



Alyne Pinto Ribeiro

**A angústia na clínica contemporânea:
interface entre psicanálise e psiquiatria**

Dissertação de mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) do Departamento de Psicologia da PUC-Rio.

Orientador: Prof. Marcus André Vieira

Rio de Janeiro,

Abril de 2023



Alyne Pinto Ribeiro

**A angústia na clínica contemporânea:
interface entre psicanálise e psiquiatria**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Psicologia Clínica) da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo.

Prof. Marcus André Vieira

Orientador

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Monah Winograd

Departamento de Psicologia - PUC-Rio

Profa. Vivian Martins Ligeiro

UERJ

Rio de Janeiro, 04 de abril de 2023.

Todos os direitos reservados. A reprodução, total ou parcial, do trabalho é proibida sem autorização da universidade, da autora e do orientador.

Alyne Pinto Ribeiro

Graduou-se em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense em 2017. Especializou-se em Clínica Psicanalítica pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro em 2020, e em Saúde Mental pela Faculdade Venda Nova do Imigrante em 2021. Atua profissionalmente no campo da saúde mental a partir da ética psicanalítica, tanto na clínica privada como na rede pública do Sistema Único de Saúde, em ambulatório de saúde mental no município de Niterói.

Ficha Catalográfica

Ribeiro, Alyne Pinto

A angústia na clínica contemporânea : interface entre psicanálise e psiquiatria / Alyne Pinto Ribeiro ; orientador: Marcus André Vieira. – 2023.

109 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia, 2023.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Angústia. 3. Ansiedade. 4. Sintoma. 5. Psicanálise. 6. Psiquiatria. I. Vieira, Marcus André. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Agradecimentos

À minha família, que sempre apoiou e se dedicou imensamente para minhas realizações pessoais e profissionais.

A Hugo, pela sua presença afetuosa de todos os dias. A caminhada ao seu lado torna tudo mais fácil.

À Ana Clara, amiga querida que me acompanha nos diversos percursos da vida. Agradeço a leitura cuidadosa, sua amizade é uma preciosidade.

Aos amigos e amigas do Rio e de Niterói, que fizeram desses anos de estudo sobre a angústia menos angustiantes. Meu “muito obrigada” é insuficiente perto de tudo que vocês representam para mim.

Ao meu orientador Marcus André, pela generosa orientação e diálogos valiosos ao longo de todo esse percurso, através de sua clareza na transmissão da psicanálise.

Às professoras Monah e Vivian, que fizeram parte da banca de qualificação e teceram sábios comentários que auxiliaram enormemente o andamento deste trabalho.

À clínica com meus analisantes, de onde partiram minhas inquietações sobre o tratamento da angústia.

Aos professores e colegas que somaram na minha experiência do mestrado. A pesquisa não teria sido a mesma sem as trocas que ocorreram durante os encontros virtuais e presenciais.

À PUC-Rio, pelos auxílios concedidos, sem os quais este trabalho não poderia ter sido realizado.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

Resumo

Ribeiro, Alyne Pinto; Vieira, Marcus André. **A angústia na clínica contemporânea: interface entre psicanálise e psiquiatria**. Rio de Janeiro, 2023. 109p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Inicialmente, investigamos o movimento de patologização que levou a angústia a ser tomada de compromisso, definição freudiana geral para o sintoma. Entretanto, os como transtorno de ansiedade. Para isso, percorremos o histórico desse fenômeno nos manuais de classificação de doenças e transtornos – DSM e CID. Constatamos como, na clínica psiquiátrica, a angústia é equivalente a um sintoma a ser eliminado; enquanto na clínica psicanalítica o sintoma é uma expressão subjetiva que carrega uma mensagem do inconsciente a ser decifrada. As contribuições de Freud e Lacan sobre a angústia apontam que ela deve ser tomada como um afeto e não um sintoma, no sentido em que sua expressividade subjetiva não se faz ao modo da formação autores consideram que há uma relação possível entre angústia e sintoma analítico, já que o sintoma pode ser uma via de tratamento simbólico que permite desangustiar o sujeito. Neste sentido, Lacan segue a proposta freudiana de considerar a angústia em relação a um perigo fundamental, o da castração como desamparo primordial. Para tanto, após breve percurso sobre as indicações essenciais de Freud e Lacan sobre a angústia, investigaremos a proposta lacaniana da sintomatização da angústia como possibilidade para o tratamento psicanalítico.

Palavras-chave

Angústia; ansiedade; sintoma; psicanálise; psiquiatria.

Abstract

Ribeiro, Alyne Pinto; Vieira, Marcus André (Advisor). **Anguish in the contemporary clinic: interface between psychoanalysis and psychiatry.** Rio de Janeiro, 2023. 109p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Initially, we investigate the pathologization movement that led to the anguish to be taken as an anxiety disorder. by raising the history of this phenomenon in disease and disorder classification manuals - DSM and CID. We see that in the psychiatric clinic, anguish is equivalent to a symptom to be eliminated; While in the psychoanalytic clinic the symptom is a subjective expression that carries a message from the unconscious to be deciphered. Freud and Lacan's contributions to anguish point out that it should be taken as an affection and not a symptom, in the sense that its subjective expressiveness is not made in the way of forming commitment, general definition general for the symptom. However, the authors consider that there is a possible relationship between anguish and analytical symptom, since the symptom can be a symbolic treatment that allows the decrease of the amount of anguish in the subject. In this regard, Lacan follows the Freudian proposal to consider anguish in relation to a fundamental danger, that of castration as primordial helplessness. To this end, in addition to a brief course on Freud and Lacan's essential indications of anguish, we will investigate the Lacanian proposal of the symptomatization of anguish as a possibility for psychoanalytic treatment.

Keywords

Anguish; anxiety; symptom; psychoanalysis; psychiatry.

Sumário

Introdução	10
1. A abordagem psiquiátrica	18
1.1 Angústia e ansiedade	18
1.2 Da psicanálise às neurociências: um breve percurso histórico sobre os manuais de classificação	19
1.3 Angústia na contemporaneidade	28
2. A abordagem psicanalítica	32
2.1 <i>Angst</i> : angústia, ansiedade ou medo?	33
2.2 Alguns apontamentos sobre a angústia na obra freudiana	34
2.2.1 A primeira teoria da angústia	35
2.2.2 Angústia posterior ao recalque	37
2.2.3 A segunda teoria da angústia	40
2.2.4 Angústia anterior ao recalque	41
2.3 Alguns apontamentos sobre a angústia no ensino lacaniano	44
2.3.1 Não é sem objeto	46
2.3.2 O estranho	49
3. Sintoma e afeto: uma relação possível	53
3.1 Sintoma como uma formação do inconsciente	53
3.1.1 Formação de compromisso	54
3.2 Angústia não é sintoma	60
3.3 Angústia e sintoma	61
3.4 O sintoma como solução para a angústia	64
3.5 O caso de fobia do pequeno Hans	68
3.5.1 A saída pela fobia	72

4. O tratamento da angústia na clínica psicanalítica	76
4.1 Sintomatização da angústia	77
4.1.1 Desangustiar pelo sintoma	78
4.2 Travessia da angústia	81
4.3 Sinal do real	83
4.4 Real no <i>sinthoma</i>	86
4.5 Da sintomatização à patologização	88
 Considerações finais	 93
 Referências bibliográficas	 100

Angústia pode ser não ter esperança na esperança. Ou conformar-se sem se resignar. Ou não se confessar nem a si próprio. Ou não ser o que realmente se é, e nunca se é. Angústia pode ser o desamparo de estar vivo. Pode ser também não ter coragem de ter angústia – e a fuga é outra angústia. Mas angústia faz parte: o que é vivo, por ser vivo, se contrai.

Clarice Lispector, *A descoberta do mundo*

Introdução

*Como acordar sem sofrimento?
Recomeçar sem horror?
O sono transportou-me
àquele reino onde não existe vida
e eu quedo inerte sem paixão.*

Carlos Drummond de Andrade, Acordar, viver (1996)

Os estudos sobre a angústia encontram-se em variados campos do saber, o que permitiu diversos olhares em torno do tema. Desde Kierkegaard, na Filosofia, até o discurso contemporâneo das neurociências, reconhecemos a multiplicidade de significados que a angústia pode vir a receber. Neste trabalho, pretendemos construir um estudo psicanalítico, a partir do ensino de Lacan, sobre o tema da angústia. A angústia é um fenômeno de grande relevância clínica, estando presente na queixa de pacientes na clínica psicanalítica e na clínica psiquiátrica. Por isso, iremos desenvolver uma discussão em torno das semelhanças e diferenças que se apresentam quanto ao lugar que a angústia ocupa nessas duas abordagens. Nosso objetivo é enfatizar o tratamento psicanalítico lacaniano da angústia, mantendo o diálogo com a clínica psiquiátrica e incluindo a noção do sintoma.

Desde os primórdios da psicanálise nos anos 1900 até os dias de hoje, há significativas alterações na apresentação das queixas dos pacientes. Seja na clínica psicanalítica ou psiquiátrica, trata-se de modalidades do sofrimento psíquico não mais tão vinculadas ao enigma e ao desejo de saber, mas principalmente aquelas atravessadas pela sensação de vazio e de uma certeza avassaladora que acompanha uma ausência de explicação. Este sofrimento, muitas vezes disforme e difícil de pôr em palavras, pode anunciar o que corresponde à angústia: sensações físicas em determinados órgãos do corpo, como os do coração e da respiração, cuja intensidade excessiva condiz com um estado de total impotência (SAFOUAN, 1989).

Quando nos aproximamos do campo da saúde mental, seja no âmbito público ou privado, podemos observar demandas por alívio para o sofrimento da angústia. Nos espaços de escuta e tratamento, desde o consultório do psicanalista ao dispositivo público de saúde, faz-se muitas vezes necessário o diálogo entre psicanalista e psiquiatra para a condução do tratamento do paciente acompanhado em ambas as clínicas. O que encontramos é uma divergência de perspectiva sobre *o que e como* se trata a angústia. Portanto, investigar as diferenças e as semelhanças

faz-se necessário para esclarecer uma relação que não seja de psiquiatria *versus* psicanálise, mas principalmente para que as duas abordagens possam, juntas, somar para o tratamento do sofrimento psíquico.

Recorremos, de início, à definição encontrada sobre a angústia no Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2001, p. 220), que diz respeito a: “1. estreiteza, redução de espaço ou de tempo; carência, falta 2. estado de ansiedade, inquietude; sofrimento, tormento (...)”. Tal definição pode ser aproximada tanto da prática clínica psicanalítica quanto da psiquiátrica. A indicação que encontramos nas obras de Freud e no ensino de Lacan é considerar a angústia enquanto um afeto com direta relação com a subjetividade. Mais do que uma apresentação desprazerosa, a angústia anuncia a própria constituição subjetiva. Tendo isso em vista, nossa intenção é tecer aproximações e distanciamentos com a clínica psiquiátrica. Observamos que a própria definição do dicionário traz a ideia da ansiedade, termo que iremos discutir ao longo deste trabalho para marcar as fronteiras entre psicanálise e psiquiatria no que concerne ao tratamento da angústia.

Adiantamos que estamos chamando de angústia aquilo que também poderia ser pensado em termos de ansiedade. Para Freud (1920/2010, p. 126), a angústia é definida como “um estado como de expectativa do perigo e preparação para ele, ainda que seja desconhecido”, e para a Associação Americana de Psiquiatria (APA) a ansiedade é associada à “tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquiva.” (APA, 2014, p. 189). O transtorno de ansiedade é a nomenclatura atribuída a partir da psiquiatria norte-americana para se referir ao afeto da angústia, termo de preferência aos psicanalistas. Se o fenômeno é o mesmo, não significa que o manejo clínico segue semelhante. Na verdade, nosso esforço neste trabalho é examinar brevemente o campo de disputas que envolve desde a nomenclatura, seja angústia ou ansiedade, até a condução do tratamento em cada clínica. Iremos investigar quais as implicações em jogo quando nos referimos a um termo ou outro.

Um marco para o estudo da angústia, na teoria psicanalítica, foi proposto por Freud quando da publicação de *Inibição, sintoma e angústia*, em 1926. Considerando as três apresentações clínicas citadas no título, o autor traz relevantes argumentos para o manejo da angústia, inclusive para diferenciá-la do sintoma. O lugar de afeto de excelência que ocupa a angústia propõe especificidades tanto para a teoria quanto para a clínica psicanalítica, pois corresponde a um tema central nos

estudos de Freud para o manejo da neurose. Ao longo de suas obras, observamos diversas passagens sobre este afeto e suas colocações que partiram desde a tomada da angústia como a libido que não foi adequadamente descarregada até a consideração enquanto um afeto que produz o recalque – marco da “virada” de 1926, conforme veremos neste trabalho.

Na clínica psiquiátrica, a angústia é um sintoma como outros. No contexto do transtorno de ansiedade, busca-se a supressão do sintoma para que o indivíduo possa seguir mais produtivo e adaptado às exigências sociais. A conduta é pragmática em direção à eliminação do que é disfuncional, por isso não se trata de considerar qualquer mensagem no sintoma que possa fazer alusão ao inconsciente. O sintoma é observado, classificado e eliminado, e o principal recurso terapêutico é a psicofarmacologia. Os sintomas fazem referência aos transtornos mentais classificados nos manuais: a utilização Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e também da Classificação Internacional de Doenças (CID) propõe uma padronização internacional na conduta médica.

Quando nos aproximamos dos conteúdos presentes nas versões do DSM, observamos pontos relevantes sobre a relação entre psicanálise e psiquiatria. Nas primeiras versões do manual, a influência psicanalítica se faz presente através das classificações como neurose, e até mesmo da angústia. Esta discussão será desenvolvida no capítulo 1, pois o gradativo abandono das referências psicanalíticas acompanha o surgimento de novas categorias de transtornos, o que aponta para um novo lugar de centralizar a causa dos fenômenos nos processos cerebrais. Para a queixa relatada do paciente, há um transtorno correspondente e, mais do que isso, uma via de tratamento que pretende a eliminação do sintoma pela medicação. A angústia, nesse sentido, passa a ser inserida na categoria de transtorno de ansiedade. Não se trata simplesmente de uma substituição de palavras, mas de toda uma lógica de tratamento pautada em descrição, avaliação e eliminação de fenômenos, que encontra na neurobiologia a localização dos desequilíbrios dos “transtornos”. O objeto em comum permanece, como a angústia, mas o que se transforma são as maneiras de conduzir o tratamento que considera, ou não, o sujeito do inconsciente.

A racionalidade neoliberal, como desenvolvida por Dardot & Laval (2016), é aqui entendida como uma contextualização da proliferação de diagnósticos a partir da década de 1970, momento em que ocorre a ascensão do neoliberalismo e a redação do DSM-III. O afastamento da psicanálise dos manuais de classificação

anuncia uma aproximação ao discurso das neurociências que faz do indivíduo um modelo de empresa para uma crescente performance de si mesmo. Se há algum obstáculo para produzir mais e melhor, cabe uma intervenção na química cerebral que tem na psicofarmacologia uma estratégia de grande referência para a padronização de resultados. O neoliberalismo, enquanto racionalidade, passa a modular novas subjetividades que giram em torno da lógica da concorrência e da individualização do problema. Isso reflete diretamente no terceiro Manual da APA e na conduta de tratamento do mal-estar, baseado em referências biológicas e em detrimento dos fatores culturais e psicológicos. A medicalização é o processo de incluir no âmbito da prática médica o que é da ordem da existência, que faz do sofrimento psíquico uma responsabilidade individual a nível de um desequilíbrio neuroquímico.

Aqui se insere a problemática da angústia na clínica contemporânea. Isso que aparece de forma disforme, sem referência a uma mensagem sobre o sujeito, pode ter um outro lugar na clínica psicanalítica. Insistimos na indicação freudiana de considerar o sintoma como um enigma, pois trata-se de uma formação do inconsciente a partir da incidência do recalque. Ou seja, não há uma clínica *do* sintoma, mas *a partir* dele. Isso possibilita fazer falar o sujeito, dar lugar àquele que sofre com sua história própria e não conduzir um tratamento apesar dela.

Não é simples a relação que se estabelece entre psiquiatria e psicanálise, tendo em vista as convergências e divergências que já existiram. Considerando a formação médica de Freud, e até mesmo de Lacan, observamos que a medicina, e inclusive a psiquiatria, fazem parte da história da psicanálise. No caso da angústia, cabe destacar os pontos de intersecção entre as duas clínicas *psi*: é possível observar significativas semelhanças entre as definições das classificações de ansiedade da APA presente no DSM e o que Freud já apontava sobre a angústia ao longo de suas teorias – discussões que serão apresentadas nos capítulos 1 e 2. Investigaremos a lógica dos manuais de classificação em psiquiatria e a inserção dos diagnósticos no rol dos transtornos de ansiedade, por serem nomenclaturas médicas da angústia. Nesta perspectiva, angústia e sintoma se equivalem e uma terapêutica é encaminhada: para suprimir a experiência angustiante, a via medicamentosa é disposta ao paciente para não mais ter sua vida atravessada por um mal-estar que lhe impede o desempenho.

Adiantamos que nossa intenção não é assumir uma posição contestatória do manejo psiquiátrico dos sofrimentos, mas questioná-lo e inseri-lo em uma discussão que envolva a subjetividade na contemporaneidade. Reconhecemos a grande importância da intervenção medicamentosa e do acompanhamento psiquiátrico para diversos pacientes, principalmente em casos graves de sofrimento psíquico. Para tanto, nos apoiaremos nos pontos de diálogo entre psicanálise e psiquiatria para a construção deste debate: privilegiaremos a leitura das contribuições de Freud e Lacan para este trabalho, e não podemos deixar de reconhecer a própria formação médica de cada um e as possíveis influências da medicina para suas inovações teóricas. Dito isto, os pontos de conversação e divergência não estão apenas no âmbito teórico. Faremos esse estudo para pensar que a relação entre psicanálise e psiquiatria se articulam na clínica e tem implicações quando falamos de um mesmo fenômeno (a angústia).

