: rcacastelo@bol.com.br

through free association, the access to the unconscious becomes possible in the therapy and that the patient's discourse needs to be addressed, by transference, to an therapist who occupies the position of holder of knowledge. In addition, it was considered that the healing direction of the psychoanalytic treatment does not necessarily suggest a complete remission of symptoms, but rather the implication and accountability of the patient undergoing psychoanalysis with them so that they live and work well.

Keywords: Healing direction. The psychoanalytic method. Formations of the unconscious. The unconscious. Psychoanalysis.

1 INTRODUÇÃO

Freud (2010b) vai definir a Psicanálise como uma disciplina singular, fruto da experiência clínica. Seu objetivo, segundo Jorge (2017), é dar ou trazer de volta a capacidade da pessoa trabalhar e amar, obtendo prazer e levando uma vida ativa. E seu triunfo, para Freud (2016c), é tornar um bom número de seus pacientes duradouramente capazes de viver. Alcança-se isso, diferentemente do que se percebe na medicina, por meio de trocas de palavras entre o analisando e o analista; nada de remédios ou mesmo utilização de instrumentos (FREUD, 2014a).

Esse modo peculiar de tratamento muitas vezes traz à tona questionamentos acerca da eficácia da Psicanálise. Maurano (2010) ressalta que há quem diga que a Psicanálise está ultrapassada diante de tantas transformações no século atual e que falar sobre problemas, ideias e reflexões para um analista também estariam fora de moda. Vivemos na era das informações imediatas e do consumo desenfreado, da intolerância ao sofrimento, da apatia e da procura por pílulas que evitem e silenciem a dor; já em uma terapêutica baseada na associação livre de ideias⁴, preconiza-se que o paciente reconheça e encare o sofrimento psíquico do qual padece.

Diante disso, abre-se uma reflexão acerca do que se trata a direção de cura em um tratamento psicanalítico, que hoje pode ser complementado – e até ultrapassado – pelo uso de medicamentos ou mesmo substituído por terapias outras (FERREIRA, 2014). Afinal, como se dá o acesso à dimensão inconsciente durante o processo analítico? E, além disso, pode-se dizer que a direção de cura em psicanálise faz

⁴ A associação livre é a técnica psicanalítica na qual o analista solicita ao paciente que fale livremente, sem julgamentos, tudo o que lhe vier a mente, mesmo que seus pensamentos lhe pareçam absurdos ou vergonhosos (JORGE, 2017)

referência a uma remissão completa de sintomas? Tais problemas culminam na hipótese de que através da associação livre o acesso ao inconsciente torna-se possível na análise e que o discurso do analisando precisa ser endereçado a um analista que ocupe o lugar de detentor de saber para o paciente. Além disso, hipotetiza-se que a direção de cura do tratamento psicanalítico não sugere, necessariamente, a remissão completa dos sintomas, mas a implicação e responsabilização do analisando com eles, de modo que possa conduzir sua vida de maneira mais fluida e ativa.

Por isso, o objetivo geral consiste em discorrer sobre o inconsciente e suas formações, bem como considerar o que é o tratamento psicanalítico e a direção de cura de uma análise. Para tanto, os objetivos específicos são: descrever o inconsciente e suas formações (ato falho, chiste, sonho e sintoma) e manifestações; explicar sobre a técnica da associação livre, tratando dos conceitos de ab-reação, catarse e elaboração; destacar a psicoterapia psicanalítica como método de tratamento psicológico; e ressaltar a direção de cura com a qual uma análise pode se implicar.

Assim, este artigo caracteriza-se como uma pesquisa exploratória, de natureza qualitativa, sendo seu procedimento de coleta bibliográfico. Tais especificidades se traduzem em uma revisão narrativa da literatura e os textos que a embasaram foram, em sua maioria, livros de Sigmund Freud, Elisabeth Roudinesco e Michel Plon, Luiz Alfredo Garcia-Roza, Leila Longo, Juan-David Nasio, Denise Maurano e Jacques Lacan. Outros autores foram utilizados como biografias complementares.

2 INCONSCIENTE: A DESCOBERTA FREUDIANA

Para chegar ao que hoje se conhece por Psicanálise, Freud passou por alguns mestres e, principalmente, por algumas pacientes histéricas; utilizou e depois abandonou a hipnose; olhou para situações cotidianas que a ciência da sua época preferia não ver; empreendeu um caminho um tanto solitário e muito criticado; e, ainda, segundo ele mesmo, feriu pela terceira vez o narcisismo ocidental, ao postular sobre o inconsciente (GARCIA-ROZA, 2009).

Como apontam Roudinesco e Plon (1998), o vocábulo inconsciente pode ser utilizado como um adjetivo – designando os processos mentais que não são pensados de maneira consciente – ou como um substantivo – caracterizando forma pejorativa de se referir a alguém irresponsável e louco, que não pode responder por si e seus atos. Porém, em termos psicanalíticos, o inconsciente tem uma dimensão muito maior que a do linguajar comum, pois juntando as tradições da psiquiatria dinâmica⁵ e da filosofia alemã, Freud inventou uma concepção inédita do termo e fez dele um conceito fundamental na Psicanálise (ROUDINESCO; PLON, 1998).

No artigo O Inconsciente do livro **Introdução ao Narcisismo, Ensaio de Metapsicologia e outros textos**, Freud (2010a) afirma que é uma pretensão insustentável exigir que tudo o que acontece na psique seja conhecido pela consciência. Para o autor, esta abrange um conteúdo mínimo e grande parte do que denominamos por conhecimento consciente costuma estar em estado de latência por longo tempo⁶. Além do mais, Freud (2010a) considera inadequada a equiparação daquilo que é psíquico com o que é consciente. Ele pondera que existem atos conscientes que costumam parecer desconexos e de difícil compreensão quando se insiste que toda a experiência humana pode estar restringida à consciência e que o inconsciente não produz efeitos (FREUD, 2010a).

Apesar de não se poder localizar os estados latentes da vida psíquica na fisiologia, Freud (2010a) destaca que eles se relacionam com os processos psíquicos conscientes e até podem se transformar neles à partir de um trabalho de análise. O autor comenta, ainda, que um ato psíquico passa por duas fases: na primeira ele é inconsciente e é submetido a um exame, a censura, que pode classificá-lo ou não como capaz de tornar-se consciente; se ele passar, vai para a segunda fase e se torna parte do sistema pré-consciente⁷, podendo ascender ao consciente sem dificuldades.

⁵ Esse termo é empregado por historiadores para caracterizar escolas e correntes interessadas na descrição e na terapia das chamadas doenças da alma (que envolvem a loucura e a psicose), dos nervos (a neurose) e do humor (como a melancolia), à partir de uma perspectiva dinâmica que pressupõe o tratamento psíquico baseado na transferência entre o analista e o analisando, “[...]desde o magnetismo de Franz Anton Mesmer até a psicanálise, passando pelo hipnotismo e pelas diversas psicoterapias” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 627).

⁶ A isso Freud (2010a) dá o nome de inconsciência psíquica.