Se a angústia passa a ser vista como um sintoma a ser eliminado da ordem de um transtorno mental, logo, não é desse lugar que se conduz o tratamento a partir das indicações de Freud e de Lacan. Somos orientados desde Freud a considerar a angústia como um afeto, e não um sintoma. Nesse sentido, precisamos esclarecer as diferenças entre a perspectiva psicanalítica lacaniana e psiquiátrica, de bases biológicas, em torno da angústia. A teoria freudiana apresenta que o sintoma tem um sentido e se articula com a história de vida do paciente, diferente da indicação pragmática apresentada nos manuais para padronização de categorias diagnósticas. As cada vez mais numerosas classificações revelam o movimento de *medicalização*, no qual as questões da vida cotidiana são compreendidas como patologias. Nesse cenário, consideramos que a angústia se insere mais na ordem do singular do que do universal, anunciando algo da subjetividade que precisa ser valorizado e não apenas eliminado.

No capítulo 2, pretendemos desenvolver uma breve cronologia sobre as teorias da angústia presentes nas obras freudianas. Freud considera que este afeto é central nos estudos da neurose, por isso é um tema amplamente discutido que ultrapassa a intenção deste trabalho. Nosso objetivo é identificar o andamento das formulações freudianas em torno da angústia, que passam por significativos reposicionamentos ao longo do tempo. O que difere, na teoria psicanalítica de Freud e Lacan, da consideração sobre a angústia na perspectiva psiquiátrica?

Para Freud (1926/2014), a angústia é angústia de castração. O autor faz referência à castração enquanto a falta, em relação à castração imaginária do pênis-falo na fase fálica do desenvolvimento da libido. Também, outra face da castração corresponde ao horror pela separação entre o bebê e sua mãe, no sentido de uma perda de qualquer referência no mundo – desamparo primordial. Lacan avança nos passos freudianos, fazendo do desamparo um ponto central para pensar a angústia e também a castração. Angústia não seria apenas referida à falta, mas à falta da falta. Veremos que o objeto *a* é um importante conceito para o entendimento da angústia. Não como um objeto da demanda possível de se (re)encontrar, mas objeto que é o resto da constituição subjetiva, e por isso, um objeto que escapa à linguagem. À distância, serve como causa de desejo na fantasia, pois o objeto *a* precisa se manter recalcado para a sustentação do desejo. A formulação deste objeto marca um importante passo na teoria lacaniana que veremos mais detidamente a partir do capítulo 2. Quando Lacan se refere ao campo da imagem no espelho, afirma que há uma lacuna que se estabelece na imagem do falo (designada por menos *phi*), por não ser especularizável – já que não há imagem da falta. O que angustia é quando algo (o objeto *a*) aparece no lugar que deveria estar mantido em vazio, o lugar da castração sinalizado por menos *phi*. Sendo o objeto *a* um resíduo que não se situa na imagem, é sua manifestação que produz a angústia. De acordo com Lacan (1962-63/2005, p. 52): “se, de repente, faltar toda e qualquer norma, isto é, tanto o que constitui a anomalia quanto o que constitui a falta, se esta de repente não faltar, é nesse momento que começará a angústia”.

Dito isto, pretendemos avançar nas noções de angústia e objeto *a*, além de castração e falta, a partir do ensino lacaniano. Não há, na clínica psicanalítica lacaniana, conduta de preencher uma falta (até mesmo a falta enquanto uma descompensação neuroquímica), mas de considerar a falta da falta. Aliás, muitas vezes a queixa do paciente gira em torno do excesso de sem-sentido e de qualquer explicação sobre a experiência angustiante de abismo (SOLER, 2016/2021) que lhe acomete. A angústia carrega a marca da certeza, ninguém tem dúvidas que está angustiado. Mas é preciso um segundo momento de construir uma narrativa em torno dela – pela via do sintoma.

Posto que angústia e sintoma são termos que favorecem o diálogo entre psicanálise e psiquiatria, questionamos como podemos aproximá-los na perspectiva psicanalítica de Freud e Lacan, a partir do capítulo 3. Após um percurso sobre as

principais contribuições dos autores para o estudo da angústia, avançaremos para alguns apontamentos sobre o sintoma. Afinal, angústia e sintoma não são equivalentes na clínica psicanalítica: de um lado, afeto, e de outro, formação do inconsciente. Nossa intenção é tanto anunciar a diferença entre sintoma médico e sintoma analítico, como apontar as articulações entre o efeito do recalque (sintoma analítico) e o afeto (angústia).

Sobre o afeto, Freud considerava em dado momento da conferência *A angústia* (FREUD, 1917/2014d, p. 304) que: “Em alguns afetos, acreditamos enxergar mais fundo e reconhecer que o núcleo que sustenta o conjunto é a repetição de determinada vivência cheia de significado.” Ou seja, afeto não guarda mensagem cifrada, não é um enigma como o sintoma. No entanto, isso não significa que ele não tenha em si qualquer marca da subjetividade, pois sinaliza no Eu um perigo que diz respeito à vivência de cada um, principalmente remetido ao trauma da castração.

O caso Hans, discutido por Freud, será uma importante referência para examinarmos como a formação da fobia apresentada pelo menino corresponde a uma maneira estável de responder à angústia de castração. O sintoma fóbico oferece elementos para abordar como a sintomatização permite determinar o que estava indeterminado na experiência da angústia. Assim, veremos como se estabelece um tratamento deste afeto pela via da sintomatização: de acordo com o autor Éric Laurent, o sintoma circunscreve a angústia, e quanto maior a consistência do sintoma, mais se torna possível desangustiar.

Recorreremos, ainda no capítulo 3, ao que Lacan (1962-1963/2005) propõe sobre a dimensão do real na angústia: Freud elabora um caminho teórico e conclui que a angústia é um sinal de perigo, e Lacan vai além e anuncia que é sinal do real. Real, simbólico e imaginário são os três registros amarrados em nó borromeano, propostos por Lacan, que podem nos servir para o estudo da angústia e do sintoma. A angústia está diretamente associada ao real, ao abismo e ao sem-sentido, mas também pretendemos identificar o que há de real no sintoma, para além da formulação do sintoma enquanto mensagem cifrada do inconsciente. Para tanto, o capítulo 4 será dedicado ao tratamento da angústia e a inclusão da perspectiva lacaniana sobre o real no sintoma, considerando o que o autor apresenta sobre o *sinthoma*.

Pretendemos discutir sobre a possibilidade do sintoma ser uma via de tratamento da angústia, tal como ilustrado em Hans. A sintomatização da angústia

marca a entrada em análise pela formulação de um endereçamento ao Outro, no entanto, no sintoma sempre há um resíduo, que se refere ao real. O sintoma não recobre totalmente o que é do afeto da angústia, portanto, ele não é todo passível de deciframento. Do real ao simbólico, ou do simbólico ao real, veremos que o caminho de um tratamento simbólico da angústia aponta que há, ao mesmo tempo, um resíduo ininterpretável no sintoma que diz respeito ao real da angústia.

A partir desta breve introdução, a posição do sujeito em relação à angústia demonstra uma singularidade para além de um transtorno mental. Aqui, consideramos também o mal-estar no contexto da contemporaneidade, em que as neurociências oferecem nomes e diretrizes universais para o sofrimento psíquico a partir de práticas que pouco consideram a subjetividade. A postura do analista se orienta por uma ética que implica repensar o modelo de cura do conflito psíquico, especialmente ao não fazer uma separação entre subjetividade e contemporaneidade.

Insistimos na relação entre angústia e sintoma para embasarmos as discussões na clínica psiquiátrica e as complexidades que se apresentam sobre esses temas na teoria psicanalítica lacaniana. Por um lado, o indivíduo é reduzido à nomenclatura diagnóstica para eliminação de seus fenômenos; por outro, no dispositivo analítico, é oferecido um lugar de abertura de sentido para a emergência do sujeito – onde se pode incluir os transtornos, mas não se restringe a eles (e sua “cura”). O tratamento da angústia não corresponde a sua eliminação, mas a contorná-la por um discurso que introduza uma questão sobre o sujeito, através da sintomatização da angústia. Pretendemos investigar de que forma o sintoma pode servir como borda para o abismo da angústia, que possibilita a entrada em análise.

Por fim, nos questionamos: como a perspectiva de *sintoma* para a psiquiatria se difere à da psicanálise lacaniana? E principalmente, como se insere a *angústia* na discussão entre sintoma médico e sintoma analítico, especificamente no contexto do tratamento psicanalítico? Iremos investigar as principais contribuições da teoria psicanalítica lacaniana para o manejo da angústia através de um novo lugar para o sujeito.

1

A abordagem psiquiátrica

A psicopatologia do século XIX (e talvez ainda a nossa) acredita situar-se e tomar suas medidas com referência num homo natura ou num homem normal considerado como dado anterior a toda experiência da doença. Na verdade, esse homem normal é uma criação.

Michel Foucault, História da Loucura (1972)

1.1 Angústia e ansiedade

O diálogo entre psicanálise e psiquiatria sobre a angústia tem início desde a nomenclatura. Há de se falar em angústia ou ansiedade? Em um primeiro momento, consideramos angústia e ansiedade como sinônimos. Veremos neste capítulo que ambos os termos se assemelham quanto à apresentação, adiantando o que Freud (1926/2014) destaca sobre a indeterminação do perigo que se anuncia, sinalizado pela angústia; e a APA (2014) sobre uma dificuldade em controlar os pensamentos preocupantes, no contexto da ansiedade.

A própria palavra em alemão utilizada por Freud, *Angst*¹, pode ser traduzida tanto por angústia quanto ansiedade, fato é que ambos os termos são utilizados como equivalentes em diversas traduções (HANNIS, 1996). A principal diferença no uso de angústia ou ansiedade varia de acordo com o contexto clínico. Ou seja, atualmente os psiquiatras não se referem à angústia, mas principalmente à ansiedade: tendo como base a versão atual do DSM, a palavra “angústia” sequer é empregada – diferente de ansiedade, que passa a ser o termo definido pelos psiquiatras norte-americanos para nomear o afeto da angústia. Embora a apresentação de angústia/ansiedade possa se equivaler, a preferência pelo uso de angústia é sustentada desde Freud e Lacan a partir de uma visão em torno da noção de afeto.

Acompanhamos Hannis (1996) na discussão que desenvolve em torno de *Angst*, principalmente no que se refere à tradução de angústia e ansiedade (pois também pode significar medo). Para o autor, ansiedade corresponde à expectativa, espera: seja por algo bom ou ruim, trata-se de ansiar por algo que ainda vai acontecer. Já no caso da angústia, equivale-se mais intimamente ao sofrimento,

¹ A discussão em torno da tradução de *Angst* será desenvolvida no próximo capítulo.

inclusive de um “sofrimento por não poder agir” (HANNS, 1996, p. 64). Ainda que a ansiedade possa ser um sofrimento, a angústia revela principalmente a impotência do sujeito frente a esse sofrimento (BIRMAN, 2014).

Se a angústia ou a ansiedade aparece como uma queixa que se apresenta seja na clínica psiquiátrica ou psicanalítica, refere-se a um indivíduo que sente um mal-estar e busca alguma mudança. Tomamos a definição de mal-estar proposta por Birman (2014, p. 55):

[...] é o signo privilegiado e a caixa de ressonância daquilo que se configura nas relações do sujeito consigo mesmo e com o outro, revelando, assim, as coordenadas cruciais que seriam constitutivas da experiência subjetiva.

Tendo isso em vista, o ponto principal de diferenciação entre as clínicas reside na interpretação feita a partir do que se apresenta como o mal-estar, seja pelo viés psiquiátrico que classifica como [transtorno de] ansiedade, ou psicanalítico que propõe o manejo da angústia.

1.2 Da psicanálise às neurociências: um breve percurso histórico sobre os manuais de classificação

Logo de início, ressaltamos a importância das bases da psiquiatria para a fundação da psicanálise. Esta, segundo Barreto & Iannini (2017), é herdeira da clínica psiquiátrica e possui diversas referências a ela ao longo da teoria inaugurada por Freud. Claro que a própria formação de Freud já o insere em um discurso médico, e até mesmo teve a intenção de situar a psicanálise dentro de um paradigma das ciências naturais. O que veremos é que o modelo de classificação está presente também no momento em que Freud produz suas próprias conclusões diagnósticas, revelando a influência psiquiátrica: neurose, psicose, perversão, mas também os termos como esquizofrenia, paranoia, histeria, entre outros. Ou seja, “a relação da psicanálise com a clínica psiquiátrica não é de exterioridade, pois a descoberta de Freud está inscrita em categorias utilizáveis” (MILLER, 1997, p. 126).

É imprescindível destacar que a discussão crítica que será aqui construída em torno do manejo psiquiátrico não se propõe a negar sua eficácia ou banalizar sua terapêutica. Reconhecemos, evidentemente, a relevância no tratamento de diversos casos – especialmente aqueles atravessados pela angústia, que pode se apresentar com graves apresentações clínicas. A proposta é examinar e questionar

o lugar que a angústia ocupa para a abordagem psiquiátrica, à medida que este fenômeno é também de interesse clínico na experiência psicanalítica.

Faremos um breve recorte histórico para contextualização do que hoje temos como a psicopatologia pós-moderna (BIRMAN, 1999), que tem como principal intervenção terapêutica a prescrição de psicofármacos. Nas palavras do autor, a psicopatologia da pós-modernidade “se caracteriza pelo paradigma biológico, onde as neurociências funcionam como sendo as referências teóricas” (BIRMAN, 1999, p. 43).

Foucault (2012) aponta o poder da psiquiatria na estratégia de controle dos corpos, especialmente no contexto clínico e cultural da loucura. É sabido que anteriormente, ainda no século XVII, o modelo de aprisionamento dos loucos se dava através do isolamento em instituições de caridade junto a doentes, mendigos e demais indivíduos marginalizados da sociedade. É apenas a partir de 1656, com a criação do Hospital Geral, que passa a existir na instituição hospitalar uma função de ordem social e política mais explícita – o que foi chamado por Foucault (2012) como “A Grande Internação” ou “O Grande Enclausuramento”. Posteriormente, tendo como guia os ideais da Revolução Francesa, de “liberdade, fraternidade e igualdade”, o hospital passou a ser local de atuação dos médicos. O hospital transformou-se em espaço de exame, de tratamento e de reprodução do saber médico. Nesse período, o gesto de Pinel, médico de maior referência deste período e da história da psiquiatria, em libertar os loucos (ou alienados) da filantropia e assistência social (AMARANTE, 2007) marca uma nova fase. Embora o hospital tivesse se transformado no espaço para tratamento, e não mais voltado para caridade ou controle social, os enfermos ainda eram submetidos ao tratamento asilar, isolados e aprisionados na instituição. O que se pensava sobre a loucura era que ela estava inserida na perspectiva do alienismo e da periculosidade, daí a necessidade de isolar o louco do convívio social.

O que nos cabe problematizar não é propriamente a entrada da medicina para o cuidado do sofrimento psíquico, mas o que se tornaria a ser prática de controle da vida (FOUCAULT, 2012). Como veremos, o século XIX marcou uma nova postura quanto às “doenças mentais”, pois passam a existir novas classificações para além dos delírios e alucinações, incluindo os comportamentos observáveis da vida cotidiana dos indivíduos (MARTINHAGO & CAPONI, 2019).

Destaca-se um importante médico psiquiatra dessa época, Emil Kraepelin (1856-1923), autor de um Manual de Psiquiatria que contou com oito versões (de 1883 até 1915). Desde a primeira até a última versão publicada, encontra-se a intenção do autor em reunir apresentações nosológicas a partir da psicopatologia descritiva, tendo em cada versão um número aumentado de classificações. O movimento de criar uma gama de novas entidades, como proposto de início por Kraepelin, é observado em momentos seguintes da história da psiquiatria norte-americana, que seguiu nesse mesmo sentido em direção à padronização e universalização de diagnósticos através das cada vez mais numerosas categorias nos manuais de classificação.

No bojo do século XIX, no ano de 1893, houve um importante marco a ser ressaltado em nossa discussão: a oficialização da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), organizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com o propósito de uniformizar a linguagem médica e os critérios diagnósticos entre os diversos países. Atualmente na décima primeira revisão (CID-11), é adotado em nosso Sistema Único de Saúde brasileiro e apresenta uma reunião de classificações de doenças e problemas relacionados à saúde, listados com seus códigos correspondentes.

Além da CID, outro importante documento de referência é o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, o DSM (título original em inglês *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA, do inglês *American Psychiatric Association*). Atualmente está na quinta revisão (DSM-V) e é a referência principal e universal para as classificações dos transtornos mentais. O que encontramos neste documento são as rigorosas classificações acompanhadas de descrições minuciosas, como veremos com a pretensão de uma perspectiva atemporal e operacional (PEREIRA, 1996). Ou seja, elimina-se a ideia de um desenvolvimento psicológico da doença, já que a própria doença nasceria sem uma produção histórica pessoal. Ao mesmo tempo, a operacionalização aponta para um pragmatismo que visa o resultado de uma funcionalidade do indivíduo, pois trata-se de “procura de resultados tangíveis e mudanças avaliáveis.” (CASTEL, 1981/1987, p. 173)

O panorama que antecede a publicação do primeiro DSM foi a realização do censo americano em meados do século XIX (1840), com a finalidade de um levantamento estatístico de doenças mentais. Inicialmente, a base era constituída

por apenas duas categorias: idiotice ou insanidade. Já o censo seguinte, realizado em 1880, contou com sete categorias: mania, melancolia, monomania, paresia, demência, dipsomania e epilepsia (ARAÚJO & NETO, 2014). Posteriormente, pelo contexto da Segunda Guerra Mundial, o exército americano desenvolve um mais ampliado documento para acompanhar e recrutar soldados (DUNKER, 2014). A OMS, sob influência desta publicação, formaliza o CID-6 com a inauguração de uma seção específica para os transtornos mentais.

Com a necessidade de uma organização e padronização dos transtornos, a primeira versão do DSM publicada pela APA para fins clínicos se deu em 1952. Neste documento, marcava-se a influência da psiquiatria psicodinâmica e da psicanálise através das noções predominantes de neurose e psicose. Quanto ao primeiro grupo, encontravam-se principalmente os diagnósticos de ansiedade e depressão; no segundo, os delírios e as alucinações (DUNKER, 2014). Ao todo, reuniam-se 106 categorias.

Com maior uniformização, em 1968 foi publicado o DSM-II, mesmo ano da publicação do CID-8. Nesse Manual, o termo “ansiedade” é apresentado como característica principal das neuroses (APA, 1968), e privilegiamos esta categoria por dialogar com o nosso tema de trabalho sobre a angústia. A segunda edição do DSM apresentou uma classificação específica de *anxiety neurosis* ou neurose de ansiedade (que nos servirá de elemento de estudo da *Angstneurose*² proposta por Freud):

Esta neurose é caracterizada por preocupação excessiva e ansiosa, que se estende ao pânico e frequentemente associada a sintomas somáticos. Diferente da neurose fóbica, a ansiedade pode ocorrer em qualquer circunstância e não se restringe a situações ou objetos específicos. Este transtorno precisa ser diferenciado de apreensão normal ou medo, que ocorre em situações perigosas reais³. (p. 39)

A CID-9, em conformidade com o DSM-II, apresenta também a ansiedade no rol das categorias dentre os “transtornos neuróticos” (*neurotic disorders*, código 300): ao lado da histeria, fobia, neurastenia, entre outros, estariam os estados ansiosos (ou *anxiety states*, 300.0) Segundo a OMS, estes seriam definidos como

² Também passível de tradução por neurose de ansiedade tal como a referida expressão em inglês, embora preferimos neurose de angústia.

³ *This neurosis is characterized by anxious over-concern extending to panic and frequently associated with somatic symptoms. Unlike Phobic neurosis (q.v.), anxiety may occur under any circumstances and is not restricted to specific situations or objects. This disorder must be distinguished from normal apprehension or fear, which occurs in realistically dangerous situations.*

“várias combinações de manifestações físicas e mentais de ansiedade, não atribuíveis a perigo real e ocorrendo ou em ataques ou como estados persistentes⁴”.

A fundamentação da classificação psiquiátrica com base na psicanálise vigora no Manual apenas nas primeiras versões, marcando uma ruptura significativa com a influência psicanalítica. Não podemos ignorar que as grandes mudanças no conteúdo do DSM não devem ser descontextualizadas, principalmente quando ocorre a atualização para a terceira versão. Toda essa transformação aponta que uma nova subjetividade estava sendo construída, e o contexto que favoreceu essa nova configuração foram as alterações instituídas no mercado pelos preceitos do neoliberalismo, que ganhou força a partir da década de 1970.

O neoliberalismo enquanto uma racionalidade (DARDOT & LAVAL, 2016) ultrapassa a dimensão de uma ideologia do capital e atravessa as camadas da vida, tornando a economia uma disciplina pessoal. A influência neoliberal produz certos tipos de relações sociais, de comportamentos e de subjetividades. Ainda segundo os autores, entendemos o neoliberalismo definido como “o conjunto de discursos, práticas e dispositivos que determinam um novo modo de governo dos homens segundo o princípio universal da concorrência.” (DARDOT & LAVAL, 2016, p. 15). Nesse cenário, a lógica do mercado é também a racionalidade das existências, posto que os indivíduos se veem como concorrentes e competidores entre si seguindo como referência o modelo de empresa, em busca de crescente performance de si mesmos. Safatle, Silva Junior & Dunker (2021) incluem nesse debate o sofrimento psíquico e o aumento de categorias diagnósticas precisamente nos tempos da década de 1970, quando já ocorria a ascensão do neoliberalismo. Nesse período, o DSM-III ilustra essa nova gestão do sofrimento psíquico: a nova racionalidade neoliberal passa a influenciar diretamente a clínica, pois qualquer sofrimento seria um obstáculo para o desenvolvimento do homem-empresa. Ou seja, a individualização do sofrimento psíquico desconsidera os fatores culturais, além dos subjetivos. A valorização do desempenho e do desenvolvimento de competências são, ao mesmo tempo, o objetivo do indivíduo neoliberal e também fator contribuinte para seu sofrimento.

Observamos que a psiquiatria foi gradativamente tentando se inserir no campo científico da medicina desde o século XX. O processo de transformação,

⁴ *various combinations of physical and mental manifestations of anxiety, not attributable to real danger and occurring either in attacks or as a persisting state.*

desde o tratamento moral de Pinel e Esquirol até a psicopatologia de base neurobiológica, reformulou a própria dimensão da terapêutica em saúde mental. O esforço para o desenvolvimento da psiquiatria no contexto das ciências médicas era ameaçado pela influência da psicanálise. O afastamento das referências psicanalíticas é acompanhado do crescimento da participação da psicofarmacologia, o que mostra a oposição dos paradigmas nesse período (BIRMAN, 1999).

O DSM-III (de 1980), enquanto um sistema multiaxial, traz à tona características do Manual de Psiquiatria de Kraepelin e a prevalência de um modelo descritivo e biomédico para investigação do que seria considerado transtorno. Com 265 categorias, dissolve-se ainda mais a divisória existente entre as “doenças mentais” e os problemas psicossociais do cotidiano (MARTINHAGO & CAPONI, 2019). Sobre as significativas alterações representadas no DSM-III, ainda de acordo com as autoras:

O DSM III é o marco da mudança de paradigma no âmbito da psiquiatria, que até o momento era regida, principalmente, com fundamentação na psicanálise. As patologias psiquiátricas passam a ser definidas por agrupamentos de sintomas, o que ocasionou a supressão das histórias de vida, das narrativas dos pacientes, das causas psicológicas e sociais que possivelmente causaram algum sofrimento psíquico e/ou sua manifestação em determinado comportamento. (MARTINHAGO & CAPONI, 2019, p. 79)

Nesse campo de disputas, vemos na terceira versão do DSM o termo neurose de angústia (*anxiety neurosis*) ser substituído por novas categorias: o que era *neurosis*/neurose passa a ser *disorder*/transtorno (isto é, *anxiety disorder*), e a influência psicanalítica pela referência à neurose é abandonada em prol de novos transtornos, como o transtorno de ansiedade generalizada, transtorno fóbico, transtorno obsessivo compulsivo e transtorno do pânico. Não podemos pensar que isso se trata de uma simples troca de termos, mas de toda uma perspectiva clínica em que não existiriam mais neuroses, e sim transtornos (CHIABI, 2014). O que estava na ordem de um desenvolvimento da história pessoal cede lugar para o que é considerado tal como uma máquina a ser consertada, pois o desenvolvimento da doença independe do que é psicológico. Para Birman (2014), o discurso deve ser deixado de lado para que a regulação do mal-estar não se coloque na imprecisão do tratamento psicológico, mas tenha como centralidade a eficácia bioquímica dos psicofármacos.

Seguimos com Vieira (2008), ao apontar que o aspecto “estranhamente vazio” (VIEIRA, 2008, p. 30) frente ao que se angustia é uma justificativa possível para transformar o fenômeno em algo da ordem da biologia. Afinal, há algo de impreciso e indeterminado na experiência angustiante, posto que se evidencia uma suspensão radical de sentido. Veremos sobre essa discussão a partir das contribuições de Freud e Lacan no próximo capítulo.

Cabe salientar que a crítica aos moldes das classificações encontradas nas versões do DSM não parte apenas dos psicanalistas, mas também de fenomenólogos: nesta perspectiva, os manuais teriam de alguma forma “manipulado” a fenomenologia clássica ao retirar seu rico conteúdo filosófico pelos interesses de um uso mais pragmático dos fenômenos (ALARCÓN, 2009). Não significa que os psiquiatras sejam contra o fenômeno ou que o ignorem, mas que o objetivo é corrigi-lo aos moldes de leis estabelecidas sobre ele. Ou seja, preocupados mais na adaptação do indivíduo através da cura dos sintomas objetivamente classificados e avaliados, e menos na historicidade do sujeito.

A angústia, termo tão caro aos filósofos, passa então a ser apropriada pelo discurso da neurobiologia. Como afirma o psiquiatra e psicanalista Mario Eduardo Costa Pereira, houve uma transformação de “um estado afetivo específico e perturbador cuja instalação não dependeria da subjetividade ou da história daquele que o experimenta, mas apenas da materialidade biologicamente herdada de seus sistemas neuronais”. (2000, p. 184)

A ênfase nos modelos organicistas e a valorização de categorias propriamente psiquiátricas, como síndromes e distúrbios, é apontada também por Roudinesco (2000) quanto à publicação do DSM-IV, de 1994, e a consequente exclusão da subjetividade. Consideramos a subjetividade como aquilo que escapa às leis universais e aponta para o imponderável e incalculável das estatísticas e das classificações, como um ponto cego que corresponde ao singular no sintoma de cada um. Categorias já existentes passam a ser desmembradas em novas classificações sindrômicas: a histeria, por exemplo, cede lugar à dissociação, dismorfia corporal, depressão, ansiedade e fibromialgia (MARTINHAGO & CAPONI, 2019).

O DSM-V, a versão mais atual deste Manual da APA, foi publicado em 2013 e organizado em mais de 300 categorias. Dunker (2014) faz uma importante ressalva ao questionar as inovações científicas apresentadas nesta versão. Na

verdade, segundo o autor, trata-se de redefinições dos sintomas em termos de déficits, alterações e desvios. Os médicos psiquiatras norte-americanos Lewis-Fernández & Aggarwal (2013) apontam que psiquiatras produziram transformações das reações às adversidades e experiências complexas em nomenclaturas fixas das doenças (*diseases*). O que encontramos de mais recente no DSM, especificamente em relação à ansiedade (Transtorno de Ansiedade Generalizada), pode ser brevemente exposto a seguir:

As características essenciais do transtorno de ansiedade generalizada são ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva) acerca de diversos eventos ou atividades. A intensidade, duração ou frequência da ansiedade e preocupação é desproporcional à probabilidade real ou ao impacto do evento antecipado. O indivíduo tem dificuldade de controlar a preocupação e de evitar que pensamentos preocupantes interfiram na atenção às tarefas em questão. (APA, 2014, p. 223)

Este debate em torno das cada vez mais numerosas nomenclaturas não pode ser desvinculado da influência da farmacologia e do fenômeno da medicalização. Este termo, mais do que medicação, aponta para o processo de apropriação pela medicina de questões do cotidiano, ou seja, o que é próprio da vida comum passa a ser considerado patológico. A isto, podemos nos remeter sobre o biopoder de Foucault: sistemas de poder e de saber que detêm domínio sobre “causar a vida ou devolver à morte”, em substituição do anterior “causar a morte ou deixar viver” (FOUCAULT, 1976/1999, p. 130). O autor afirma que o biopoder é exercido através de estratégias de controle dos corpos que moldam as percepções, as escolhas e as ações dos indivíduos, levando-os a agir de acordo com as normas e valores da sociedade. De acordo com Foucault (1976/1999, p. 131), um pólo do biopoder centra-se na ideia do “corpo como máquina” com fins de adestramento dos corpos e ampliação das aptidões para crescimento de sua utilidade e docilidade. No caso do saber institucionalizado da medicina, a medicalização seria uma forma de operar esse domínio sobre a vida:

As instituições disciplinares e a biopolítica formam uma aliança útil no exercício da gestão da vida, que encontra, no fenômeno da medicalização, um lugar de ação, visto que a medicalização se caracteriza pela intervenção médica sobre o plano da vida dos sujeitos, exercendo um controle sobre a população e o indivíduo. (ZORZANELLI & CRUZ, 2018, p. 725-726)

Assim, entendemos a medicamentação como um termo complementar, especificando o uso de fármacos para o tratamento do que foi medicalizado. Em estudo de Rosa & Winograd (2011, p. 43), encontramos que o movimento de

“medicamentalização do mal-estar psíquico tornou-se peça fundamental de um mecanismo de poder sobre a vida próprio do contemporâneo, em que os valores de autonomia e eficácia prevalecem na constituição das subjetividades”.

A descoberta das drogas psicoativas, a partir dos anos 1950, produz uma transformação na maneira de lidar com o sofrimento psíquico, que passa a prescindir da história de vida do paciente: o que estaria na ordem do mental passa a ser localizado nos desequilíbrios químicos do cérebro. Tendo isso em vista, podemos observar com Miller (1997) a condição de pensar sobre os fenômenos clínicos a partir dos efeitos que os medicamentos podem oferecer, que passaram a ser os maiores organizadores da clínica psiquiátrica. Esse debate tem como base o aumento das categorias diagnósticas desde a ascensão do neoliberalismo, acompanhadas pelas terapêuticas médico-farmacológicas correspondentes. Nesse cenário, um dos pontos principais a ser ressaltado é a função de produzir novas patologias, por parte da psiquiatria, para endossar o consumo de psicofármacos, uma manobra que se insere na lógica da performance do indivíduo tal como a gestão de uma empresa (SAFATLE, SILVA JUNIOR & DUNKER, 2021).

Autores como Kehl (2002) e Laia & Aguiar (2017) fazem considerações necessárias sobre as estratégias da indústria farmacêutica nesse contexto: a propaganda da condição ou doença a ser tratada por determinado medicamento serve como proposta de um modo de vida passível de ser ajustado à normalidade. No caso dos psicotrópicos, tais como os antidepressivos e ansiolíticos, Roudinesco (2000) aponta que eles têm o efeito tanto de normalização de comportamentos quanto de eliminação de sintomas, sem que exista sua devida significação. Dessa forma, existe uma conduta de equivalência entre sintomas observados e diagnósticos ofertados nos manuais, sem que haja uma devida consideração do sujeito (FIGUEIREDO & TENÓRIO, 2001). Este mecanismo evidencia o empobrecimento radical destacado por Laia & Aguiar (2017) quando se referem à clínica psiquiátrica, devido ao efeito de eliminar a dimensão enigmática do sintoma – sendo que é precisamente aí que se revela o sujeito, no ponto de imprecisão que existe para além das explicações objetivas sobre o sofrimento. Afinal, há alguém que sofre e cujo sofrimento pode ser maior, menor, de um jeito ou outro, enfim, anunciando uma maneira única. Ainda, neste sintoma resta um enigma que corresponde ao que é subjetivo e não apenas objetivo. Observamos com Kehl (2002) que as práticas exclusivamente medicamentosas são uma das estratégias

utilizadas para separar o psiquismo do inconsciente, na medida em que estão à serviço de um “eu soberano, feliz, ajustado às aspirações dos membros da cultura do individualismo e do narcisismo.” (KEHL, 2002, p. 8)

Aqui reside um ponto de divergência fundamental entre as clínicas psiquiátrica e psicanalítica. Na perspectiva desta última, a impossibilidade de uma lei universal, principalmente nos espaços psicológicos, é estrutural na constituição da própria clínica psicanalítica que leva em consideração o inconsciente. Há uma falta de sentido pleno quando nos referimos ao sujeito (isto que chamamos de ponto cego), a qual não se reduz a uma classificação psiquiátrica. É esse sujeito, o enigma, que interessa na experiência psicanalítica. Entretanto, o que encontramos cotidianamente são as inúmeras tentativas de adequação à “normalidade” do indivíduo em uma ilusão de totalidade e plenitude. O que está em jogo é “calar o sujeito numa classe universal que o apreende sem resto” (BARRETO & IANNINI, 2017, p. 47), Lembremos o que Leriche apontava sobre a definição de saúde como “a vida no silêncio dos órgãos”, demonstrando desde outrora a visão reducionista e organicista do conceito. O resultado não poderia ser diferente de passividade e homogeneização, se a conduta com o sofrimento psíquico for puramente mecanicista:

O sujeito é medicado para produzir mais, para dormir menos e melhor, para não se cansar, para ter condições de trabalhar sem dar prejuízo, para ser menos lento. Possui um corpo consertado para supostamente lidar com as possíveis frustrações e condições adversas da vida. Nesse viés, a função que os medicamentos adquirem é a de regulamentar as características de um sujeito, levando a uma unicidade e indiferenciação dos seres (SALVADOR & CORDEIRO, p. 3)

1.3 Angústia na contemporaneidade

É pelo viés de um suposto ideal de normalidade que podemos incluir o manejo da angústia na contemporaneidade. Com cada vez menos espaço para o mal-estar, promove-se uma busca incessante de mecanismos de atenuação do que é próprio do sujeito ao encontro do traumático (BIRMAN, 2006). Há algo, que não é possível ler plenamente no fenômeno apresentado, que diz respeito ao sujeito, imponderável, e o encontro com esse ponto cego é sempre traumático. As terapias baseadas na sintomatologia, como as realizadas através dos medicamentos e as terapias comportamentais, são amplamente ofertadas ao angustiado em

desconsideração de uma implicação subjetiva (PEREIRA, 2000). O ponto em comum dessas tentativas é o discurso perpetuado de individualização e ao mesmo tempo universalização do sofrimento, como se fosse impotência de cada um na gerência do que lhe acomete. Em resposta a isto, as ferramentas medicamentosas, sustentadas pela referência às disfunções químicas cerebrais, possibilitariam uma saída: a experiência de bem-estar para aquele indivíduo que também serviria para todos, de forma universal. Se há algo disfuncional a ser compensado, a terapêutica há de ser homogênea, onde não haveria espaço para furos ou falta.

A mídia e os veículos de comunicação corroboram para esse discurso de exaltação das aptidões às custas da subjetividade. Qualquer sinal do mal-estar é visto como desnecessário e precisaria ser tamponado com a nova pílula, até mesmo as experiências de “esvaziamento da interioridade, empobrecimento linguístico e fantasístico e, com frequência, certa anestesia diante si e do mundo” (MAIA, 2002, p. 89) que aproximamos à angústia. A proposta da psicanálise lacaniana não é desconsiderar o sofrimento, mas contextualizar o sujeito dentro da cultura: o mal-estar, já dizia Freud, advém do viver em civilização. Para tanto, o sofrimento não precisa ser eliminado, mas inserido em uma narrativa que valorize o sujeito angustiado e, principalmente, desejante. Na perspectiva psicanalítica da angústia, é “sempre em vão tentar curá-la apenas com psicofármacos, pois ela é inseparável da dialética do desejo” (CHIABI, 2014, p. 140), destacando que há algo subjetivo que escapa aos moldes objetivos de classificações e terapêuticas universais. Fazer desaparecer a angústia do sujeito, sendo ela uma condição existencial, é também desvalorizar a dimensão do desejo que só existe a partir da constituição subjetiva. É o excesso que está envolvido na experiência angustiante, como veremos nos próximos capítulos, e não apenas de uma falta. No caso psiquiátrico, trata-se de uma falta encontrada na neuroquímica que há de ser compensada para garantir o equilíbrio no cérebro.