⁷ De acordo com Roudinesco e Plon (1998, p.596), o pré-consciente é uma instância ou sistema cujos conteúdos, “[...] apesar de não estarem presentes na consciência, continuam acessíveis a ela, diversamente dos conteúdos do sistema inconsciente”.

Além dessas constatações, Freud (2010a) também ensina que as características do inconsciente são diferentes das do consciente. No primeiro não há negação, dúvida ou graus de certeza e seus processos são atemporais, ou seja, os conteúdos não sofrem a ação do tempo cronológico (FREUD, 2010a; GARCIA-ROZA, 2009). Tais processos também não levam em consideração a realidade⁸, sendo regidos pelo processo primário (FREUD, 2010a), em que a energia flui livremente, passando de uma representação para outra, segundo mecanismos de condensação e deslocamento⁹ (LONGO, 2011).

Freud (2010a) assevera, ainda, que não se deve pensar no inconsciente como acabado ou caracterizá-lo como um órgão rudimentar ou mesmo um resíduo do desenvolvimento. Na verdade, ele é “[...] algo vivo e capaz de desenvolvimento, e mantém bom número de outras relações com o *Pcs*¹⁰, entre elas também a de cooperação” (FREUD, 2010a, p. 96, grifo do autor). Segundo Freud (2010a), o inconsciente influencia constantemente o pré-consciente e até mesmo é influenciado por ele.

Diante do saber proposto e exposto por Freud (2010a) em seu texto O Método Psicanalítico de Freud, no qual o autor escreve acerca do psiquismo humano, pondera-se que o tratamento psicanalítico baseia-se no acesso e na influência ao inconsciente à partir do consciente, coisa que embora seja difícil e lenta é também possível para o pai da Psicanálise. Freud (2010a) comenta ter percebido nos seus atendimentos que os pensamentos espontâneos dos pacientes tinham muitas lacunas e que quando as pessoas eram forçadas a preencher esses vácuos apresentavam grandes dificuldades e mal estar ao lembrarem – isso por causa da **repressão**, termo que será explicado mais adiante quando tratarmos da associação livre.

Os pensamentos espontâneos que os pacientes evitavam recordar na análise são considerados por Freud (2016b) como derivados de produtos psíquicos reprimidos, censurados, ou seja, advindos do inconsciente. E, por isso, a relação entre

⁸ No **Dicionário de Filosofia**, esse termo indica “[...] o modo de ser das coisas existentes fora da mente humana ou independentemente dela” (REALIDADE, 2012, p. 976). Trata-se aqui, portanto, da realidade material e externa, como definem Roudinesco e Plon (1998).

⁹ Na condensação percebe-se a fusão de diferentes ideias inconscientes, que se transformam em uma única imagem ou ideia apresentadas no consciente; e no deslocamento há a transformação de um conteúdo latente primordial e inconsciente em detalhes secundários, que aparecem como conteúdo manifesto consciente (ROUDINESCO; PLON, 1998).

¹⁰ Sigla utilizada por Freud (2010a) para designar o sistema pré-consciente.

pensamentos não intencionais com material psíquico reprimido tem grande valor para a proposta terapêutica freudiana (FREUD, 2016b). Para o autor, é possível tornar consciente aquilo que se caracteriza como inconsciente, quando se tem um método capaz de alcançar o material reprimido através de pensamentos espontâneos e ao material deformado à partir das deformações. Assim, Freud trata da arte interpretativa¹¹ e revela que o objeto desse trabalho não se restringe apenas aos pensamentos espontâneos, mas se estende também aos sonhos, aos atos não intencionais e não planejados e aos erros nas ações cotidianas (FREUD, 2016b).

Nas sessões secundárias a seguir, será ressaltado, portanto, que o inconsciente, dotado de atividade própria, se revela à consciência através de sonhos, atos falhos, chistes e até mesmo sintomas, aos quais, em conjunto, Lacan dá o nome de formações do inconsciente. De repente, em algo pronunciado ou escrito alguma coisa tropeça, surpreende, vacila... e o que mais chama a atenção não é somente a descontinuidade no discurso, mas também o sentimento de ultrapassagem (LACAN, 1985), no qual o sujeito se sente atropelado por outro: o sujeito do inconsciente (GARCIA-ROZA, 2009).

2.1 O ATO FALHO

Garcia-Roza (2009), relata que os fenômenos normais, que nada têm a ver com enfermidades e que mais chamaram a atenção de Freud em um primeiro momento foram as parapraxias (ou atos falhos), os sonhos e os chistes, posto que funcionavam como indícios seguros do determinismo psíquico e dos motivos inconscientes. O autor justifica isso a partir do exemplo famoso, um ato falho de Freud, referente ao esquecimento do nome Signorelli e suas tentativas de lembrá-lo, no qual fica claro que apesar de não conseguir reproduzir o nome, sabia-se que os substitutos não correspondiam ao que foi esquecido (GARCIA-ROZA, 2009).

Roudinesco e Plon (1998, p. 40) definem ato falho como “[...] ato pelo qual o sujeito, a despeito de si mesmo, substitui um projeto ao qual visa deliberadamente por uma ação ou conduta imprevista”. Tal fenômeno não costuma chamar a atenção, tanto

¹¹ Nasio (2019) vai definir a interpretação como toda palavra ou ação do analista em prol de tornar consciente o inconsciente, pois, a partir disso, o paciente dá-se conta do que ignora e do temor que o mantém nessa ignorância.

por sua brevidade quanto pelo despertar de pequenos afetos. Porém, para Freud (2014a), explicá-lo com base na teoria psicofisiológica ou da atenção nem sempre é possível e totalmente abrangente.

Em **Conferências Introdutórias à Psicanálise**, texto que compila as primeiras conferências proferidas por Freud, o autor enumera algumas variações dessa formação do inconsciente: o lapso verbal, que ocorre quando alguém pretende dizer ou escrever uma palavra, porém diz ou escreve outra, podendo perceber ou não; o lapso de leitura, quando se lê algo diferente do que está escrito; o lapso da audição, no qual ouve-se algo diferente do que foi falado, descartando distúrbios orgânicos; o lapso de memória, que é temporário e se refere a esquecimento de nomes ou de realizar atividades; o extravio, quando a pessoa esquece onde colocou determinado objeto e não consegue encontrá-lo; e, por último, os equívocos, também temporários, nos quais se acredita em algo que, tanto antes quanto depois, não é exatamente o que se pensava (FREUD, 2014a). Para o autor, o lapso mais comum é quando, ao invés de dizer uma palavra, alguém diz outra semelhante; já o que mais se destaca é aquele no qual se diz ou faz exatamente o oposto do pretendido¹² (FREUD, 2014a).

Lacan (1998) considera que o ato falho é um ato bem sucedido, ou seja, a seu modo satisfaz desejos inconscientes, mesmo com as emoções posteriores que provoca. Seu efeito revelador pode trair quem fala e ao mesmo tempo orientar o ouvinte acerca do sentido real referente ao que o falante diz (LONGO, 2011). Uma combinação estranha de palavras ou uma expressão que parece forçada são suficientes para demonstrar que pensamentos inconscientes participam da fala do paciente e encobrem outras motivações (FREUD, 1996b).