Como resposta às variadas estratégias publicitárias, muitos indivíduos recorrem às diversas práticas médicas para garantir a funcionalidade do corpo e sua performance. No entanto, cabe questionarmos se a angústia, como uma experiência de desmoronamento que aflige diretamente o corpo, pode ser considerada simplesmente uma disfunção da homeostase vital. Adiantamos que nossa aposta é que a angústia carrega um valor subjetivo que não se reduz à captura medicalizante da modernização ocidental. Nossa intenção, conforme será demonstrado nos

próximos capítulos, é considerar a angústia diferente de um sintoma, entre outros, a ser eliminado (LAURENT, 2007). Não que o sofrimento seja banalizado, pelo contrário: reconhecemos que há um excesso de excitação que transborda, sendo mais do que o sujeito consegue suportar e ao qual ele fica submetido (BIRMAN, 2014). Exatamente por ser um fenômeno tão íntimo para aquele que é afetado, nossa aposta é que a angústia pode ser um motor para um trabalho que leve em conta o sujeito do inconsciente, como veremos adiante com Freud e, principalmente, com Lacan.

O indivíduo é medicado para trabalhar mais e aumentar sua performance com o mínimo de impedimento. Essa imposição faz com que os indivíduos estejam no máximo de suas potencialidades e a consequência é uma indiferenciação entre eles (SALVADOR & CORDEIRO, 2020). A exigência colocada pela cultura contemporânea estabelece uma uniformidade que se constrói a partir da padronização das características esperadas do indivíduo, e a medicação é uma das estratégias utilizadas. A angústia, nesse contexto, apresenta-se como um fenômeno que se apresenta tanto na clínica psiquiátrica como na clínica psicanalítica. No entanto, o lugar que ela ocupa nesta última não condiz com uma terapêutica universal que visa sua desapareição. Na verdade, ao contrário da psiquiatria que faz calar o sujeito para trabalhar com seu sintoma, na clínica lacaniana buscamos fazer falar esse mesmo sujeito.

Ressaltamos a inegável contribuição da psiquiatria e da psicofarmacologia para o campo da saúde mental, lembrando da manicomialização do sofrimento psíquico e o papel fundamental da Reforma Psiquiátrica para o tratamento em liberdade. A necessária e atual luta antimanicomial é direcionada ao fechamento dos espaços físicos asilares que ainda se perpetuam como “tratamento” da loucura, mas também a crítica contra o manicômio simbólico que atravessa as práticas em saúde mental – inclusive de medicalização. A luta inclui um movimento contra a patologização da vida, incluindo a universalização de diagnósticos e condutas médicas, especialmente psiquiátricas.

Por isso, interessa-nos pensar como se dá hoje, em tempos de DSM-V, o lugar da psiquiatria biológica para a clínica do sofrimento psíquico para não o definir em novas categorias que reduzem a complexidade dos indivíduos em diagnósticos baseados na fenomenologia descritiva. Precisamente por este contexto, favorecido pela racionalidade neoliberal, que observamos que não há de

antemão uma relação de “psicanálise *versus* psiquiatria”, mas que são necessárias pontuações que as diferem para facilitar e até mesmo possibilitar o diálogo entre elas.

Podemos observar que as definições sobre a angústia enquanto um “transtorno de ansiedade”, equivalente a um sintoma entre outros a ser eliminado, não corresponde ao lugar que a angústia ocupa no dispositivo psicanalítico. Portanto, o que encontramos na teoria psicanalítica de Freud e Lacan sobre a angústia? Sendo este um afeto que atravessa estruturas, está presente em diversos momentos das teorias de ambos os autores a ponto de não ser possível explorar todas as contribuições que envolvem o tema. Tendo isso em vista, pretendemos fazer no próximo capítulo uma breve cronologia de marcos sobre a(s) teoria(s) da angústia desde os primeiros anos da psicanálise até a contribuição de Lacan sobre sua invenção do objeto da angústia, o objeto *a*.

2

A abordagem psicanalítica

O problema da angústia ocupa nas questões da psicologia das neuroses uma posição que poderíamos chamar de central.

Sigmund Freud, Conferência XXV: A angústia (1916/17)

A angústia ocupa um lugar central nas formulações de Freud, pois o acompanhou ao longo de seus estudos sobre a clínica das neuroses. Por isso, encontramos duas teorias da angústia que mantêm relação com a noção de recalque: sendo ela um produto do recalque, na primeira, e produtora do mesmo, na segunda. Acompanhar Freud neste percurso teórico nos serve para compreender suas (re)formulações e os atravessamentos pertinentes não apenas para a teoria psicanalítica da angústia, mas também para a clínica contemporânea da neurose.

A angústia é tomada enquanto sintoma a partir do olhar a intervenção dos psiquiatras, e agora veremos outras particularidades quando falamos tanto de angústia quanto de sintoma para os psicanalistas lacanianos. Vimos que a indeterminação que se insere na experiência da angústia é transformada em uma disfunção a nível cerebral que aponta para um sintoma a ser eliminado, tendo em vista o discurso das neurociências. O caráter de excesso da angústia e sua manifestação no corpo anunciam uma *certeza* que a diferencia da abordagem psicanalítica do sintoma, pois este carrega um *enigma*. O mal-estar que sofre o angustiado pode encontrar um lugar na clínica psiquiátrica, como vimos pela via da medicação – ou melhor, da medicalização. Já o manejo psicanalítico propõe, como veremos, uma outra via: o da travessia, e não da eliminação. Iremos desenvolver a discussão entre angústia e sintoma no capítulo seguinte, mas cabe adiantar que a angústia é precisamente o que resiste à interpretação ou à determinação objetiva. Neste momento, veremos como a angústia se refere ao afeto, através do embasamento teórico da abordagem psicanalítica. Utilizaremos as contribuições de Freud e Lacan.

2.1 *Angst*: angústia, ansiedade ou medo?

Algo relevante a ser prontamente justificado é o uso, neste trabalho, da tradução de *Angst* (na obra de Freud original alemã) por angústia. Segundo Hanns (1996), o termo *Angst* tem raiz indo-europeia *anĝh*, que corresponde a apertar, comprimir. Em francês, encontramos tanto *angoisse* como *anxiété*, e no inglês, *anguish* e *anxiety*. Esta palavra em alemão também não tem um sentido único na língua portuguesa. Embora angústia e ansiedade, assim como o medo, possam ser consideradas sinônimos para a tradução de *Angst*, este trabalho já anuncia a preferência por angústia, presente nas obras freudianas traduzidas do alemão para o português. Freud mesmo não fazia significativas distinções entre ansiedade e angústia, pelo contrário: o autor usava as palavras indiscriminadamente, oscilando no uso tanto de ansiedade quanto de angústia.

Não é à toa que encontramos traduções diferentes dependendo da versão das obras de Freud utilizada. *Angústia* aparece predominantemente nas editoras Companhia das Letras e Autêntica, enquanto *ansiedade* é mais presente na editora Imago. Outra versão encontrada das obras freudianas no Brasil é a da L&PM, em que *Angst* é traduzido por *medo*. Essa discussão também é apresentada por Hanns (1996, p. 62):

O termo *Angst* (literalmente significa "medo") é traduzido geralmente para o português como "ansiedade" (seguindo a vertente da tradução inglesa, *anxiety*) ou como "angústia" (de acordo com a tendência francesa, *angoisse*). Nem sempre é possível diferenciar os termos "medo", "ansiedade" e "angústia" entre si. Conforme o contexto, tanto *Angst* ("medo") como *Furcht* ("temor", palavra também ocasionalmente empregada por Freud) podem corresponder a "ansiedade" e mais raramente a "angústia"; entretanto, a rigor, nem *Angst* nem *Furcht* correspondem em alemão a "ansiedade" ou a "angústia".

A semelhança entre angústia e medo é realmente presente na teoria de Freud (1917/2014d, 1920/2010, 1926/2014). Este dado ratifica a problemática em torno da angústia desde sua definição, e talvez por isso não seja coincidência que a obra original alemã de 1926, *Hemmung, Symptom und Angst*, tenha tido *Angst* traduzida por ansiedade (Imago), medo (L&PM) e angústia (Companhia das Letras e Autêntica). No entanto, há uma ressalva neste mesmo escrito de 1926, onde Freud atribui especificamente a palavra *Furcht* para se referir ao medo, e *Shreck*, para terror. Medo e angústia inicialmente se diferenciam quanto à necessidade da presença (ou não) do objeto, apontando para o uso mais adequado de *Angst* para

angústia. Destacamos que esta “designa um estado como de expectativa do perigo e preparação para ele, ainda que seja desconhecido” (FREUD, 1920/2010, p. 126). Desconhecido na angústia e conhecido no medo: este é o ponto principal para diferenciá-los, já que há objeto definido quando nos referimos às situações de medo. Ou seja, para Freud, a angústia não dependeria da presença de um objeto propriamente dito – e isto permanece em toda sua teoria, sendo reformulado, como veremos, apenas com Lacan e a proposição do objeto *a*.

Entre angústia, ansiedade e medo, são as duas primeiras que se aproximam da raiz *-ang*, sendo ambas utilizadas como sinônimos por Freud quando se refere à indeterminação do objeto, em diferenciação ao que remete o medo. Nossa escolha por tomar *Angst* como angústia corresponde a uma discussão maior que a problemática das traduções, pois há de se considerar o que o termo ansiedade remete para a psiquiatria ou até mesmo ao senso comum. Portanto, trata-se de uma discussão compatível com nossa intenção de construir um diálogo entre psicanálise e psiquiatria sobre o tema da angústia, exatamente por não termos o objetivo de inseri-la na perspectiva dos transtornos – ideia presente quando nos remetemos à ansiedade e, conseqüentemente, ao contexto psicopatológico de transtorno de ansiedade.

2.2 Alguns apontamentos sobre a angústia na obra freudiana

Podemos encontrar uma linha cronológica nos estudos de Freud sobre o tema da angústia. Não é coincidência a semelhança do rigor apresentado nas primeiras publicações sobre a angústia e o que encontramos no *Projeto para uma psicologia científica* (datado de 1895). A marca da economia psíquica e parâmetros quantitativos presentes em ambas as obras se evidenciam por serem textos publicados em um mesmo período: considerados pré-psicanalíticos, ainda era presente a intenção cientificista de Freud e seu esforço em situar a psicanálise entre as ciências naturais. Portanto, ao mesmo tempo em que iremos acompanhar temporalmente as elaborações de Freud sobre a angústia, também faremos um breve percurso sobre o desenvolvimento da própria teoria psicanalítica no que concerne a nosso tema, desde os primórdios até as ulteriores modificações propostas pelo autor.

2.2.1 A primeira teoria da angústia

Vemos no *Rascunho B* (1893) a tentativa de Freud em produzir uma primeira classificação, ao diferenciar as neuroses atuais e as psiconeuroses. A neurose de angústia (*Angstneurose*) estaria situada junto com a neurastenia e a hipocondria no bojo das neuroses atuais, as quais dizem respeito à atualidade da vida sexual do sujeito; enquanto no segundo grupo, das psiconeuroses, teríamos as neuroses de transferência e as neuroses narcísicas, decorrentes de conflitos de origem psíquica.

A primeira elaboração freudiana em torno do tema da angústia tem como base a relação entre excitação física sexual e angústia. Como ponto de partida, recorremos à correspondência enviada a Willhem Fliess – tal como o referido *Rascunho B*, além do *Rascunho A* e *Rascunho E*. Nestes Rascunhos, encontramos o emprego insatisfatório da energia sexual como principal causa da angústia: o mal direcionamento da excitação libidinal não passa por uma descarga suficiente no ato sexual, tendo como consequência a inscrição da angústia no corpo. Nessa perspectiva, a sugestão freudiana é que deveria haver uma prática sexual satisfatória o bastante para evitar ou fazer desaparecer a angústia.

Para compreendermos sobre a etiologia da neurose de angústia, nos referimos ao *Rascunho A* (1892). Como vimos, a inibição sexual aparece como um ponto importante de causa para tal neurose e Freud exemplifica algumas situações em que a descarga inadequada da libido se apresenta: na virgindade, na abstinência forçosa, no coito interrompido, entre outros. Mas é no *Rascunho E – Como se origina a angústia* (provavelmente datado de 1894), que Freud propõe uma explicação sobre a transformação da acumulação de tensão sexual em angústia. Para este nosso trabalho, cabe observar como se evidencia o caráter econômico exclusivo, pois o fator principal para o surgimento da angústia é a quantidade represada de excitação física de natureza sexual. Sobre este mecanismo, podemos resumir que o escoamento de libido é represado, e a tensão aumenta a tal ponto que o limiar atingido desperta a angústia. Se não há correspondência suficiente entre tensão física sexual e ligação psíquica, esta tensão, portanto, seria transformada em angústia. Diferente da histeria, caso em que haveria a conversão da energia sexual em sintomas somáticos, o que ocorre na neurose de angústia é que a energia não encontra representação psíquica e é descarregada como angústia:

[...] na neurose de angústia, essa transformação de fato ocorre, o que sugere a ideia de que, nessa neurose, as coisas se desvirtuam da seguinte maneira: a tensão física aumenta, atinge o nível do limiar em que consegue despertar afeto psíquico, mas, por algum motivo, a conexão psíquica que lhe é oferecida permanece insuficiente: um afeto sexual não pode ser formado, porque falta algo nos fatores psíquicos. Por conseguinte, a tensão física, não sendo psiquicamente ligada, é transformada em – angústia. (FREUD, 1894/1987, p. 273)

Freud apresenta que, neste momento de sua primeira teoria da angústia, não há indício de realidade psíquica envolvida no fenômeno. Trata-se de uma abordagem mais fisiológica pelo acúmulo de energia sexual. Localizamos esse apontamento sobre a angústia em um tempo anterior à primeira teoria da angústia, quando o autor passa a se referir ao afeto em relação ao recalque.

Ainda sobre a neurose de angústia, Freud publica sobre sua sintomatologia clínica em *Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada neurose de angústia* (1894). Aqui, são indicadas algumas apresentações: a primeira é a irritabilidade geral, associada a um acúmulo de excitação ou a uma dificuldade em tolerar esse acúmulo (ou seja, acúmulo absoluto ou acúmulo relativo). É considerada também a chamada expectativa angustiada, sintoma nuclear da neurose, que quando ligada a um conteúdo representativo, vem a se tornar a angústia normal. Nesse caso, Freud (1895/1976, p. 52) afirma que há “um quantum de angústia em estado de livre flutuação, o qual, quando há uma expectativa, controla a escolha das representações e está sempre pronto a se ligar a qualquer conteúdo representativo adequado”. Já o ataque de angústia, também parte do quadro clínico da neurose de angústia, pode vir a se manifestar um sentimento de angústia que irrompe sem estar associada a uma representação, ou acompanhada de uma interpretação por quem a sente. Este modo de manifestação incide diretamente no corpo, através de expressões como taquicardia, sudorese, respiração ofegante e tremores.

Temos então, na neurose de angústia, um fenômeno somático (LEITE, 2011). Seguiremos a autora no exercício de comparação entre o quadro da angústia descrita por Freud e o pânico, classificação presente no DSM e CID (Transtorno de Pânico – F41.0) dentro do rol dos transtornos de ansiedade. Aqui encontramos uma fenomenologia que se aproxima tanto à psicanálise como à psiquiatria, em suas devidas nomenclaturas. Leite (2011) demonstra a semelhança entre os ataques de angústia em Freud e o diagnóstico psiquiátrico de transtorno de pânico através das manifestações no corpo que se apresentam de forma quase que exclusivamente

fisiológica. No caso da angústia, a excitação libidinal provocada não encontra escoamento adequado e transforma-se em angústia, enquanto o ataque de pânico trata-se de “um surto abrupto de medo intenso ou desconforto intenso” (APA, 2014, p. 208) em que uma das orientações presentes no DSM-V para tal diagnóstico é que se apresente ao menos quatro dos seguintes sintomas:

Palpitações, coração acelerado, taquicardia. 2. Sudorese. 3. Tremores ou abalos. 4. Sensações de falta de ar ou sufocamento. 5. Sensações de asfixia. 6. Dor ou desconforto torácico. 7. Náusea ou desconforto abdominal. 8. Sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio. 9. Calafrios ou ondas de calor. 10. Parestesias (anestesia ou sensações de formigamento). 11. Desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (sensação de estar distanciado de si mesmo). 12. Medo de perder o controle ou “enlouquecer”. 13. Medo de morrer. (APA, 2014, p. 208).

Pereira (2000) desenvolve a discussão entre pânico e angústia e aponta como a apresentação do transtorno de pânico, desde sua inclusão no DSM-II, revela sua independência em relação à subjetividade ou à história daquele que o vivencia. Nesse cenário, trata-se do domínio das neurociências sobre a explicação deste fenômeno em bases biológicas, e não psicológicas. Essa descrição dialoga, em certo sentido, com a apresentação de Freud sobre a angústia neste momento: um fenômeno fisiológico, baseado nos fatores econômicos de acúmulo/descarga de energia sexual e sem influência de fatores subjetivos.

2.2.2 Angústia posterior ao recalque

Seguindo cronologicamente o desenvolvimento teórico freudiano, partiremos para a Conferência XXV: *Angústia* (1917). O autor destaca que melhor do que falar da angústia como sensação, é referi-la a um estado afetivo produzido pelo recalque. Afeto e recalque são noções importantes a esta altura do desenvolvimento teórico do autor. Recalque porque marca o eixo (anterior ou posterior ao recalque) das teorias sobre a angústia, sendo ela considerada neste momento como posterior a tal mecanismo – formulação que sofrerá modificações depois. Ao mesmo tempo, cabe destacarmos o que encontramos sobre o afeto na teoria freudiana. Considerar a angústia enquanto um afeto é fundamental para nosso estudo, principalmente quando Lacan desenvolve posteriormente esta discussão. Brevemente, trazemos que:

Um afeto compreende, em primeiro lugar, determinadas inervações motoras ou descargas; em segundo, certas sensações de dois tipos distintos: as percepções das ações motoras ocorridas e as sensações diretas de prazer e desprazer que dão o tom, como se diz, ao afeto. (FREUD, 1917/2014d, p. 304)

Na referida Conferência datada de 1917, e ainda na Conferência 32 de 1933, Freud propõe a diferenciação entre angústia realista e angústia neurótica. Mais uma forma de classificação que o autor se utiliza para pensar o tema da angústia: “a distinção entre os gêneros de angústia não mais se faz unicamente de acordo com a descarga, mas antes de tudo com relação ao perigo” (VIEIRA, 2001, p. 56). A primeira, angústia realista, diz respeito a uma reação a um perigo externo e regida pela pulsão de autoconservação, inicialmente anunciada como racional e compreensível aos olhos de Freud (embora esta ideia seja questionada por ele posteriormente). Espera-se que haja certa dose de angústia para o desenvolvimento de uma ação protetora frente ao perigo (luta, defesa ou ataque), mas uma reação inadequada seria a paralisação por causa da angústia em grande intensidade. Ou seja, a angústia, que deveria ser reduzida a um mero sinal a ponto de se converter em ação, torna-se inadequada se for desenvolvida excessivamente. Nas palavras de Freud (1933/2010, p. 161, *italico do autor*):

Nela são possíveis dois desfechos. Ou o *desenvolvimento da angústia*, a repetição da antiga vivência traumática, limita-se a um sinal, e a reação restante pode adequar-se à nova situação de perigo, procedendo à fuga ou à defesa, ou a situação antiga prevalece, toda a reação se esgota no desenvolvimento da angústia e o estado afetivo torna-se paralisante e inadequado ao presente.

A angústia neurótica, por outro lado, é aquela que responde a um perigo desconhecido: não sendo justificada pela ameaça do exterior, ela possui componentes neuróticos. Nesse caso, haveria três formas independentes de angústia (1917/2014d, 1933/2010):

- a) Na primeira, um estado generalizado, flutuante, que pode se ligar a qualquer oportunidade que se justifique (é o que ele já chamara de “angústia expectante” ou “expectativa angustiada”). Embora as pessoas sofram neste estado, elas não são consideradas doentes, mas são angustiadas e pessimistas. Este quadro apresenta-se de forma semelhante ao que temos atualmente classificado como Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), devido aos sintomas descritos tais como a preocupação excessiva e a dificuldade em controlar a preocupação (APA, 2014).

- b) A segunda forma seria as manifestações de fobias. Os exemplos apresentados por Freud vão desde o temor a certos objetos perigosos (como a reação frente a uma cobra), até uma angústia mais incompreensível (tal como a incapacidade de um homem atravessar a rua). Para Freud (1917/2014d), estes casos mostram que a fobia corresponde a angústia relacionada a objetos ou situações e, ainda que a reação seja desproporcional, mantém uma correspondência com algum perigo externo determinado.
- c) A terceira, é a forma mais misteriosa: não é clara a relação entre a angústia e o perigo. Aparece, como em casos de histeria, de maneira inesperada e incompreensível, sem que se justifique a proporção do afeto manifestado em intensidade.

Ainda podemos incluir, além destas modalidades de angústia apresentadas por Freud, uma da qual desconhece o DSM:

- d) *A relação entre angústia e recalque* corresponde a um ponto fundamental para diferenciar angústia e ansiedade: o ponto cego, ou o enigma do sujeito, é colocado em um lugar privilegiado na clínica psicanalítica. Aqui faz-se uma íntima aproximação entre angústia e sintoma em ambas as clínicas, neste momento teórico de Freud. No entanto, exatamente o que há de impreciso e indeterminado na angústia a faz ser capturada pelo discurso das neurociências, já que a psiquiatria não se detém sobre ela se não for para eliminá-la.

Para finalizar esta breve elaboração sobre a primeira teoria de Freud, o mais necessário é a localização da angústia enquanto posterior ao recalque, isto é, o recalque produziria a angústia. Este termo (*Verdrängung*, em alemão), que leva o título do texto *O recalque* (1915), enfatiza a marca da economia psíquica desta elaboração sobre a angústia. Sendo um produto do recalque, este tempo da teoria da angústia marca que angústia e sintoma poderiam ser equivalentes tal como temos na perspectiva psiquiátrica. A especificidade nesse caso seria de um sintoma que não traz uma mensagem cifrada, pois não está associada a qualquer representação. No entanto, se essa angústia/sintoma corresponde a uma produção de um conflito

psíquico, trata-se de uma angústia da qual não tem lugar na objetividade do DSM exatamente por carregar a marca do sujeito.

A partir da teoria das pulsões, entende-se que o recalque incide sobre *Vorstellung*, a representação psíquica da pulsão (ideia), e não sobre a energia libidinal que descarrega sob a forma de afeto, mantendo este último livre para se ligar a outra representação substitutiva. Aqui vemos que, no caso da angústia, este afeto permanece livre sem qualquer ligação após a ação do recalque.

Mas esta compreensão vigora apenas temporariamente, tendo como marco o ano de 1926 quando da publicação de *Inibição, sintoma e angústia* com a proposição de uma nova teoria da angústia.

2.2.3 A segunda teoria da angústia

Cumprе notar que em *Além do princípio do prazer* (1920), Freud já dava notícias sobre o desenvolvimento de sua nova teoria da angústia. O enfraquecimento da ideia da angústia tal como “libido transformada” pela ação do recalque abre espaço para algo que está justamente além do princípio do prazer. Já se enuncia, em 1920, que a angústia não seria apenas efeito do trauma, mas sinalizaria um perigo no nível do Eu.

Um ano antes da referida obra na qual é formulado o conceito de pulsão de morte, é publicado *Das Unheimliche* (1919), cuja tradução seria o possível equivalente a “inquietante”, “estranho”, ou ainda “infamiliar”. A noção de *Unheimlich* indica uma relação com o recalque que produz um fenômeno particular, como Freud ilustra a partir de exemplos como o conto “O homem da areia” de Hoffman. Diz Freud (1919/2010, p. 269): “[...] esse *Unheimlich* não é realmente algo novo ou alheio, mas algo há muito familiar à psique, que apenas mediante o processo da repressão alheou-se dela”. O que retorna do recalcado é um conteúdo familiar transformado em estranho ao sujeito, e é precisamente aí que emerge a angústia. Trata-se de “algo que deveria permanecer oculto, mas apareceu” (FREUD, 1919/2010, p. 269), que Vieira (1999) aponta para a angústia de castração, tão antiga e familiar no psiquismo que sofreu a ação do recalque e retorna sob forma do fenômeno do duplo. Essa discussão em torno de *Unheimlich* e

angústia será desenvolvida posteriormente nos estudos de Lacan sob a perspectiva do objeto *a* e do real, e será abordado adiante neste trabalho.

A seguir, veremos mais detalhadamente sobre a chamada “virada de 1926”, quando é oficialmente produzido um giro na teoria freudiana da angústia. Ao acompanharmos temporalmente o desenvolvimento teórico de Freud sobre a angústia, pontuamos sobre suas proposições e retificações acerca do tema. A mais significativa delas será detalhada a seguir.

2.2.4 Angústia anterior ao recalque

É em 1926, em *Inibição, sintoma e angústia*, que Freud formula a nova teoria da angústia.

Vejamos a construção teórica freudiana sobre a angústia, sobretudo em torno da economia psíquica: no primeiro tempo, os fatores quantitativos eram considerados os únicos determinantes, e logo a seguir o econômico mais o mecanismo do recalque. Agora, o autor reconhece que não é possível inserir a angústia apenas na perspectiva econômica e enquanto produção do recalque, estabelecendo ainda a ideia do perigo e da castração, além de uma nova relação com o recalque:

[...] a angústia não é gerada novamente na repressão [recalque], e sim reproduzida como um estado afetivo, segundo uma imagem mnêmica já existente. Mas, se indagarmos também pela origem dessa angústia - como dos afetos em geral -, abandonamos o terreno incontestado da psicologia e adentramos a área fronteira da fisiologia. (FREUD, 1926/2014, p. 16)

A angústia passa a ser compreendida como um sinal de perigo frente a uma ameaça de situação traumática, considerando que o Eu é a sede genuína de tal afeto (FREUD, 1926/2014). Sinal, Eu e trauma são termos relevantes para a compreensão deste momento da (re)formulação teórica. Nesse cenário, “A postura angustiada do Eu é sempre o elemento primário e instigador da repressão [recalque]” (FREUD, 1926/2014, p. 32). Se não podemos falar de afetos inconscientes, a angústia enquanto afeto precisa ser pensada como uma sensação a nível do Eu. Não se trata mais de excesso de libido represada, mas de um sinal de perigo que se produz no Eu de forma a evitar reviver a experiência do desamparo originário. Freud (1926/2014, p. 55) define: “a angústia surgiu como reação a um estado de perigo, e

agora é reproduzida sempre que um estado desses se apresenta”. Este estado de perigo, o primeiro de todos, é o nascimento.

Freud cita Otto Rank, quem desenvolveu o importante trabalho denominado *O trauma do nascimento* datado de 1924. Diferente de Rank, na teoria freudiana observamos que a angústia é sentida não no nascimento em si, mas posteriormente – afinal, ainda não há um Eu constituído no momento em que nasce um bebê (FREUD, 1914/2010), e por enquanto não poderíamos localizar o afeto da angústia propriamente dito. Freud aponta o desamparo do nascimento como um protótipo da angústia, como um modelo para as situações de perigo seguintes que serão vivenciadas conforme o desenvolvimento psíquico. Segundo as formulações freudianas em torno do nascimento, a angústia seria considerada o “produto do desamparo psíquico do bebê” (1926/2014, p. 59). O autor destaca o momento do nascimento como privilegiado para pensar o ineditismo dessa experiência de perigo de vida (devido ao horror pelo afastamento da mãe), mas conforme avança na formulação da segunda tópica – que possibilita localizar o Eu como sede da angústia –, também define o contexto deste afeto: é a aparição de um evento traumático que não pôde encontrar suporte suficiente pela norma do princípio do prazer (FREUD, 1933/2010). Esse abalo na economia psíquica faz do afeto da angústia um sinal de uma situação de perigo já vivenciada anteriormente, qual seja, o nascimento. Nesse ponto de vista, portanto, a angústia pode ser entendida como uma tradução subjetiva que, sentida no Eu, anuncia uma situação de perigo para evitar o evento traumático de desamparo. Freud mesmo sugere que: “nos inclinamos a ver no estado de angústia uma reprodução do trauma do nascimento” (FREUD, 1926/2014, p. 54).

De acordo com o autor:

- a) A angústia é reproduzida automaticamente quando se apresentam experiências análogas à situação traumática de origem, como uma forma inadequada de reação; ou
- b) A angústia como uma advertência (ou um sinal) produzida pelo Eu diante apenas da ameaça de perigo, visando que este fosse evitado.

Para Freud, a angústia apareceria como reação à falta do objeto. Assim é compreendido o medo do traumático da castração nas neuroses infantis pela separação de um objeto estimado, e também que a angústia “mais primordial” (FREUD, 1926/2014, p. 58) tem como origem na separação entre mãe e bebê. Entre

as experiências que precipitam situações traumáticas, o autor cita a perda da mãe enquanto um objeto, a perda do pênis, a perda do amor do objeto e a perda do amor do Supereu.

Neste período, Freud avança em suas pesquisas a partir da clínica das neuroses e retifica de vez a ideia de que a angústia seja criada pelo recalque. O autor faz uma importante inversão teórica, marcando a “virada”: a angústia *produz* o recalque. Com o caso do pequeno Hans, tendo como elemento central a fobia, Freud faz um giro em sua teoria da angústia. Ele percebe que, na verdade, ela não resulta da libido recalçada:

Mas o afeto da angústia, que constitui a essência da fobia, não vem do processo de repressão, não vem dos investimentos libidinais dos impulsos reprimidos, mas da instância repressora mesma; a angústia da fobia de animal é o medo da castração inalterado, ou seja, um medo realista, angústia ante um perigo propriamente ameaçador ou considerado real. Aqui é a angústia que gera a repressão [recalque], e não, como julguei anteriormente, a repressão que gera a angústia. (FREUD, 1926/2014, p. 31)

Neste ponto, Freud se apoia na ideia de substituição dos conteúdos representativos em Hans: o medo da castração sentido pelo Eu é substituído distorcidamente pelo medo de ser mordido por um cavalo. Pisetta (2008, p. 409) considera que a angústia de Hans é um “peso de empuxo ao recalque do desejo incestuoso pela mãe”, marcando a anterioridade da angústia e a crença de ser castrado. Este afeto sentido pelo Eu se desloca a nível das representações, pois a angústia da fobia é o equivalente do medo da castração. Freud ratifica sua ideia anterior postulada em 1917⁵, quando afirmou que certas manifestações de fobias não possuem vinculação direta com um perigo (tal como o cavalo), mas aparecem como substituições de conteúdos inconscientemente ameaçadores que foram recalcados – no caso, a castração.

Este desenvolvimento teórico de Freud nos esclarece que, para o autor, a angústia é sempre angústia de castração. O trauma pela perda da mãe corresponde ao encontro com a ausência de qualquer referência no mundo, e está presente desde o nascimento (a separação da mãe seria a angústia mais primordial, de acordo com Freud [1926/2014]), passando em seguida pela perda do seio, das fezes e do falo. A imersão no real sem recursos é o contexto da angústia, do desprazer que remete ao

⁵ Embora a virada de 26 tenha representado uma mudança significativa sobre a angústia em relação ao recalque, não significa que a conceituação anterior há de ser completamente abandonada. Pontos importantes são mantidos, tal como a referência citada.

incidente traumático, e será ilustrado no caso Hans no próximo capítulo. A saída desenvolvida pelo menino através da fobia representa uma via de estabelecer-lhe certos limites na relação com o Outro. Faremos essa discussão tendo em vista a análise realizada por Freud e das contribuições de Lacan principalmente do que o autor elabora a partir de seu Seminário 4 – *A relação de objeto*.

Outra face da castração desenvolvida por Freud corresponde a uma ausência que não é algo negativo para o sujeito, mas o contrário. O furo é constitutivo e é o que irá movê-lo em direção ao desejo, trilhando um percurso singular das satisfações que Freud já anunciara serem parciais – uma vez que o objeto faltoso nunca é recuperado. Este objeto diz respeito ao objeto que fora perdido, o seio materno, para o qual o desejo se orienta. O que Freud aponta como angústia é o que indica a falta, dada a ausência do objeto: por isso, angústia é sempre angústia de castração, ainda que seja na vertente imaginária da castração do pênis, propriamente em referência à fase fálica na trama edípica (PISETTA, 2008). Mais uma vez, Hans será a ilustração dessa configuração conforme a discussão que será apresentada, neste trabalho, sobre angústia e sintoma no desenvolvimento da fobia de cavalos. O caso do menino apresenta as duas faces da castração, em suas vertentes simbólica e imaginária.

Nesse sentido, Lacan desenvolve o tema da angústia não apenas como falta, mas como falta da falta: “Não se trata de perda do objeto, mas da presença disto: de que os objetos não faltam” (LACAN, 1962-63/2005, p. 64). O encontro com a ausência do objeto não é simplesmente perda do objeto, mas aponta principalmente para um trauma mais primordial de completa ausência de coordenadas simbólicas. Veremos a seguir, e também nos próximos capítulos, como a ausência de uma falta que poderia ser integrada na ordem simbólica vai além da ideia freudiana da angústia ser sempre angústia de castração.

2.3 Alguns apontamentos sobre a angústia no ensino lacaniano

Desde Freud a angústia já era considerada um afeto, e essa definição é desenvolvida com Lacan em seu Seminário dedicado à angústia (trata-se do *Seminário 10*, de 1962-63).

Lacan concorda com o autor de *Inibição, sintoma e angústia*, pois ambos consideram que a angústia, enquanto afeto, não pode ser recalçada. O que sofre a ação do recalque, em termos lacanianos, são os significantes⁶ que amarram o afeto. No entanto, uma diferenciação importante entre os dois autores é em relação ao que sustenta a angústia: se para Freud essa ideia gira em torno da castração, a castração de duas faces, para Lacan, a angústia não se apoia em nada. Para este autor, “Aquilo diante de que o neurótico recua não é a castração, é fazer de sua castração o que falta no Outro” (LACAN, 1962-63/2005, p. 56). Isso pode ser ilustrado pelo apólogo do louva-a-deus, encontrado logo na primeira lição do Seminário *A angústia*, considerando o ato sexual que precede o devoramento do louva-a-deus macho pela fêmea:

Revestindo-me eu mesmo da máscara de animal com que se cobre o feiticeiro da chamada gruta dos Três Irmãos, imaginei-me perante vocês diante de outro animal, este de verdade, supostamente gigantesco, no caso — um louva-a-deus. Com o eu não sabia qual era a máscara que estava usando, é fácil vocês imaginarem que tinha certa razão para não estar tranquilo, dada a possibilidade de que essa máscara porventura não fosse imprópria para induzir minha parceira a algum erro sobre minha identidade. A coisa foi bem assinalada por eu haver acrescentado que não via minha própria imagem no espelho enigmático do globo ocular do inseto. (LACAN, 1962-63/2005, p. 14)

O risco perante a presença do louva-a-deus gigante se dá pelo enigma ao olhar do Outro. Afinal, *che vuoi?* Que queres? O que se apresenta é a falta do significante que defina o sujeito para esse Outro, ou o que lhe indicaria a máscara em uso anunciada pelo espelho ocular do animal. Trata-se da referência de Lacan não à falta, mas à falta da falta. É a partir disso que se introduz o afeto da angústia, tendo em vista a relação ao desejo do Outro e a iminência de se apreender como objeto do Outro. De acordo com Lacan, além de não existir um acesso ao próprio desejo, “sequer há uma sustentação possível de meu desejo que tenha referência a um objeto qualquer, a não ser acoplando-o, atando-o a isto, o \$, que expressa a dependência necessária do sujeito em relação ao Outro como tal” (LACAN, 1962-63/2005, p. 33).