De acordo com Longo (2011), através de um ato falho os pensamentos inconscientes encontram vias de escoamento e, para tanto, chegam à consciência através dos mecanismos de deslocamento e condensação citados anteriormente. No livro **Sobre a psicopatologia da vida cotidiana**, Freud (1996b) exemplifica o deslocamento nos atos falhos através do esquecimento de nomes próprios. Para ele, tal mecanismo pode ser evidenciado quando outros nomes surgem no curso do pensamento ao invés daquele que precisa ser recordado, numa forma de substituição

¹² A repressão de falar alguma coisa é, para Freud (2014a), condição *sine qua non* para a ocorrência de um lapso verbal.

do nome esquecido, mudando o foco (FREUD, 1996b). Isso não seria arbitrário e obedeceria a leis próprias, assim como na condensação, a qual Freud (1996b) detalha ao tratar dos lapsos verbais. A condensação poderia apresentar-se, por exemplo, através da fusão de duas ideias¹³, trazendo à tona outro sentido ao que era pretendido e revelando intenções inconscientes (FREUD, 1996b).

Em suma, Freud (2014a) conclui que os atos falhos são soluções de compromissos; significam sucesso e insucesso parciais de suas intenções; muitas vezes multiplicam-se, ligam-se e sucedem-se. Não são casuais, mas atos psíquicos importantes, em sua maioria dotados de sentido; “[...] basta que os tomemos ao pé da letra” (FREUD, 2014a, p. 53).

2.2 O SONHO

Outro fenômeno comum, porém munido de sentido, como considera Freud, é o sonho, também chamado por ele de guardião do sono (FREUD, 2014a; FREUD, 1987). Seu estudo era bastante relacionado ao misticismo ou à fisiologia do sono, mas tornou-se objeto de investigação psicanalítica e acabou sendo um divisor de águas para a teoria (ROUDINESCO; PLON, 1998; GARCIA-ROZA, 2009).

De acordo com Roudinesco e Plon (1998, p. 722), o sonho é um fenômeno psíquico produzido durante o sono e “[...] predominantemente constituído por imagens e representações cujo aparecimento e ordenação escapam ao controle consciente do sonhador”. Freud (2014a) explana que o estado do sono em muito se assemelha a nossa condição no útero materno e, enquanto sua tendência biológica é repousar, a psicológica é a de suspensão de interesse pelo mundo.

Diante disso, o sonho seria o “[...] modo como a psique reage aos estímulos que atuam sobre o sono” (FREUD, 2014a, p. 119) e tais estímulos podem ser internos (como necessidades fisiológicas) ou externos (como ouvir sons e integrá-los aos sonhos), porém não só. Sonhos são longos, curtos, nítidos, débeis, confusos,

¹³ A título de exemplo, em **Conferências Introdutórias à Psicanálise**, Freud (2014a, p.54, grifo do autor) comenta sobre a fala de uma senhora com relação ao marido: “Ele pode comer e beber o que *eu* quiser”. A partir daí, o autor destaca que nesse ato falho existem as seguintes frases condensadas: “Ele pode comer e beber o que quiser, mas ele lá tem que querer? Quem pode querer sou eu” (FREUD, 2014a, p.54).

sombrios, loucos, fantásticos, belos, impressionantes, angustiantes e muito mais, demonstrando o enorme repertório da atividade psíquica noturna (FREUD, 2014a).

No livro **A interpretação dos sonhos (segunda parte) e sobre os sonhos**, Freud (1987) destaca que durante a vigília o sonho vai se perdendo aos poucos, sendo esquecido e tornando-se cada vez menos detalhado. Isso porque, apesar de esforçar-se para avançar à consciência, o conteúdo do sonho é barrado por uma censura, que no decorrer da noite estava reduzida (FREUD, 1987). O recordado, então, é um substituto deformado e o sonho se revela como uma forma disfarçada de realização de desejos (GARCIA-ROZA, 2009; FREUD, 2014a; LONGO, 2011).

Em **O chiste e a sua relação com o inconsciente**, Freud (2017) comenta que aquilo que conhecemos através da lembrança deixada pelo sonho ao acordarmos – seu conteúdo manifesto – normalmente é fragmentado, o sonho nos parece estranho e não podemos explicar sua origem. Por ser experienciado predominantemente através de imagens visuais, os sonhadores podem, ainda, apresentar dificuldade para transpor suas experiências oníricas em palavras (FREUD, 2014a).

Essa dificuldade também pode relacionar-se à confusão ou estranheza próprias dos sonhos, nos quais a condensação e o deslocamento estão claramente presentes. A primeira é uma construção mista no sonho, nela os conteúdos latentes são excluídos, fragmentados ou, ainda, fundidos aos manifestos – como quando se sonha com uma pessoa e esta aparenta ter o rosto ou a voz de outra (FREUD, 2014a). Já o segundo se expressa através da substituição de um elemento latente por uma alusão ou da mudança do foco de algo importante para outro irrelevante, a serviço da censura (FREUD, 2014a).

Segundo Garcia-Roza (2009), é exatamente por isso que o sentido do sonho não é acessível de imediato e não esgota-se numa única interpretação. Todo sonho é sobredeterminado, ou seja, remete-nos a diversas cadeias de pensamentos latentes, como qualquer outra formação do inconsciente (GARCIA-ROZA, 2009). Freud (2014a) considera possível e bastante provável que o sonhador tenha ciência do que o sonho significa, apenas não sabe disso, ou, na verdade, crê não saber. Propõe, portanto, que o sonhador faça por si só a interpretação de seu relato, do mesmo modo em que se pergunta a alguém que cometera um lapso verbal qual fora sua intenção com ele (FREUD, 2014a).

2.3 O CHISTE

Assim como ocorreu com os sonhos e os atos falhos, Freud (2017) considerou que os esforços destinados pelos estudiosos ao entendimento do chiste não fizeram jus a seu papel em nosso psiquismo. A primeira impressão que se tem é a de que ele não poderia ser tratado fora de um contexto cômico, porém, para Freud (2017), o que mais se relaciona à natureza do chiste é o fato dele fazer aparecer algo escondido ou oculto, e não a própria comicidade. Como destaca Maurano (2010), através do humor e das brincadeiras dizemos coisas que jamais diríamos seriamente.

No **Dicionário de Psicanálise**, lê-se que enquanto o sonho é a expressão da realização de um desejo e de evitação de desprazer, o chiste é produtor de prazer e recorre aos mecanismos de deslocamento e condensação¹⁴, caracterizando-se fundamentalmente “[...] pelo exercício da função lúdica da linguagem, cujo primeiro estágio seria a brincadeira infantil e o segundo, o gracejo” (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 113). Dentre os variados tipos de chistes, Freud (2017) diferencia os inofensivos – que têm fim próprio e não servem a outra intenção – dos tendenciosos (que compreendem os chistes agressivos, obscenos, céticos e cínicos e estão a serviço de outra intenção). A partir daí, o autor pondera que essa formação do inconsciente acaba possibilitando, mesmo em sua brevidade, a satisfação de um instinto ante algum obstáculo interno ou externo (FREUD, 2017).

Outro ponto citado por Freud (2017) é que o chiste precisa ser comunicado e de certo modo aprovado por uma terceira pessoa, o que revela seu caráter social. Diferentemente de outras formações do inconsciente, ele é a única expressão social do sujeito do inconsciente: o prazer é compartilhado, há alívio de tensões (LONGO, 2011). Além disso, grande parte dos chistes tem um período curto de vida, precisando de frescor e atualidade para provocar o riso (FREUD, 2017).

¹⁴ A condensação no chiste ocorreria através da fusão de significados, como, por exemplo, na expressão **familionário** (familiar + milionário) que é incompreensível fora de seu contexto, mas conveniente e cômica quando explicada por Freud (2017). Já o deslocamento aconteceria com o desvio no curso do pensamento, dando-se ênfase para um tema diferente do que fora apresentado inicialmente e produzindo o riso.

O chiste ocorre involuntariamente, sem planejamento, mesmo com o objetivo de obter prazer através do jogo de palavras. Segundo Freud (2017), ele nem sempre está acessível à memória, surgindo em locais do curso do pensamento onde não se compreende a razão de tal aparecimento. No entanto, o autor acredita que somos incapazes de empreender algo sem qualquer intenção, como em sua interpretação acerca dos atos falhos, na qual relata a impossibilidade do falante manifestar intenções que desconhece (FREUD, 2014a).

2.4 O SINTOMA

Na época de Freud havia dois grupos de doenças: as com sintomatologia regular, com identificação de lesão orgânica; e as perturbações sem lesão, com sintomas que não seguiam a regularidade desejada (GARCIA-ROZA, 2009). Obviamente as histerias encaixavam-se no segundo grupo e Freud (2014a) vem para revelar que apesar da psiquiatria pouco se importar com a manifestação ou conteúdo de um sintoma, a Psicanálise confirma que ele guarda íntima relação com a história pessoal do enfermo. Assim, tal como os atos falhos, os sonhos e os chistes, o sintoma tem um sentido.

Em Os caminhos da formação de sintomas, texto encontrado em **Conferências Introdutórias à Psicanálise**, Freud (2014a, p. 475) define os sintomas psíquicos como “[...] atos prejudiciais à vida como um todo, ou pelo menos inúteis, dos quais frequentemente a pessoa se queixa como algo indesejado e que traz sofrimento ou desprazer”. E em Inibição, Sintoma e Angústia, o autor complementa que “[...] o sintoma é indício e substituto de uma satisfação instintual que não aconteceu, é consequência do processo de repressão” (FREUD, 2014b, p. 14). O principal dano de um sintoma, para Freud (2014a), seria o custo psíquico que ele envolve, principalmente para removê-lo, posto que é resistente e bem sustentado. Além disso, como indica Nasio (2019), a característica própria do sintoma é o reaparecimento espontâneo, a tendência a se repetir.

De acordo com Jorge (2003), o sintoma segue o mesmo processo de formação que o sonho, pois apesar de fazer a pessoa sofrer, também satisfaz-lhe um desejo. Assim, sintomas neuróticos seriam resultado de um conflito que surge para satisfazer

a libido, produtos desfigurados da realização de um desejo inconsciente (FREUD, 2014a). Quando interceptada, a libido precisa escapar e faz isso por algum caminho indireto ao qual possa descarregar-se, de acordo com as exigências do princípio do prazer e os mecanismos de condensação e deslocamento¹⁵ (FREUD, 2014a).

Racionalmente, segundo Freud (2014a), os sintomas não lembram o paciente de nada que ele entenda por satisfação, o que dificulta tal reconhecimento, especialmente por tratar-se de uma satisfação à maneira infantil. Através da análise dos sintomas chega-se a vivências infantis que podem ou não ter relação com a realidade, mas que precisam ser consideradas, já que a realidade psíquica é também extremamente relevante (FREUD, 2014a).

Pondera-se, no entanto, que o que leva alguém a fazer uma análise é o extremo desconforto, não necessariamente o sintoma. Nem todo sintoma, apesar de ligar-se a um mal estar¹⁶, se expressa como um martírio para aquele que o tem (DUNKER, 2011). Já quando o paciente vai ao consultório de um analista é porque tem uma demanda que normalmente relaciona-se a um sofrimento.

Assim, a única justificativa para a intervenção do psicanalista seria o sofrer demais daquele que o procura (LACAN, 1985). Porém, em Psicanálise, não basta que o paciente queixe-se de seu sintoma e implore para desvencilhar-se; é preciso, ainda, que o elabore enquanto um sintoma analítico (QUINET, 2009). Isso significa que o analisando precisa endereçar sua demanda ao analista e ao mesmo tempo questionar seu sintoma, sendo instigado a decodificar tal enigma (QUINET, 2009).

3 ASSOCIAÇÃO LIVRE: A TÉCNICA DA PSICANÁLISE

A atenção de Freud para aquilo que os pacientes relatavam começou no seu estágio com Jean-Martin Charcot, médico que interessou-se especialmente pela histeria. Utilizando-se da hipnose, Charcot percebeu que por não ser da ordem física, surgia a necessidade do paciente narrar sua história para que o médico localizasse o

¹⁵ No texto Os caminhos da formação dos Sintomas, Freud trata do deslocamento e da condensação como extremos. Segundo ele, no deslocamento a satisfação restringe-se a um pequeno detalhe de todo o complexo libidinal e na condensação a satisfação é comprimida em uma única sensação ou inervação (FREUD, 2014a).

¹⁶ Para Dunker (2011), o termo mal-estar refere-se ao padecimento que não pode ser separado da relação com o outro, da condição de estar no mundo.

momento traumático responsável pelo sintoma histérico (GARCIA-ROZA, 2009). Ele, no entanto, não aceitou o componente sexual dos casos de histeria e este foi o ponto de partida da investigação freudiana (GARCIA-ROZA, 2009), da mesma forma que a curiosidade de Freud acerca da hipnose desempenhou papel crucial na criação da Psicanálise e na descoberta do inconsciente (JORGE, 2017).

Jorge (2017) relata que Josef Breuer também chegara a conclusão que os sintomas histéricos, ao serem expressados verbalmente, desapareciam. Esse método de Breuer, que convenientemente Anna O.¹⁷ batiza de **limpeza da chaminé** ou **cura pela fala**, era concebido como catártico, posto que nele acontecia uma descarga afetiva ligada à situação traumática, através da rememoração sugerida pela hipnose (GARCIA-ROZA, 2009). Quando o próprio paciente encontrava o fato traumático, produzia-se a liberação do afeto, num processo de descarga emocional que anulava seus efeitos patogênicos – a ab-reação (GARCIA-ROZA, 2009; ROUDINESCO; PLON, 1998; NASIO, 1999).