⁶ A concepção lacaniana de linguagem, na qual se insere a lógica do significante, faz referência à linguística estrutural a partir das contribuições de Saussure. Usaremos significante no sentido de traços mnêmicos ou representação, a partir da teoria freudiana. Não nos deteremos à teoria lacaniana do significante, mas nos apoiamos em Michel Arrivé em *Linguística e psicanálise - Freud, Saussure, Hjelmslev, Lacan e os outros*.

A partir desse apólogo, seguiremos no desenvolvimento teórico de Lacan em torno da angústia a partir do encontro com o Outro sem falta, conforme demonstrado na ambiguidade que se apresenta no louva-a-deus fêmea por não saber precisamente sua intenção. Termos que privilegiaremos para essa discussão são também o desejo e a fantasia, além do fenômeno do *Unheimlich* e a inovação lacaniana do objeto *a*.

2.3.1 Não é sem objeto

Se “A manifestação mais flagrante desse objeto *a* [...] é a angústia” (LACAN, 1962-63/2005 p. 98), vemos como esse objeto tem um lugar de grande relevância para o estudo da angústia. Na verdade, o autor desenvolveu seu Seminário em torno da angústia, o *Seminário 10*, para precisamente conceituar tal objeto, sua grande inovação teórica. A angústia passa a ser considerada, a partir de Lacan, como uma tradução subjetiva do objeto *a*.

Lacan, que se diz freudiano (como pronunciado na Conferência de Caracas, de 1982), segue na teoria de seu antecessor e consegue elaborar alguns dos impasses que restaram na teoria freudiana. Nesse sentido, se Freud diferenciou a angústia do medo, precisamente por ela não ter um objeto determinado, Lacan (1962-63/2005) fará um deslocamento: a angústia não é sem objeto. Isso não significa que ela tenha um objeto comum do mundo, nem que não tenha qualquer objeto. Tal objeto ao qual o autor se refere é o objeto *a*, esta terceira inscrição da letra “a” no ensino de Lacan: depois do A (grande Outro), a (outro, semelhante), eis que vemos o objeto *a* (SOLER, 2000-01). Diferente dos demais objetos apreendidos pela imagem, é um objeto resto, inapreensível, sem um significante que o represente.

O *a* também faz referência à fórmula da fantasia fundamental, já apresentada em momento anterior do ensino de Lacan: $\$ \diamond a$ (lê-se: sujeito barrado, punção de *a*). A fantasia, como suporte do desejo e anteparo para a angústia, é importante para a compreensão do objeto *a*: este é, segundo Soler (2000-01, p. 29) ao mesmo tempo causa de desejo (fantasia) e função de “identificação destituente” (angústia). Essa identificação localiza a falta, e aquilo que falta é necessário para desejar.

Formulo a fantasia com esses símbolos, ($\$ \diamond a$). Se o sujeito está barrado aqui é porque se trata do sujeito como falante, na medida em que se refere ao outro como olhar, ao outro imaginário. Sempre que tiverem de lidar com algo que é propriamente uma fantasia, verão que ela é articulável nesses termos de referência,

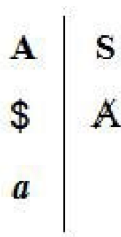
como relação do sujeito como falante com o outro imaginário. É isso o que define a fantasia. A função da fantasia é dar ao desejo do sujeito seu nível de acomodação, de situação. Por isso é que o desejo humano tem a propriedade de estar fixado, adaptado, combinado não a um objeto, mas sempre, essencialmente, a uma fantasia (LACAN, 1958-59/2016, p. 28)

A fórmula da fantasia fundamental nos direciona às faces simbólicas e imaginárias do objeto *a*: “quando o sujeito tem seu desejo acionado, na fantasia, em relação ao objeto, ele se liga a esse objeto através de palavras e de imagens” (JORGE, 2010, p. 143). Lacan deixa claro que o desejo não está relacionado ao objeto da demanda, mas à fantasia. Isso porque não há objeto que satisfaça o desejo, mas podemos falar em objeto *causa* de desejo. Precisamos pontuar que o objeto *a* é propriamente a manifestação da falta da falta, pois trata-se de um objeto que precisa estar mantido à distância. O que se apresenta como falta é o menos *phi* ($-\phi$), o falo, o qual produz o recalque do objeto *a* para sustentação do desejo (veremos em seguida).

O objeto que está em jogo quando nos referimos ao objeto *a* é inapreensível, e é essa natureza do objeto que mantém o sujeito em relação com o mundo, em eterno movimento desejante orientado à experiência da perda, reminiscência do objeto seio materno. Este objeto é inapreensível precisamente por se tratar de um resíduo, o resto da simbolização:

O desejo é o que está além de toda demanda, é o resto dessa demanda, [...] e, se todo desejo humano é desejo do desejo do Outro, a existência de um mais além da demanda vai implicar, em último termo, através do desejo do Outro, uma falta estrutural no Outro, cuja inscrição se fará através do significante fálico, marca desse barramento do Outro, e vai fazer do desejo, desejo sexual (EIDELZSZTEIN, 2018, p. 93).

Dessa forma, fazemos uma pausa para uma observação dos elementos da fórmula da fantasia ($\$ \diamond a$), no que se refere ao sujeito barrado e ao *a*. Para tanto, evocamos o primeiro esquema da divisão no plano da linguagem, conforme imagem abaixo, cujo primeiro resultado é o próprio sujeito barrado:



Primeiro esquema da divisão (LACAN, 1962-63/2005, p. 36)

Entretanto, a divisão segue com objeto pequeno *a* como aquilo que cai, o resto da operação simbólica diante do Outro. Ou seja, o primeiro esquema da divisão subjetiva mostra o resultado do sujeito barrado e o resto anunciado como objeto *a*, estando ambos situados do lado esquerdo, lado objetivo da barra da divisão. “O \$ é o término dessa operação em forma de divisão, já que o *a* é irreduzível, é um resto, e não há nenhum modo de operar com ele” (LACAN, 1962-63/2005, p. 193).

O objeto *a* “é o heterogêneo, como excesso gerado pelo sistema formal dos significantes. É uma produção que aparece como um excesso muito diferente do elemento signifiante, que, como borda, dá consistência ao conjunto”, de acordo com Nasio (1993, p. 96). É heterogêneo por não participar da cadeia signifiante, por ser o resto, aquele produto residual que encontramos da divisão subjetiva. É por isso que o objeto *a*, resistente a qualquer significantização, permite o eterno movimento do desejo. Nesse sentido, o recalque do objeto *a* serve de defesa contra a angústia, ao mesmo tempo em que a aproximação de sua manifestação é propriamente a experiência da angústia.

O autor ressalta que há objetos anteriores aos objetos comuns, estes instituídos nos tempos do estádio do espelho – desde a identificação com a imagem especular até com o outro, na relação com o semelhante. Pela dificuldade em discernir a identidade própria da identidade do outro, o autor demonstra que daí se introduz a “[...] mediação de um objeto comum, objeto de concorrência cujo status decorre da ideia de posse – ele é seu ou é meu” (LACAN, 1962-63/2005, p. 103). E nesse sentido o autor prossegue, afirmando que haveria tanto os objetos que poderiam ser partilhados socialmente e os que não poderiam. Estes últimos são demonstrados por Lacan ao corresponderem a cinco formas de perda, extraídos de certa separação que remete ao corte do nascimento – mais especificamente ao corte

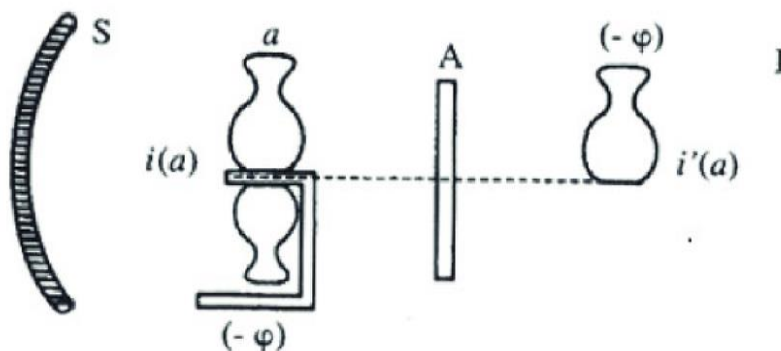
dos envoltórios embrionários. Ao todo, as formas do objeto *a* análogas ao objeto embrionário são assumidas em cinco: o seio, as fezes, o falo, o olho e a voz. “Com efeito, são objetos anteriores à constituição do status do objeto comum, comunicável, socializável. Eis do que se trata no *a*” (LACAN, 1962-63/2005, p. 103).

Aqui se faz presente uma retomada à pulsão parcial de Freud. A parcialidade se demonstra à medida que o objeto *a* se caracteriza como partes destacáveis do corpo, como veremos não sobre o corpo orgânico, mas a “fantasias, imagens, simulacros que envolvem o real do gozo” (NASIO, 1993, p. 99). A característica de borda do objeto *a* remete ao furo, ou melhor, a um “fluxo de gozo” que transita na borda dos orifícios corporais.

2.3.2 O estranho

A referência ao estranho (*Unheimlichkeit*) para Lacan é tão importante para o estudo da angústia quanto o chiste (*Witz*) o foi para abordar o inconsciente. A obra de Freud (*Das Unheimliche*, de 1919) é retomada por Lacan para localizar a emergência da angústia. Como afeto impossível de representar, a angústia não é inscrita na dimensão simbólica ou imaginária tanto quanto no real. Essa discussão veremos a seguir.

Freud apresenta a segunda teoria da angústia em torno da noção de sinal do Eu, que mobiliza a ação do recalque. Já em Lacan, precisamente no capítulo III do *Seminário 10*, o autor desenvolve esta ligação entre angústia e o Eu através do esquema ótico. Soler (2000-01) aponta que este esquema, tal como reproduzido na imagem abaixo, é uma “reestruturação” do estádio do espelho, pois inclui os significantes e significados do Outro. Trata-se do imaginário que inclui a relação com o Outro.



Esquema óptico simplificado (LACAN, 1962-63/2005, p. 49)

O espelho convexo cria uma imagem real, narcísica: em $i(a)$ é a imagem do sujeito, erotizada pela libido. Já $i'(a)$ é a imagem completa formada por intermédio do espelho plano (representado pelo Outro, A, aquele que faz a mediação entre o sujeito e sua imagem). Dessa forma, se o sujeito só tem acesso a sua imagem pela via do Outro, algo escapa dessa mediação, pois trata-se de uma imagem falaciosa. Nas palavras de Lacan (1962-63/2005, p. 48-49): “o investimento da imagem especular é um tempo fundamental da relação imaginária. É fundamental por ter um limite. Nem todo investimento libidinal passa pela imagem especular. Há um resto”.

Neste sentido, apresenta-se o falo, aquilo que não é especularizável, representado no esquema pelo menos ϕ ($-\phi$). “O falo aparece a menos, como uma lacuna. Está presente como externo, promovendo uma falta na imagem do corpo.” (GRECO, 2011, p. 11): a lacuna, o vazio, o menos ϕ , é o resto que se produz pela impossibilidade de algo de $i(a)$ ser refletido, por isso mesmo carrega a marca da falta pelo sinal de menos.

Afinal, qual o momento de surgimento da angústia? Eis que Lacan responde: quando alguma coisa (ou coisa qualquer) aparece no lugar de menos ϕ ($-\phi$), do falo como imaginário. Se o falo, como sabemos, é vazio, falta estrutural que sustenta o desejo e ao mesmo tempo é o que produz o recalque do objeto a ... Se a falta, então, vem a faltar, como vemos com Lacan a partir da emergência do objeto a , há instauração da angústia, afeto este que acompanha a percepção do estranho.

A angústia, quando surge, é sinal da presença do objeto a . Se $i'(a)$ é uma imagem refletida de nós mesmos, autenticada pelo Outro, ela não deixa de ser falaciosa,

pois está ausente. Sua ausência, inclusive, é condição para que uma presença se dê em outro lugar, no lugar do $-\phi$. (GRECO, 2011, p. 11)

Ressalta-se que $(-\phi)$ é o correspondente, do lado direito do esquema reproduzido, ao que está sinalizado pelo a no lado esquerdo. Como um “curto circuito”, o objeto aparece exatamente ali onde deveria existir a lacuna – a falta representada pelo falo –, a qual deveria ser mantida para a normalidade do campo visual. Trata-se do objeto a que vimos anteriormente, marca do real e de gozo. “É através dessa função do resto libidinal cortado do imaginário que Lacan explica a razão do *Unheimlich*” (MILLER, 2005, p. 75). Por essa via, fica claro na teoria lacaniana que o que aparece em $(-\phi)$, a iminência do objeto a , está associado à angústia. Por isso, a angústia emerge quando a falta (menos ϕ) falta.

O olhar o e a imagem do espelho são, portanto, elementos para a compreensão do estranho e da angústia, pois é na imagem refletida que se insere a face de *Unheimlich*, ali onde deveria estar a falta, a castração imaginária para a sustentação do desejo.

Esta elaboração lacaniana corrobora a ideia de que a angústia não é sem objeto. Se a fórmula da fantasia já nos aponta o lugar indispensável de a , este objeto entendido como causa de desejo, evidencia-se a perturbação do circuito do desejo precisamente quando a falta vem a faltar. Portanto, a articulação com a teoria de Freud serve também para contrapô-lo: se na teoria freudiana encontramos que a angústia seria a perda do objeto, em Lacan temos que é justamente o contrário, ou seja, quando esse lugar de vazio é preenchido. As consequências disso estão no campo do desejo e do gozo:

[...] quando o sujeito se depara com o *Unheimlich* e é tomado pela angústia, ele é momentaneamente paralisado em seu movimento desejante. Não é mais do desejo que se trata, e sim do gozo. O estranho encena para o sujeito a face de gozo do seu desejo. E a angústia [...] denuncia essa borda derradeira entre o desejo e o gozo. (VIOLA, 2009, p. 67)

Tomar a angústia como um afeto, e mais do que isso, um afeto que não engana, é uma das principais lições de Lacan (1962-63/2005) sobre o tema para este trabalho. Isso porque o caráter de certeza da angústia anuncia que algo (o objeto a) aparece no lugar de menos ϕ e faz desaparecer o desejo. Portanto, observamos que angústia e real possuem uma significativa aproximação, trazendo a questão: como é possível o tratamento da angústia na clínica psicanalítica? Ao mesmo tempo em que a angústia se apresenta como uma experiência desprazerosa que excede a

capacidade psíquica do sujeito suportar, traz também a marca do sujeito desejante. Tendo isso em vista, como é possível desangustiar o sujeito sem visar a total eliminação deste afeto? Nos próximos capítulos, veremos como avançar na clínica da angústia através de um tratamento pelo simbólico, isto é, convidar à palavra o que é da ordem do irrepresentável e do indizível.

Com as devidas formulações sobre a angústia a partir de Freud e Lacan, nosso objetivo, neste momento, é ir adiante na relação entre angústia e sintoma para, enfim, especificarmos o contexto do tratamento psicanalítico. Observamos que a angústia é um afeto de excelência no dispositivo psicanalítico e não corresponde a um “transtorno” ou a um sintoma na ordem de uma disfunção para o indivíduo. Pretendemos, a seguir, investigar do que se trata um sintoma psicanalítico e qual a relação que se pode estabelecer entre sintoma e angústia, de forma a resgatar a discussão psiquiátrica em torno do sintoma. Apostamos em uma outra relação que não é de equivalência entre angústia e sintoma, mas de uma aproximação bastante íntima que vem a favorecer o tratamento em análise.

3

Sintoma e afeto: uma relação possível

A geração de angústia preludia a formação de sintomas.

Sigmund Freud, Inibição, sintoma e angústia (1926)

3.1 Sintoma como uma formação do inconsciente

Até o momento, desenvolvemos pontos relevantes acerca da noção da angústia enquanto um sintoma na perspectiva psiquiátrica, conforme demonstrado no capítulo 1. Posteriormente, avançamos na teoria psicanalítica sobre a angústia, seguindo uma cronologia sobre este afeto desde a primeira teoria da angústia de Freud até posteriores contribuições de Lacan. Agora, pretendemos explorar brevemente sobre o sintoma psicanalítico, enfatizando seu lugar para um dos manejos possíveis da angústia.

Se encontramos uma correspondência entre sintoma e doença para a clínica psiquiátrica, o que se evidencia a partir das obras de Freud e do ensino de Lacan é uma articulação de outra ordem: o sintoma aponta para a dimensão subjetiva e carrega em si um valioso aspecto enigmático. Lacan esclarece do que se trata o sintoma na clínica psicanalítica: “Chamo aqui de sintoma, em seu sentido mais geral, tanto o sintoma mórbido quanto o sonho, ou quanto qualquer coisa analisável. O que chamo de sintoma é aquilo que é analisável” (LACAN, 1957-58/1999, p. 335). Tal consideração de Lacan chama atenção para dois pontos importantes: o material analisável e a aproximação do sintoma com o sonho. Esta relação se estabelece por serem tanto um quanto o outro formações do inconsciente, que são apresentadas desde Freud como: sintomas, sonhos, atos falhos, chistes e lapsos.

Nesse sentido, diferente da objetividade do sintoma psiquiátrico, a causalidade psíquica envolvida na formação do sintoma analítico aponta para uma mensagem cifrada sobre o sujeito que há de ser interpretada. Lacan ainda afirma que “O sintoma apresenta-se sob uma máscara, apresenta-se de uma forma paradoxal.” (LACAN, 1957-58/1999, p. 335): máscara pois diz respeito a uma distorção, ambiguidade, deformação de um conteúdo da consciência que ultrapassa a intenção consciente. O sintoma não há de ser eliminado, mas escutado na particularidade do enigma que carrega, afinal, trata-se de uma formação do

inconsciente. Este conceito fundamental⁷, o inconsciente, representa o marco que revolucionou não apenas a perspectiva do indivíduo à época de 1900, mas também a direção clínica em psicopatologia. Reconhecer um mecanismo para além da consciência e do controle é também deslocar a ótica da etiologia dos sintomas. Se Freud funda a psicanálise com a descoberta do inconsciente, é com Lacan que vemos surgir a ideia do sujeito do inconsciente: ou seja, a parte enigmática, o ponto cego. Isso ratifica a consideração de que, na clínica psicanalítica, não se trata da mera eliminação dos fenômenos patológicos do Eu. Se o objetivo não é a cura ou remissão dos sintomas – ainda que seja um possível efeito de análise – o que se pretende é localizar o sujeito a partir do que é construído na narrativa sobre seu sintoma. Como afirma Quinet (2001, p. 144), “onde há sintoma, há sujeito”.