Utilizando-se disso, Freud percebe que nem todos os pacientes eram hipnotizáveis e que nem sempre havia muito ganho com aqueles que o eram, e dá mais um passo ao aplicar a coerção associativa, uma tentativa de estimular e até exigir a rememoração, sem hipnose, daquilo que fora esquecido (NASIO, 1999). Através de uma pressão na testa, sugeria que seus pacientes lembrassem de algo e muitas vezes eles, como num passe de mágica, tinham mesmo o que dizer (NASIO, 1999).

Aos poucos, no entanto, Freud tanto passa a entender que a hipnose apenas eliminava sintomas e não os curava, como também compreende que sugestões didáticas falhavam (GARCIA-ROZA, 2009; JORGE, 2017; DUNKER, 2011). As observações clínicas de Freud e seus aprofundamentos teóricos o levam a descartar o método catártico, a hipnose e a coerção associativa. Seu interesse volta-se, portanto, à reconstrução da história dos pacientes, à atenção sobre o que lhe era dito e à sustentação de um lugar de escuta e invocação da fala (JORGE, 2017).

¹⁷ O relato do caso dessa paciente histérica, com 21 anos na época em que esteve em tratamento, foi exposto por Josef Breuer em 1895, nos Estudos sobre a histeria, livro escrito em conjunto com Freud (ROUDINESCO; PLON, 1998). O caso de Anna O. – ou Bertha Pappenheim, seu verdadeiro nome – teve grande repercussão, pois à partir do seu atendimento, Freud e Breuer postularam uma nova definição da histeria (como uma doença de reminiscências psíquicas) e inventaram um método de tratamento inédito, baseado na ab-reação e na catarse (ROUDINESCO; PLON, 1998).

É Emmy von N.¹⁸, quem solicita a Freud que, em determinada sessão, se cale e pare de fazer perguntas acerca do surgimento de seus sintomas, deixando-a contar o que tinha para dizer-lhe (QUINET, 2009; FREUD, 2016a). E é Elizabeth Von R.¹⁹, paciente difícil e não hipnotizável, quem o leva até a compreensão do conceito de resistência²⁰ (FREUD, 2016a), coisa que, como destaca Nasio (1999), repercutirá no nível da técnica, posto que Freud percebe a necessidade de se procurar outras produções psíquicas, que iam para além da rememoração exata de um acontecimento traumático. Por isso, ele conceitua em sua teoria o pedido de Emmy Von N., propondo a regra fundamental da Psicanálise: a associação livre.

De acordo com Roudinesco e Plon (1998), através dessa nova abordagem chega-se com maior facilidade a elementos que estão em condições de liberar afetos, lembranças e representações. Nela o paciente está consciente e deve falar livremente e com sinceridade tudo que lhe ocorrer, sem preocupar-se com a lógica, mesmo que seus pensamentos, ideias ou imagens lhe pareçam desagradáveis, pouco importantes e até absurdos (FREUD, 1996a; QUINET, 2009).

Vale sublinhar, no entanto, que quando Freud estabelece a associação livre, não considera que **livre** se relacione a uma ausência de determinação (GARCIA-ROZA, 2009). A regra fundamental acontece na medida em que o paciente livra-se, dentro do possível, do controle consciente (GARCIA-ROZA, 2009). Daí a importância de se dar atenção ao que é dito pelo analisando, ouvindo suas histórias, em seus detalhes, até a última palavra (JORGE, 2017). Freud demonstra que, queiramos ou

¹⁸ Emmy von N. – ou Fanny Moser –, livoniana de 40 anos na época de seu tratamento, foi outra paciente cujo caso apareceu relatado nos Estudos sobre a histeria. Da mesma maneira em que se atribui a Anna O. a invenção do tratamento psicanalítico, considera-se que Emmy inventou a cena psicanalítica, na qual o médico - que passou a ser um psicanalista – se instalou fora da visão do paciente e renunciou-lhe o toque, exercendo, à partir daí, sua escuta (ROUDINESCO; PLON, 1998).

¹⁹ Paciente húngara, que contava com 24 anos quando esteve sob tratamento com Freud. Freud solicitava que ela dissesse tudo o que lhe viesse à cabeça e quando ela se recusava, ele tentava persuadi-la a falar (ROUDINESCO; PLON, 1998). No decorrer do caso, Freud passou a compreender que ali havia uma espécie de rebeldia ou esquecimento voluntário, sendo esta percepção o primeiro passo dele em direção à técnica da associação livre e da noção de resistência (ROUDINESCO; PLON, 1998).

²⁰ Freud percebeu, através da associação livre, que apareciam lacunas nos relatos de seus pacientes e isso o leva à conclusão que tais amnésias seriam resultado de um processo repressivo, ou seja, havia uma espécie de temor, por parte do paciente, em reviver uma experiência dolorosa de maneira consciente – como destaca Nasio (2019). O termo repressão é utilizado em Psicanálise para designar a supressão consciente de uma ideia ou afeto desagradáveis (ROUDINESCO; PLON, 1998).

não, o inconsciente se apresenta e quando o paciente fala, há algo que fala para além dele (JORGE, 2017).

Ademais, Jorge (2003) comenta que o inconsciente se torna presente na poltrona do analista, ou seja, aquele em associação livre é alguém que se dirige a um profissional cuja presença é condição imprescindível para que o inconsciente se mostre. Obviamente, falar com um analista é diferente de falar com outra pessoa qualquer.

A associação livre, como já assinalado, não equivale a contar uma história a um amigo e, portanto, descrevê-la em detalhes organizados em seu início, meio e fim. É, na verdade, um falar fluido, sem uma ordem lógica e pré determinada, abrindo espaço para a aparição de chistes, atos falhos, sonhos e sintomas. E, o mais fundamental de tudo, dirigindo isso a alguém que está disposto a ouvir as palavras e escutar o inconsciente.

Deste modo, na próxima sessão será explanado o tema relativo à transferência, fenômeno de grande importância no tratamento, sem o qual nada se desenvolve. Apesar de haver transferência em todas as relações humanas e dela em nada se diferenciar daquilo que se passa nas relações amorosas, pontua-se que no processo analítico a transferência será entendida como uma via de atualização das motivações inconscientes e como um instrumento a partir do qual o analista poderá intervir (MAURANO, 2006).

4 A TRANSFERÊNCIA

Como abordado anteriormente, Freud esteve envolvido por algum tempo com a hipnose e com o método catártico. Ele ponderou com sagacidade que o fato de se conseguir eliminar ou suprimir sintomas patológicos através do hipnotismo era um indício forte para a existência de processos que não se limitavam à consciência e percebeu que o método catártico poderia fornecer meios para o entendimento de uma instância inconsciente (MAURANO, 2006). Ademais, outra constatação foi a de que quando a autoridade do médico era de alguma forma abalada, o sintoma suprimido ou eliminado pela hipnose retornava (MAURANO, 2006).

Esse fato o intrigou bastante, como revela Maurano (2006), e o autor decidiu fazer uma modificação no método catártico, que consistia em não mais sugerir a eliminação do sintoma, mas em explorá-lo através da rememoração do evento traumático que o produziu. A partir daí, porém, ele passa a se questionar se apenas a repetição da situação seria capaz de eliminar os sintomas nocivos da patologia e chega ao método psicanalítico de tratamento, que visa não só a repetição, mas também em viabilizar que o paciente vá além dela (MAURANO, 2006).