Isso posto, cabe ressaltar que, quando nos referimos ao sintoma psicanalítico, abordaremos principalmente na perspectiva de formação de compromisso, mensagem cifrada do inconsciente. No entanto, não deixaremos de indicar, no capítulo seguinte, que há algo no sintoma que não é possível decifrar, que remete ao que há de irreduzível no *sinthoma* a partir da proposição de Lacan em seus ensinamentos ulteriores.

3.1.1 Formação de compromisso

A fundamentação da prática freudiana em torno do conceito de inconsciente tem na clínica das pacientes histéricas um lugar de grande importância. Com formação médica, Freud inicialmente pretendia desenvolver seus estudos sobre neuropatologia no *Hospice de la Salpêtrière*, em Paris, nos anos de 1885 e 1886. No entanto, novos rumos foram delineados junto a Jean-Martin Charcot (1825-1893) na clínica da histeria. Neste momento, considerava-se que as apresentações de sinais confusos e bizarros dessas pacientes tinham origem orgânica e hereditária, e a hipnose era então a técnica utilizada para o tratamento.

Eis que Freud propõe uma nova hipótese: os conteúdos relatados por elas não diriam respeito a uma realidade vivenciada, mas a construções inconscientes. Sendo assim, a hipnose passaria a ser insuficiente para o tratamento, pois conduzia

⁷ Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise, que leva o título do *Seminário 11* de Lacan, são apontados pelo autor como: inconsciente, repetição, transferência e pulsão.

o paciente a determinado estado psíquico de quando o sintoma apareceu pela primeira vez para, assim, eliminá-lo (FREUD, 1904/1989). Freud abandona a técnica hipnótica por não ser possível conhecer, através dela, o jogo de forças psíquicas envolvidas no sintoma e apenas apresentar materiais incompletos e resultados passageiros. É partir disso que se estabelece a regra fundamental da psicanálise: a associação livre, como um convite ao paciente dizer tudo que lhe vem à mente.

Com muita frequência tem-se atribuído à histeria a capacidade de simular as mais diferentes doenças nervosas orgânicas. [...] se está acostumado a localizar uma lesão dinâmica histérica da mesma forma como a uma lesão orgânica. [...] Eu, pelo contrário, afirmo que a lesão nas paralisias histéricas deve ser completamente independente da anatomia do sistema nervoso, pois, nas suas paralisias e em outras manifestações, a histeria se comporta como se a anatomia não existisse, ou como se não tivesse conhecimento desta (FREUD, 1893/1987, p. 124-125)

A ideia da hereditariedade como causa da histeria é abandonada para dar lugar às lembranças, experiência singular de cada um. Isso corrobora sua proposta quanto à causalidade dos sintomas, agora entendida quanto à etiologia sexual e sua correspondência a fantasias inconscientes. De acordo com a nova perspectiva inaugurada por Freud, a realidade decisiva é a realidade psíquica.

Freud dá um passo a mais, após tornar a etiologia orgânica dos sintomas subordinada à psíquica. Ele passa a considerar a economia psíquica envolvida na satisfação da libido e as exigências do princípio do prazer. Pela impossibilidade da plenitude dessa satisfação e a incidência do recalque, o que se produz desse conflito é o sintoma: “como derivado bastante desfigurado da realização do desejo inconsciente libidinal, uma ambiguidade engenhosamente escolhida, com dois significados mutuamente contraditórios” (FREUD, 1917/2014c, p. 278). O sintoma, desde os primórdios da teoria freudiana, é considerado como uma formação de compromisso (FREUD, 1896/1990) entre forças recalcadas e recaladoras.

A partir deste breve recorte sobre a história da psicanálise, encontramos um ponto inicial de distinção entre psicanálise e medicina. Enquanto esta mantém uma terapêutica baseada no *olhar* sobre o corpo, a proposta psicanalítica é que o manejo seja a partir da *escuta* do sujeito. Segundo Jorge (2010), a única bússola do analista é a escuta que se produz na relação transferencial, pois a prática da interpretação não se orienta por nenhum tratado de psicanálise que reúna a variedade das

formações do inconsciente. De acordo com Kehl (2002), a dimensão do *conflito* marca uma significativa diferença no manejo do mal-estar entre a clínica psicanalítica e a psiquiátrica: o modelo do conflito se opõe à tomada do mal-estar enquanto um desvio do funcionamento do indivíduo, pois não é externo àquele que sofre. Mais do que isso, a autora ainda pontua que o conflito há de ser considerado a partir do inconsciente, como as representações do desejo que foram recalcadas ou as fantasias infantis.

O sintoma, portanto, recebe desde Freud um lugar privilegiado de acesso ao inconsciente e carrega uma mensagem cifrada, passível de interpretação. Freud (1917/2014b) fez uma importante pontuação ao se referir à postura dos médicos, criticando que eles não consideram devidamente a possibilidade de extrair algo valioso nas manifestações apresentadas pelo paciente. Na Conferência sobre *Psicanálise e psiquiatria*, afirma: “A psicanálise está para a psiquiatria assim como a histologia para a anatomia; uma estuda a forma exterior dos órgãos, ao passo que a outra se dedica ao estudo de sua constituição a partir dos tecidos e células” (FREUD, 1917/2014a, p. 199).

Não podemos desconsiderar a influência de sua própria formação, especificamente em neurologia, para as formulações teóricas de Freud. Afinal, o encontro com as históricas e a ulterior inauguração da psicanálise tiveram como partida os estudos de referências neurológicas. Portanto, as classificações diagnósticas que estamos aqui questionando (no caso dos transtornos) também têm alguma presença na teoria freudiana – evidenciando os atravessamentos entre medicina e psicanálise. Neurose, perversão e psicose são os tipos clínicos que Freud se utiliza para o manejo em análise. Este é um ponto de aproximação e distanciamento: ao mesmo tempo em que há, sim, um movimento classificatório, a proposta não é encerrar em uma ou outra nomenclatura, mas ir além e fazer disso uma indicação para a direção do tratamento.

Os tipos clínicos apresentados por Freud dizem respeito à resposta de cada um frente à castração, baseada em três operações possíveis que posteriormente serão desenvolvidas por Lacan: recalque (neurose), forclusão (psicose) e recusa (perversão), de acordo com Leite (2011). Lacan irá desenvolver a discussão em torno dos diagnósticos estruturais, pois considera que é da estrutura que decorrem os tipos clínicos (LACAN, 1973/2003b). Essa perspectiva nos faz avançar na singularidade de cada caso, já que as classificações dos tipos clínicos isoladamente

são insuficientes para dar conta do modo de gozo de cada um. Ora, isso anuncia uma diferença clara quando falamos do diagnóstico de neurose, no contexto psicanalítico, e de um diagnóstico de “transtorno de ansiedade”, na psiquiatria. O que identificamos é um sentido já dado e universal no caso dos transtornos que serviria a todos e a cada um que a eles fossem atribuídos. Por outro lado, de acordo com Lacan (1973/2003b, p. 554):

[...] indico que o que decorre da mesma estrutura não tem forçosamente o mesmo sentido. É por isso que só existe análise do particular: não é de um sentido único, em absoluto, que provém uma mesma estrutura, sobretudo não quando ela atinge o discurso.

Podemos encontrar clinicamente fundamentos para esta afirmação, visto que há na posição do sujeito frente a seu sintoma uma singularidade para além de um fenômeno apresentado tal como frigidez histérica ou ritual obsessivo. Freud já apontara sobre o sentido dos sintomas em 1917: se o autor considera que os sintomas, assim como os atos falhos, os chistes, os lapsos e os sonhos, guardam sentido, isso se dá por serem todas estas manifestações do inconsciente, algo que escapa do domínio da consciência e do Eu. Mais do que isso, Freud ressalta que o sintoma há de ser contextualizado na vivência singular de cada paciente: “os sintomas neuróticos, tanto quanto os atos falhos e os sonhos, possuem um sentido e guardam íntima relação com a vivência dos pacientes.” (FREUD, 1917/2014b, p. 210).

Adiante no ensino de Lacan, encontramos significativas elaborações em torno do sintoma, especialmente no campo das neuroses. Ao afirmar, ainda nos anos 60, sobre o inconsciente estruturado tal qual uma linguagem, Lacan (1964/1988) aponta para a dimensão da linguagem que será significativa ao longo de todo seu ensino. O inconsciente, nesse sentido, se revela em ato e ultrapassa a intenção do dito: o enunciado e a enunciação endereçados ao Outro da cena, o analista, já aponta para outro conceito fundamental da psicanálise, a transferência – sobre a qual não poderemos explorar neste trabalho.

O sintoma como formação de compromisso se inclui entre as formações do inconsciente, categoria introduzida por Lacan que leva o título de seu *Seminário 5*. Ainda, foi com Lacan que o sintoma ganha o tom de sintoma analisável, que difere de qualquer outra definição de sintoma em psicopatologia – como estamos observando ao longo deste estudo. O autor esclarece que o sintoma é aquele que

passa a ter o estatuto de enigma, mas não o tem desde a chegada do paciente no consultório psicanalítico. Trata-se desse sintoma constituído como mensagem cifrada do inconsciente endereçada ao Outro, a partir da relação sob transferência.

Recorremos ao que Lacan (1969-70/1992) apresenta sobre a histerização do discurso em análise. De acordo com Miller (1997), diz respeito ao que era chamado de “retificação subjetiva” em momentos anteriores de seus ensinamentos, que visa à implicação do sujeito em sua própria queixa. O discurso da histérica, diferente dos outros três discursos (do mestre, do analista e do universitário), é movido em direção ao desejo do saber. “[...] a histérica vai ao mestre e demanda que ele mostre sua substância, prove sua índole através da produção de alguma coisa séria em termos de saber” (FINK, 1995/1998, p. 163).

Monseny (1998) refere-se a uma necessidade do analisante passar a estranhar a consistência de seu discurso e fazer advir daí um enigma, condição para a entrada em análise. É apenas a partir da transferência estabelecida que se torna possível o endereçamento de um saber ao Outro, o analista, este que representa o lugar de causa do desejo do analisante (LACAN, 1969-70/1992). Este mecanismo que possibilita o desejo de saber, correspondente ao discurso da histérica, evidencia aí uma relação com o próprio dispositivo analítico. Ou seja, a análise, nesse sentido, é histerizante em relação ao discurso do sujeito: “é a introdução estrutural, mediante condições artificiais, do discurso da histérica” (LACAN, 1969-70/1992, p. 31). Portanto, é preciso o estabelecimento da transferência, a partir do enigma construído em direção ao sujeito suposto saber do analista, para que o sintoma passe a representar o sujeito dividido (\$) – pois há algo em si que o analisante não sabe, algo que escapa à consciência.

A referência ao discurso histórico significa dizer que a histeria não se trata apenas de sintomatologia, mas também de relação com o Outro. Lacan considera condições “artificiais”, talvez para marcar a diferença em relação à espontaneidade da formação de um sintoma histórico, dado que a histerização do discurso se faz durante o trabalho analítico. A instauração do enigma “o que significa isso?” é o que divide o analisante e produz o sintoma. Miller (1997, p. 264) afirma: “o fato de não entender mais nada de sua própria vida tem com efeito sintomatizá-la”, pois faz uma sutura entre enunciado e enunciação.

Na clínica psicanalítica, o analisante é incentivado a associar livremente e é preciso que o analista, por outro lado, trabalhe com seus “instrumentos” de

intervenção: os cortes, as escansões, as pontuações... espera-se que o analista “questione a posição tomada por quem fala quanto aos seus próprios ditos e, com base nos ditos, localizar o dizer do sujeito, retomar a enunciação, lugar em que está o enunciante perante o enunciado” (MARTINHO, 2012, p. 78).

O sintoma psicanalisável, seja ele normal ou patológico, distingue-se não apenas do índice diagnóstico, mas de qualquer forma apreensível de pura expressividade, por se sustentar numa estrutura que é idêntica à estrutura da linguagem. E com isso não nos referimos a uma estrutura a ser situada numa pretensa semiologia generalizada, a ser arrancada de seu limbo, mas à estrutura da linguagem tal como se manifesta nas línguas que chamarei positivas, as que são efetivamente faladas por massas humanas. (LACAN, 1966/1998b, p. 445)

Não se trata, então, de encerrar o sintoma em nomenclaturas e terapêuticas universalizantes que privilegiam a doença, mas de considerar a dimensão da ambiguidade estrutural da linguagem para tomar o sintoma como carregando uma mensagem.

Lacan parte do signo linguístico de Saussure para articular o sintoma com a noção de significante, que não tem sentido isolado a não ser em relação com um segundo significante. Se o fundamento da análise, tendo em vista a histerização do discurso do sujeito, tem a função de produzir um saber, trata-se de um saber no sintoma a partir da produção de significantes (LACAN, 1969-70/1992). Observamos que o significante não corresponde à noção de palavra, que carrega um significado isoladamente. A interpretação da fala do analisante, em relação ao conteúdo inconsciente, produz palavras-chave, cenas fundamentais: o significante é o que representa um sujeito para outro significante (LACAN, 1969-70/1992).

O sintoma convocaria uma interpretação. Não é interpretação pela via da atribuição de sentido dos manuais de classificação ou de um saber absoluto, mas:

[...] o sintoma só é interpretado na ordem do significante. O significante só tem sentido por sua relação com outro significante. É nessa articulação que reside a verdade do sintoma. O sintoma tinha um ar impreciso de representar alguma irrupção da verdade. A rigor, ele *é* verdade, por ser talhado na mesma madeira de que ela é feita, se afirmarmos materialisticamente que a verdade é aquilo que se instaura a partir da cadeia significante. (LACAN, 1966/1998a, p. 235)

Marie-Hélène Brousse intitula um de seus textos com um questionamento em torno da clínica psicanalítica: “Por que é que ele vem?”. A autora desenvolve uma resposta em torno do “isso” que escuta o analista, na fala sob transferência: isso que sonha, isso que falha e isso que ri se apresenta nas formações do inconsciente, as “pequenas coisas sem importância aos olhos do discurso

dominante” (BROUSSE, 2011, p. 3) as quais não se trata de compreender ou até mesmo de prontamente curar. O que a autora propõe é que a psicanálise, ou melhor, o processo analítico, seja um desativador de minas: a indicação é se orientar a partir da localização das bombas, mas sem precisar colocar os pés por cima delas. Assim é a orientação pelo diagnóstico estrutural, pois ao invés de eliminar as bombas como seriam os fenômenos suprimidos pela medicação, podemos localizar a estrutura do sujeito para a direção do tratamento. Ir, portanto, “em direção ao que não é nem a doença nem a cura, apenas uma solução” (BROUSSE, 2011, p. 7).

3.2 Angústia não é sintoma

Consideradas essas breves considerações sobre o sintoma⁸, vemos que ele se diferencia quanto à função e ao manejo quando relacionamos clínica psiquiátrica e clínica psicanalítica.

A angústia, fenômeno de destaque em nosso estudo, é tomada pela via da observação-classificação-eliminação do sintoma na psiquiatria. Na análise, segundo a leitura freudiana de Lacan, o sintoma é uma formação do inconsciente e carrega um enigma que pode fazer falar uma singularidade inacessível à abordagem médica.

No entanto, se a angústia indica uma disfunção, um transtorno para o qual se propõe a erradicação na clínica psiquiátrica, na clínica psicanalítica o sujeito estará na ordem do dia. Verificamos do que se trata um sintoma médico no capítulo 1, referente a algo disfuncional que precisa ser compensado na química cerebral. A angústia da qual se queixa o paciente na clínica psiquiátrica recebe um olhar que se orienta para sua eliminação e, assim, permite uma performance funcional para o indivíduo. Nesse contexto, a psicofarmacologia é tomada como um dos principais recursos para a condução desta terapêutica. Por outro lado, fizemos até aqui um breve percurso sobre a angústia, principalmente, e também sobre o sintoma na teoria psicanalítica. Desde a descoberta do inconsciente por Freud, a referência a

⁸ Não objetivamos adentrar na teorização do sintoma em Freud e Lacan, reconhecendo perspectivas bastante pertinentes em cada um e as contribuições que foram agregadas ao longo dos respectivos ensinamentos, mas apontar que o solo comum de ambos os autores apresenta uma distinção importante em relação à psiquiatria.

uma realidade não apenas orgânica e pragmática foi fundamental para o manejo do sofrimento psíquico.

Freud mesmo faz significativas divergências com a perspectiva psiquiátrica do sintoma: durante uma discussão sobre a neurose obsessiva, Freud afirma que “A psiquiatria dá nomes às diversas obsessões, e nada mais diz a seu respeito” (FREUD, 1917/2014b, p. 203). Aqui se apresenta uma indicação de ir além da classificação do fenômeno e abarcar sua complexidade, já que o autor considera os sintomas como formações de compromisso, enquanto um arranjo inconsciente pela tensão entre libido insatisfeita e a força recalcadora.

Sintoma médico e sintoma psicanalítico possuem diferenças, então não há uma única definição quando tratamos de “sintoma” por si só. Quando incluímos a angústia no debate, observamos que, na clínica psiquiátrica, sintoma e angústia são sinônimos. Entretanto, ainda que falemos de sintoma analítico, já pudemos conferir as particularidades de cada um para concluirmos que angústia não é sintoma nem mesmo nesse contexto. Na angústia, não há enigma envolvido nem mensagem cifrada a ser interpretada. Há, a partir da consideração levantada no capítulo anterior e que será desenvolvida à frente, que se trata de um sinal do real – como proposto por Lacan. Assim, angústia e sintoma, no campo da psicanálise, não são fenômenos equivalentes. Neste momento, iremos examinar como se estabelece uma relação entre essas duas modalidades subjetivas.