Nesse momento, então, a transferência assume um papel fundamental, posto que só são analisáveis as pessoas que forem capazes de transferência – os ditos neuróticos –, pois desenvolverão com o analista uma neurose de transferência (NASIO, 1999). A substituição da neurose ordinária do paciente por essa neurose de transferência ocorrerá quando ele, solícito, respeitar as condições básicas do tratamento – falar livremente, tudo que lhe vier à mente, sem nenhum tipo de juízo moral acerca dos pensamentos espontâneos que surgirem na análise (FREUD, 2010c).

Essa neurose de transferência é inconsciente – o analisando a vive sem perceber – e se instala no início do processo, ocasionando algumas vezes um fenômeno citado por Nasio (1999) no qual o analisando sente-se curado e pode optar por finalizar a análise, já que os sintomas dos quais se queixava desapareceram. Com relação aos sintomas que persistem, estes adquirirão uma significação transferencial, ou seja, serão dirigidos ao analista (NASIO, 1999).

Como definem Roudinesco e Plon (1998, p. 766-767), a transferência é um processo constitutivo do tratamento psicanalítico, no qual “[...] desejos inconscientes do analisando concernentes a objetos externos passam a se repetir, no âmbito da relação analítica, na pessoa do analista, colocado na posição desses diversos objetos.” Maurano (2006) comenta que a transferência tem a ver com uma demanda de amor, é um laço afetivo intenso na relação do paciente com o profissional, onde são relegadas posições ao analista que se assemelham às figuras primordiais do analisando no início de seu desenvolvimento.

Quando a transferência é positiva – referente a sentimentos ternos e amigáveis –, viabiliza a associação livre, porém quando é negativa – dotada de sentimentos agressivos ou eróticos – pode funcionar como um entrave para o processo (FREUD,

2014a). E mais, se a transferência não se instaura, o método fica inviabilizado, pois é preciso que o analisando seja capaz de investir no analista, supondo que ele detém todo o saber acerca de seu sintoma e que, com isso, poderá curá-lo (MAURANO, 2006).

Freud (2014a) destaca que a transferência atua no princípio como uma mola propulsora na análise – juntamente com a inteligência e o desejo de cura do analisando. Porém, quando ela se transforma em resistência, é preciso que o analista esteja atento e consiga mostrar ao paciente que seus sentimentos com relação ao profissional não se aplicam, de fato, a ele e têm sua origem em algo que já ocorreu no passado (FREUD, 2014a). Essa repetição precisa, então, ser transformada em lembrança.

Desta maneira, a análise da transferência influi no progresso do tratamento, pois a demanda de cura do paciente, aos poucos, será substituída por manifestações transferenciais e estas precisarão ser trabalhadas (NASIO, 1999). Maurano (2006) ressalta que é o manejo da transferência que diferencia um médico de um analista, pois o segundo recebe esta designação exatamente por analisar a transferência. Um médico pode utilizar de toda a sua autoridade e sugerir que o sintoma desapareça, mas o êxito do profissional será pouco confiável e vulnerável, pois a resistência foi contornada e não trabalhada (MAURANO, 2006). No tratamento psicanalítico evita-se o papel de mentoria ou de sugestão por parte do analista, pois o objetivo é que o analisando tome suas decisões por si mesmo (FREUD, 2014a).

Diante disso, a próxima sessão tratará da direção de cura do tratamento psicanalítico. Serão feitas algumas ponderações acerca do que significa o termo cura nos dicionários comuns de Língua Portuguesa e no campo da Psicanálise e, ainda, serão destacados os objetivos de uma análise e até onde ela pode levar o paciente.

5 A PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA E A DIREÇÃO DE CURA DO TRATAMENTO

A partir do já exposto neste artigo, o método de tratamento definido por Freud (2016b) objetiva remover amnésias de recordação e desfazer as resistências advindas da repressão. Porém, no mesmo texto em que o autor apresenta tais objetivos – O Método Psicanalítico de Freud –, também adverte que esse estado ideal não existe

nem mesmo em pessoas **normais** e que raramente o tratamento psicanalítico chega, de fato, a esse ponto. Freud (2016b) pondera que saúde e doença não são distintas, mas separadas por um limite quantitativo que só pode ser determinado na prática. Isso significa que não se pode querer mais do que uma recuperação prática do paciente, que equivale ao restabelecimento da sua capacidade de realização e fruição (FREUD, 2016b).

Também em **Conferências Introdutórias à Psicanálise**, ao tratar da transferência, Freud (2014a) ressalta que ao se fazer consciente aquilo que anteriormente era inconsciente, as repressões são anuladas, bem como as condições para formação de sintomas. A partir de então, o conflito neurótico é transformado em um conflito normal, o que equivale à única alteração psíquica que o analista pode provocar no analisando e ao limite do alcance do tratamento psicanalítico (FREUD, 2014a).

Da mesma forma, em *Análise Terminável e Interminável*, um dos últimos textos de Freud, o autor destaca essa visão quando questiona se há, de fato, um término de análise que leve alguém a um estado de normalidade psíquica absoluta (FREUD, 1996a). Pondera Freud (1996a) que não cabe ao analista eliminar os traços de personalidade mais singulares do analisando em prol daquilo que se convém chamar de normalidade, da mesma forma que não compete ao profissional demandar daquele que foi completamente analisado que não tenha conflitos ou desejos.

Como destaca Nasio (1999), o vocábulo cura não é um conceito em Psicanálise, um critério ou mesmo um objetivo no tratamento psicanalítico se estiver restrito a conotação médica do termo²¹. Nasio (2019) comenta que não se pode negar os efeitos curativos da análise, pois nela há diminuição e até mesmo remissão de sintomas, efeitos esses que produzem-se em diferentes momentos do tratamento. Algumas vezes esses efeitos são percebidos no início do processo e outras vezes aparecem mais tarde, sutilmente. Porém, nenhum paciente se cura por completo e

²¹ No **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**, cura significa restabelecimento da saúde, um método de tratamento; equivale a melhora, a um remédio, a uma solução ou mesmo a uma correção de defeito ou de problema de comportamento. Da mesma forma, no **Dicionário Houaiss de sinônimos e antônimos da língua portuguesa** palavras como correção, melhora, solução e tratamento são consideradas equivalentes ao vocábulo. Obviamente, essas definições em muito se aproximam de uma visão médica, mais objetiva, e o termo passa a ideia de um resultado e não de um processo, algo que Dunker (2011) e Nasio (1999) questionam.

nem da mesma maneira, pois sempre sobrar  um pouco de sofrimento que   inerente   vida e também necessário a ela (NASIO, 2019).

No entanto, como afirma Freud (2010b) no artigo O In cio do Tratamento, uma das forças motrizes da terapia   o sofrimento do paciente e o desejo de cura resultante dele, demandas indispensáveis para o início e manuten o do processo. E em Recordar, Repetir e Elaborar, o autor esclarece que o status de doente do analisando não pode cessar logo no começo, esta   uma condi o que vai sendo movida pouco a pouco, ajudando o paciente a recordar seu passado (FREUD, 2010c).

Ainda em Recordar, Repetir e Elaborar, Freud (2010c) destaca que uma pessoa não recorda o que foi reprimido com facilidade na análise, mas o atua diversas vezes – por meio de inibi es, atitudes inviáveis, traços patológicos de caráter e sintomas. Se a terapia inicia a partir de uma transferência positiva, os sintomas patológicos são silenciados, da mesma maneira como ocorria com a utiliza o da hipnose, pois o paciente se aprofunda na recorda o (FREUD, 2010c). Porém, Freud (2010c) comenta que, se *a posteriori* essa transferência torna-se hostil ou intensa, o recordar cede   repeti o.

Recordar e repetir, porém, não são suficientes,   necessário que o paciente elabore, trabalho esse empreendido durante o processo analítico (FREUD, 2010c). Pode-se pensar que dizer ao paciente sobre sua resistência equivalerá a sua imediata cessaa o, porém nem sempre   assim, normalmente ele precisará de tempo para que se apodere disso e, por conseguinte, elabore (FREUD, 2010c; FREUD, 2014a). Apesar de penosa, a elabora o das resistências – que pode ser comparada teoricamente ao conceito de ab-rea o –   parte do trabalho que tem efeito modificador mais significativo no paciente, segundo Freud (2010c).

Essa ideia assemelha-se a um conceito comentado por Dunker (2011), nomeado como o **cuidado de si**. Dunker (2011) destaca o cuidado de si como uma experiência nova, na qual depois de curada a pessoa torna-se diferente de antes; ou seja, nela a cura pode envolver não são a remo o do sintoma, como, ainda, uma modifica o do indivíduo. Para Dunker (2011), a cura, quando relacionada ao tratamento psicanalítico, não deve ser reduzida   retirada de sintomas ou   abrevia o de sofrimentos (formas essas de diminui o de um desprazer); no mesmo sentido,  

impossível considerá-la como retorno a um estado anterior, já que a própria experiência de curar-se é acrescentada à pessoa que por ela passou.

Na primeira fase da Psicanálise, com a aplicação do método catártico, a cura produzia-se através da recordação da cena traumática pela hipnose e pela conseqüente ab-reação que eliminavam sintomas. Porém, a hipnose apenas encobria a resistência e quando Freud desiste dela, objetivando induzir o paciente a falar livremente, a sua concepção da terapia muda e a ideia de cura pode ser ampliada, pois não se trata mais de produzir simplesmente a ab-reação, mas de tornar conscientes as ideias inconscientes patogênicas, viabilizando a elaboração das mesmas (GARCIA-ROZA, 2009).

Para Roudinesco (2000), o tratamento psicanalítico baseado na verbalização do sofrimento, se não permite a cura, ao menos possibilita uma mudança, uma tomada de consciência acerca do que faz o analisando sofrer. Pela associação livre, o paciente pode conectar-se às ideias reprimidas atuantes na formação de seus sintomas vigentes e, assim, compreendê-las. No decorrer do processo o analisando relata suas experiências passadas e impressões presentes, se queixa e confessa desejos e impulsos emocionais (FREUD, 2014a). Através das associações do discurso, das surpresas, das brincadeiras, das lacunas e dos tropeços na fala, vai-se deslumbrando a verdade do sujeito. E, na medida em que ele fala, é afetado pelo que diz, escuta suas palavras, nomeia seus sentimentos e, mesmo que a passos lentos, sente os efeitos da análise.

Ademais, é analisável aquele que está apto a confrontar-se (NASIO, 1999). Por isso, o deslanchar do processo analítico dependerá, ainda, de uma retificação que o paciente deve fazer de sua posição queixosa: sua relação com sua demanda precisa modificar-se (MAURANO, 2010; NASIO, 1999). Tal processo é conceituado por Lacan como retificação subjetiva e nele há a responsabilização e a implicação do analisando na sua neurose (QUINET, 2009). Freud (2010c) também comenta sobre isso em Recordar, Repetir e Elaborar, quando escreve que o início do tratamento leva o doente a perceber sua doença com outros olhos, mudando sua atitude consciente em relação a ela e adquirindo coragem para dirigir sua atenção aos fenômenos da patologia. Assim, a demanda de cura vai se modificando e ganhando significações transferenciais, como exposto anteriormente.

Ressalta-se, então, que a direção de cura no tratamento psicanalítico caminha não somente à partir da transferência, da associação livre, da interpretação e da transformação daquilo que é inconsciente em consciente, mas também da implicação e responsabilização do paciente naquilo que lhe é próprio. O analista não poderá dizer ao analisando do que ele deve livrar-se, essa é uma escolha e uma responsabilidade que não lhe cabem. O profissional não tem um mapa a ser seguido, nem respostas prontas. Na verdade, caminhará junto com o sujeito até onde ele puder ir.

E, no mais, não se pode dizer que o paciente será curado de si mesmo e de seu inconsciente, que após o fim do processo ainda há de se manifestar (QUINET, 2009); ele, na verdade, amará e trabalhará à partir de um modo de estar no mundo que experimente outras formas de satisfação (DUNKER, 2011). Será aquilo que, na melhor das hipóteses e dentro das suas condições, poderia ter se tornado (FREUD, 2014a).

Assim, o artigo caminha para suas considerações finais, nas quais serão ressaltados questionamentos, dificuldades e apontamentos acerca do tema proposto. Além disso, serão sintetizados os resultados obtidos na revisão narrativa da literatura à partir da comprovação das hipóteses iniciais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando um indivíduo procura um analista, o faz por almejar que seu “problema psíquico” acabe, ou seja, quer a cura, na conotação médica do termo, para seu sofrimento. E, apesar dessa pretensão ser um tanto utópica, é importante e necessária para o desenrolar do processo analítico, pois aquele que não acredita que pode ser curado pela análise não consegue nem estabelecer um vínculo afetivo com o profissional, nem obedecer à regra da associação livre, impossibilitando que o inconsciente se revele e, por conseguinte, que as resistências sejam elaboradas.

Diante dessas ponderações, um questionamento acerca do que implica a cura em Psicanálise surgiu ao longo do texto, mediante a definição da palavra **cura** e das dificuldades de interlocuções entre ela e o tratamento psicanalítico. Foi verificado que, por si só, o termo remete a debates e discussões e é preterido em Psicanálise a outros, como **processo** e **tratamento**. Nesse campo do saber, a noção de cura não

se limita ao retorno a um estado no qual não existe mais enfermidade, à remissão completa de sintomas ou à ausência destes. Na verdade, a direção de cura equivale, na Psicanálise, a possibilidades infinitas de se encontrar formas de amar e trabalhar bem.

É interessante ressaltar que quando se reflete acerca da sociedade atual, que pretende evitar o sofrimento a qualquer custo, um processo implicativo e doloroso desse tipo e que não promete o fim da dor, pode parecer ineficaz. Ainda mais quando se baseia em conversas entre o profissional e seu paciente, o que também tende a ser subestimado.

Dentro disso, outra dificuldade encontrada durante a elaboração do artigo foi relativa à explanação sobre a regra fundamental que, curiosamente, é um conceito pouco expandido pelos autores de livros e artigos atuais que se propõem a fazê-lo. Apesar de central na teoria freudiana, não se aprofunda a respeito. Talvez por ser de simples explicação, normalmente os textos apresentavam o histórico e a definição do termo, parando por aí, sem grandes aprofundamentos.

Pontua-se, porém, que é à partir do que o paciente fala, das suas associações, relatos, e é claro, de seus chistes, atos falhos, sonhos e sintomas, que se vislumbra o inconsciente. Nos primeiros textos de Freud, o autor repete algumas vezes o quão poderosas as palavras podem ser e deixa claro que por meio delas temos acesso a verdades que o indivíduo crê desconhecer acerca de si mesmo. Pela associação livre direcionada ao analista, o analisando tem a possibilidade de escutar-se e à partir de então chegar a elaborações e efetuar mudanças. Mudanças essas que estariam mais ligadas a ideia de um processo do que propriamente de um resultado e, portanto, não poderiam ser definidas como cura no sentido mais simples da palavra.

O que a análise pode fazer pelo paciente é ajudá-lo a transformar algo que era da ordem da neurose, de um sofrimento neurótico, em um sofrimento comum, inerente à condição humana. Estar completamente analisado, se é que isso é possível, não significa encontrar a felicidade plena e o mais alto nível de estabilidade mental, por mais que esta seja a expectativa de alguns. Analisar-se significa confrontar-se, questionar padrões e repetições, ampliar horizontes e, é claro, aceitar aquilo de mais subjetivo e singular que há em si.

REFERÊNCIAS

CURA. *In*: HOUAISS, Antonio; VILLAR, Mauro de Salles; FRANCO, Francisco Manoel de Mello. **Dicionário Houaiss de sinônimos e antônimos da Língua Portuguesa**. 1. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2003. p. 183.

CURA. *In*: HOUAISS, Antonio; VILLAR, Mauro de Salles; FRANCO, Francisco Manoel de Mello. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. 1. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009. p. 586.

DUNKER, Christian Ingo Lenz. **Estrutura e constituição da clínica psicanalítica: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento**. São Paulo: Annablume, 2011. 660 p.

FERREIRA, Jonatas. Sofrimento e Silêncio: apontamentos sobre sofrimento psíquico e consumo de psicofármacos. **Fórum Sociológico**. [S. l], v. 24, p. 12, 2014.

FREUD, Sigmund. **A interpretação dos sonhos (segunda parte) e sobre os sonhos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987. 359 p.

FREUD, Sigmund. **Conferências introdutórias à Psicanálise**. Tradução Sergio Tellaroli. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2014a. 630 p.

FREUD, Sigmund; BREUER, Josef. **Estudos sobre a histeria**. Tradução Laura Barreto. 1 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2016a. 304 p.

FREUD, Sigmund. Inibição, Sintoma e Angústia. *In*: FREUD, Sigmund. **Inibição, Sintoma e Angústia, o Futuro de uma ilusão e outros textos**. Tradução Paulo César de Souza. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2014b. p. 9 – 98.

FREUD, Sigmund. O inconsciente. *In*: FREUD, Sigmund. **Introdução ao Narcismo, Ensaios de Metapsicologia e outros textos**. Tradução Paulo César de Souza. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2010a. p. 74 – 112.

FREUD, Sigmund. Análise Terminável e Interminável. *In*: FREUD, Sigmund. **Moisés e o monoteísmo, Esboço de Psicanálise e outros trabalhos**. 1. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. p. 223 - 270.

FREUD, Sigmund. O Início do Tratamento. *In*: FREUD, Sigmund. **Observações Psicanalíticas Sobre Um Caso De Paranoia Relatado em Autobiografia (“O Caso Schreber”), Artigos Sobre Técnica e Outros Textos**. Tradução Paulo César de Souza. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2010b. 123 - 145 p.

FREUD, Sigmund. Recordar, Repetir e Elaborar. *In*: FREUD, Sigmund. **Observações Psicanalíticas Sobre Um Caso De Paranoia Relatado em Autobiografia (“O Caso Schreber”), Artigos Sobre Técnica e Outros Textos**.

Tradução Paulo César de Souza. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2010c. p. 146 – 148.

FREUD, Sigmund. **O chiste e sua relação com o inconsciente**. Tradução Fernando Costa Mattos e Paulo César de Souza. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2017. p. 74 – 112.

FREUD, Sigmund. O método psicanalítico de Freud. In: FREUD, Sigmund. **Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade, Análise Fragmentária de uma Histeria (“O Caso Dora”) e outros textos**. Tradução Paulo César de Souza. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2016b. p. 321-330.

FREUD, Sigmund. Psicoterapia. In: FREUD, Sigmund. **Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade, Análise Fragmentária de uma Histeria (“O Caso Dora”) e outros textos**. Tradução Paulo César de Souza. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2016c. p. 331-347.

FREUD, Sigmund. **Sobre a Psicopatologia da Vida Cotidiana**. Tradução do alemão e do inglês sob direção geral de Jayme Salomão. 1. ed. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. 312 p.

GARCIA-ROZA, Luiz Alfredo. **Freud e o inconsciente**. 23. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2009. 236 p.

JORGE, Marco Antonio Coutinho. **Fundamentos da Psicanálise de Freud a Lacan, vol. 3: a prática analítica**. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2017. 298 p.

JORGE, Marco Antonio Coutinho. **A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. 162 p.

LACAN, Jaques. O inconsciente freudiano e o nosso. In: LACAN, Jaques. **Livro 11: os quatro conceitos fundamentais da Psicanálise**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. p. 23-32.

LACAN, Jaques. Função e campo da fala e da linguagem em Psicanálise. In: LACAN, Jaques. **Escritos**. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 238-324.

LONGO, Leila. **Linguagem e Psicanálise**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2011. 76 p.

MAURANO, Denise. **Para que serve a Psicanálise?** 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2010. 68 p.

MAURANO, Denise. **A transferência: uma viagem rumo ao continente negro**. Rio de Janeiro: Zahar, 2006. 77 p.

NASIO, Juan-David. **Como trabalha um psicanalista?** 1. ed. Tradução Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Zahar, 1999. 175 p.

NASIO, Juan-David. **Sim, a psicanálise cura!** 1. ed. Tradução Eliana Aguiar. Rio de Janeiro: Zahar, 2019. 112 p.

QUINET, Antonio. **As 4+1 condições da análise.** 12 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2009. 120 p.

REALIDADE. *In*: ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia.** São Paulo: WMF Martins Fontes, 2012. p. 976

ROUDINESCO, Elizabeth; PLON, Michel. **Dicionário de Psicanálise.** Tradução Vera Ribeiro. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. 874 p.

ROUDINESCO, Elizabeth. **Por que a Psicanálise?** Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 2000. 164 p.