3.3 Angústia e sintoma

Pretendemos, até aqui, identificar distinções importantes entre angústia (afeto) e sintoma. Tanto Freud quanto Lacan orientam a identificar a angústia como um afeto, como vimos no capítulo anterior. A discussão sobre o afeto faz-se necessária em medida suficiente para avançarmos na especificidade da angústia, considerando que o afeto precisa estar inserido em um discurso para possibilitar uma significação para o sujeito que foi afetado. No caso da angústia, diferente dos demais afetos, trata-se do único sem representação que possa traduzi-la e, por isso, Lacan (1962-63/2005) aponta que a angústia é o sinal do real – conforme desenvolveremos no próximo capítulo. Enquanto Freud aborda a angústia nos termos de libido sem uma ligação psíquica (representação), Lacan confirma a ideia

freudiana e considera que o afeto precisa estar amarrado a uma cadeia de significantes:

Os significantes fazem do mundo uma rede de traços em que a passagem de um ciclo a outro torna-se então possível. Isso quer dizer que o significante gera um mundo, o mundo do sujeito falante, cuja característica essencial é que nele é possível enganar. A angústia é esse corte - esse corte nítido sem o qual a presença do significante, seu funcionamento, seu sulco no real, é impensável; é esse corte a se abrir [...] (LACAN, 1962-63/2005, p. 87-88)

Por isso, o significante está na dimensão da dúvida, do enigma. O significante pode enganar, como aponta Lacan, diferente da angústia. Sendo o afeto que não engana, o objeto da angústia (objeto *a*) é justamente a falha no significante, o resto de toda significantização (MILLER, 2005). Esse resto é insolúvel e sequer há uma interpretação possível, e por isso não se trata de dúvida, mas de certeza. É nesse sentido que iremos discutir, a partir do caso Hans, o desenvolvimento de um objeto fóbico e sua relação com o afeto da angústia: diferente da indeterminação da angústia, na fobia há uma nomeação do objeto, ou seja, existe ali uma articulação de significantes.

A relação entre angústia e inconsciente é necessária para avançarmos nesta discussão. De acordo com Freud (1917/2014d), o afeto não pode ser inconsciente (diferente da representação), pois é um processo de descarga. O sintoma, formação do inconsciente, pode ser uma das maneiras de ilustrar o que Freud pretende dizer: que o desenvolvimento do afeto da angústia está ligado ao sistema do inconsciente (FREUD, 1917/2014d). Para o autor, é preciso uma “relação simbólica” para estabelecer uma vinculação com o perigo anunciado pela angústia, o que já anuncia uma articulação discursiva necessária quando tratamos de angústia.

Tendo isso em vista, a aproximação entre sintoma e angústia se faz necessária não apenas na teoria psicanalítica, mas principalmente para a clínica. É Lacan quem o diz em seu Seminário sobre *A angústia*, a partir da teoria freudiana: “uma análise, como dizia Freud, começa por uma configuração dos sintomas” (LACAN, 1962-63/2005, p. 62). Como via de inserção na palavra, o sintoma é tomado aqui como uma saída possível para o tratamento da angústia, o que chamaremos de sintomatização da angústia.

Retomamos o que diz respeito ao sintoma na teoria psicanalítica, especialmente a partir das primeiras formulações freudianas em torno da noção do recalque. Usando como referência uma das principais obras do autor consultadas

neste trabalho, *Inibição, sintoma e angústia*, Freud afirma que o sintoma é a inibição do Eu imposta a si próprio (FREUD, 1926/2014). São principalmente as frustrações na vida sexual que os neuróticos não suportam (FREUD, 1930/2010) e que sofrem a incidência do recalque. No entanto, a barreira do recalque falha e a libido se impõe por caminhos indiretos, portanto, os conteúdos retornam de forma distorcida ou deformada: são os sintomas como expressão do recalcado. É por esse motivo que os sintomas são formações de compromisso, pois são vias de satisfação da pulsão. Portanto, sintoma é tanto satisfação sexual substitutiva como sofrimento, pois o autor explica que “o sintoma repete essa modalidade infantil de satisfação, deformada pela censura decorrente do conflito, em regra transformada numa sensação de sofrimento e misturada a elementos extraídos daquilo que ensejou o adoecimento” (FREUD, 1917/2014c, p. 282-283). Nesse sentido, observamos como a vida em civilização impõe limites diretamente ligados à formação dos sintomas neuróticos.

Vieira (2002) ressalta a relevância da discussão clínica no âmbito da contemporaneidade de nossa cultura. Se antes, como na época de Freud, a queixa era principalmente em torno da *falta* e do enigma do sintoma, demandando um saber sobre o que lhe fazia sofrer, hoje a realidade se mostra diferente. Para o autor, chegam queixas marcadas pelo *excesso*, ainda que seja um excesso de vazio de sentido ou um apelo desenfreado às soluções que se mostram, muitas vezes, de cura instantânea. Esse apelo não é à toa, pois a exigência que se coloca a todo momento aos indivíduos é que eles sejam saudáveis, o que significa serem produtivos. De acordo com Ehrenberg (1995/2010), os indivíduos do nosso tempo são marcados pelo culto à performance: o autor considera que, dada as novas configurações do trabalho pautadas em competitividade, concorrência e busca pela excelência, o indivíduo é levado a potencializar sua performance ao máximo. Nesse estado de constante exigência de desempenho, o fracasso é visto como impotência pessoal. Se o indivíduo não foi capaz de se transformar em uma máquina de produtividade, nessa lógica, cabe a ele receber um tratamento para eliminar o mal-estar que o impede de produzir, o qual é justificado pelas descompensações cerebrais.

Nesse cenário, apontamos o caráter desprazeroso da angústia. A relação entre angústia e libido é apresentada por Freud desde suas primeiras contribuições sobre a angústia, e, em 1926, o autor destaca que a angústia é um afeto que carrega a marca do excesso e do desprazer (ou ainda, do excesso do desprazer). Ao

recuperarmos a ideia do traumático da castração, observamos que existe um excesso de tensão psíquica que ultrapassa a capacidade do aparelho psíquico de suportar – gerando o caráter desprazeroso. A angústia enquanto sinal é reproduzida a cada vez que se anuncia uma situação de perigo, servindo de defesa diante do que faz referência ao desamparo absoluto do nascimento (MILLER, 2005), e mobiliza a ação do recalque. Como efeito do recalque, o sintoma, como veremos em seguida, é uma maneira de evitar a situação de perigo anunciada pela angústia.

A proposta da abordagem psicanalítica, quando comparada à psiquiátrica, é oferecer um lugar digno a este afeto: a angústia traduz a insuportabilidade do real, mas também é um afeto próprio da existência humana. Ainda que o indivíduo chegue ao analista para se desfazer desse mal-estar que por vezes sufoca, a clínica psicanalítica pretende se debruçar no caráter subjetivo da angústia.

Com Safouan (1989), vemos que o sintoma aparece na relação com a angústia a partir de um ato de significação: a significação é, para o autor, sempre efeito da relação entre significantes. É a partir disso que reconhecemos no sintoma uma solução para angústia, pois a formação sintomática possibilita uma questão do e sobre o sujeito, a partir da formulação de um enigma endereçado ao Outro. Diferente da angústia, há interpretação do sintoma. Para Freud, a angústia vem primeiro (produz o recalque) e o sintoma depois (efeito do recalque), e Lacan segue na ideia freudiana: para o autor francês (LACAN, 1956-57/1995), o sintoma (ao se referir à fobia) vem em socorro da angústia.

3.4 O sintoma como solução para a angústia

A definição em torno do inconsciente e recalque é imprescindível para esta discussão: se o sintoma é uma formação do inconsciente do conflito da energia libidinal recalcada, o afeto da angústia é uma condição do próprio viver. Freud mesmo elaborou considerações ao longo de *Inibição, sintoma e angústia* sobre a relação entre sintoma e angústia. Não é à toa que estão inseridas no título de sua obra, dada a relevância de ambos os termos. Ainda que Freud apresente sobre a inibição na sua obra, não pretendemos ir adiante neste tema. Nosso objetivo é delimitar o campo de estudo ao sintoma e à angústia, à medida que nos servem para pensar o manejo clínico especificamente da angústia.

Quanto à relação entre formação de sintomas e angústia, Freud parte de sua clínica da neurose e afirma, mais especificamente a partir do que ele chamou de histeria de conversão, que não há indício de angústia nesse caso. Mesmo com a mais grave sintomatologia, na histeria de conversão (diferente da histeria de angústia), Freud aponta que a libido não é descarregada em forma de angústia. Em 1909, Freud já indicava que há “histeria de conversão pura, sem nenhuma angústia, assim como apenas histeria de angústia que se manifesta em sensações de medo e fobias, sem conversão; o caso do nosso Hans é desse último tipo” (FREUD, 1909/2015, p. 168). Sem dúvidas, Hans será o caso que examinaremos, à luz da segunda teoria da angústia de Freud, para embasar a relação que se estabelece na formação da fobia e a angústia de castração.

Se nem sempre há uma correspondência entre a *presença* da angústia e formação de sintomas, o que podemos destacar, portanto, é uma outra relação: ao *sinal* de angústia, o sintoma é formado como defesa contra a situação de perigo sinalizada pela angústia, a partir da formulação freudiana de sua segunda teoria. Freud apresenta o exemplo de atos obsessivos, como nas lavagens: o sintoma (obsessivo) aparece como uma defesa contra uma angústia insuportável, que irromperia caso impedíssemos que o sujeito realizasse seu ritual das lavagens. “Parece que o desenvolvimento da angústia veio primeiro e a formação de sintoma depois, como se os sintomas fossem criados para evitar a irrupção do estado de angústia” (FREUD, 1933/2010, p. 163).

Nesse sentido, os sintomas são produzidos para evitar ao Eu a situação de perigo sinalizada pela angústia (FREUD, 1917/2014d, 1926/2014). Se a angústia é anterior ao recalque, tendo em vista *Inibição, sintoma e angústia*, o sintoma precisa ser pensado, então, como posterior à angústia. Isso reforça a ideia freudiana do perigo temido pelo Eu, que passa a ser internalizado mediante um sinal de angústia:

A angústia é a reação à situação de perigo; dela é poupado o Eu ao fazer algo para evitar a situação ou subtrair-se a ela. [...] os sintomas são criados para evitar a *situação de perigo* que é sinalizada pelo desenvolvimento da angústia. (FREUD, 1926/2014, p. 50-51)

Ainda que angústia e sintoma tenham diferenças entre si, não podemos deixar de ressaltar uma aproximação importante entre estas manifestações. Tais especificidades são ainda confirmadas com Lacan, já que considera a angústia menos em relação ao simbólico e mais ao real, dada sua sinalização do real e seu

lugar fora da cadeia significante. No entanto, tendo em vista o enodamento borromeano⁹ e as contribuições de Soler a partir da leitura lacaniana, vemos a articulação entre real e simbólico. Isso significa que o simbólico, registro dos sentidos e das ambiguidades, também inclui o real (SOLER, 2000-01). O real não implica em novos sentidos, mas ao limite da cadeia infinitizada e ao impossível de ser simbolizado.

No sintoma, há uma “conexão” entre simbólico e real, segundo Soler (2000-01), que permite dar costura ao que é do real, ao mesmo tempo em que resta algo impossível de ser simbolizado. Aqui reside um ponto que se refere tanto a uma angústia irreduzível a qualquer interpretação, quanto à possibilidade de algum tratamento simbólico para o que remetemos à angústia, enquanto uma borda de sentido ao real. Iremos avançar nesta discussão no próximo capítulo, ao inserir a noção de *sinthoma*.

Para explicar a íntima relação entre angústia e real, recuperamos o objeto *a*, irreduzível à simbolização (MILLER, 2005). A angústia emerge justamente na manifestação do objeto *a* e, não sendo articulada na rede de significantes e não sendo possível o afeto ser recalcado, a angústia permanece como uma certeza apresentada diretamente no corpo. O sujeito se depara com o objeto enquanto causa do desejo, para além da proteção da fantasia. Como observamos no capítulo anterior, é a partir da falta que o sujeito pode desejar, e, quando falta a falta, há imersão na angústia.

A angústia é sinal do real e também faz direta menção ao inconsciente, por isso há um trabalho possível e singular na clínica deste afeto. Não que ela seja um produto do recalque, mas apostamos que a partir da angústia pode advir um sujeito. Nela, há uma verdade completamente singular que diz respeito à própria divisão subjetiva, cujo resto é justamente o *a*. Na experiência do tratamento psicanalítico deste afeto, a aposta é em uma amarração significativa. Para tanto, contamos com a dimensão simbólica que possibilita o tratamento da angústia pela via sintomática, pois o afeto pode vir a ser simbolizado através da borda do sintoma.

⁹ Lacan apresenta os três registros (real, simbólico e imaginário) amarrados em nó borromeano, de forma que, se um elo se rompe, os três se separam. Posteriormente inclui um quarto elo: o *sinthoma*. Discussão desenvolvida mais profundamente por Lacan no *Seminário 22: RSI* e no *Seminário 23: O sinthoma*.

A diferença entre sintoma e angústia não é mero detalhe, mas uma pontuação necessária para que a angústia não tenha o caráter de enigma tal como o sintoma, afinal, ela carrega em si uma certeza e não uma dúvida. Mais do que isso, essa diferenciação é importante para o contexto clínico: observamos que a angústia possui uma apresentação desprazerosa, embora nem todo desprazer, aqui entendido como excesso de tensão psíquica, seja sinônimo de angústia (podemos destacar também a dor e o luto, de acordo com Freud [1926/2014]). Ela é sentida como algo a ser prontamente aliviado pelos angustiados, e por isso a demanda pelas intervenções medicamentosas é cada vez mais frequente. Já questionamos a tolerância que se tem pela angústia atualmente, pois nossos tempos exigem respostas imediatas e urgentes. Mas à medida que ela é tamponada apressadamente ou vista como um “transtorno”, algo se perde no plano da subjetividade.

Quando abordamos a conduta psiquiátrica, podemos constatar que o alvo de intervenção são as manifestações da angústia, ou ainda, do transtorno de ansiedade – tendo em vista sua equivalência com o sintoma e o tratamento correspondente. O que pretendemos dizer é que, a partir das abordagens freudiana e lacaniana, o esforço em separar teoricamente a angústia do sintoma não é para localizar clinicamente qual sofrimento precisaria ser de fato “eliminado”, mas para um manejo próprio do que é formação do inconsciente e do que é da ordem do afeto. Adiante no ensino de Lacan, como apresentaremos neste trabalho, veremos um novo estatuto do sintoma que corresponde também a um núcleo do real, ilustrando a aproximação que há entre real e simbólico, ou ainda, entre angústia e sintoma.

Dito isso, a angústia tem um lugar de destaque em análise, considerando o que Laurent (2007) aponta sobre a angústia como o guia do neurótico para o real, a partir do qual pode fazer advir a questão do desejo. O autor introduz a relevância de fazer consistir o sintoma para desangustiar o sujeito, pois não há interpretação do desejo sem sintoma. Se o desejo é o remédio para a angústia (LACAN, 1960-61/1992), podemos observar como o sintoma é a circunscrição simbólica necessária para o contexto de tratamento da angústia. Antes de adentrarmos na discussão sobre a sintomatização da angústia, iremos investigar como o caso Hans pode contribuir para este estudo. Este afeto, portanto, traz certa complexidade sobre o sujeito que não se encerra em nomenclaturas do DSM ou do CID.

Vimos que uma maneira de desangustiar, em análise, é através da mobilização de um discurso que apostamos ser possível na angústia disforme, o que

se dá pela formulação de um enigma no sintoma. Como observamos no início deste capítulo, a histerização na análise aponta para a transformação no estatuto do sintoma, que revela o sujeito dividido (\$). Quando o sintoma passa a ser uma questão endereçada ao analista, já é uma saída de simbolização até mesmo para o que é do indizível da angústia. Se a angústia pode fazer o sujeito chegar em análise, o enigma que se constrói no sintoma já aponta para um tratamento da angústia que, sozinha, não tem a amarração no discurso por ser a própria presentificação do nada. Lacan (1969-70/1992) afirma sobre as condições *artificiais* de uma análise em introduzir o discurso da histérica, no entanto, ressaltamos que existem outras maneiras espontâneas de desangustiar o sujeito para além do dispositivo analítico: não só pela via do sintoma histérico, mas também da fobia, nosso destaque para este trabalho.

3.5 O caso de fobia do pequeno Hans

Ao prosseguir em suas formulações sobre a formação dos sintomas na histeria, na neurose obsessiva e na fobia, Freud demonstra com o caso Hans¹⁰ que a fobia é um importante referencial para a clínica da angústia.

Acompanhamos a história de um menino de cinco anos que apresentava como questão central a fobia de cavalos. Entretanto, logo no começo do relato sobre o caso podemos observar a existência da angústia (desprovida de objeto) antes da fobia propriamente dita. Hans não conseguia dizer do que sentia medo quando saía à rua com a babá, pois de fato não sabia o motivo e tudo que dizia era que sentia falta do carinho da mãe. Não era incomum que o menino estivesse junto à mãe até mesmo na cama, na hora de dormir, já que o pai precisava se ausentar em alguns momentos (como nas férias em Gmunden). Durante o relato, o pai de Hans chama à atenção uma “superexcitação sexual” do menino em relação aos carinhos da mãe e ao próprio hábito da masturbação. O interesse de Hans pelo faz-pipi (*Wiwimacher*), como ele chama o pênis, é o ponto de partida da vida sexual do menino e é o contexto para a discussão levantada por Freud sobre o complexo de

¹⁰ Hans não foi exatamente um paciente de Freud, mas seu pai, Max Graf, compartilhava os relatos e contava com as observações de Freud, com quem se reunia na Sociedade Psicológica das Quartas-Feiras (GAY, 1989/2005). Hans e Freud apenas se encontraram uma única vez. (FREUD, 1909/2015).

Édipo. O tema da sexualidade infantil havia sido abordado desde os *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (de 1905), e é em *Sobre as teorias sexuais das crianças* (de 1908) o momento em que Strachey (1908/1996) ressalta a aproximação do tema com o caso Hans. A *Análise da fobia de um garoto de cinco anos* é publicada em 1909 e se apresenta em franco diálogo com a pesquisa de Freud sobre a curiosidade infantil em torno da sexualidade (STRACHEY, 1908/1996).

A partir da análise dos relatos de Max Graf, Freud observa que é apenas em um momento posterior que a angústia de Hans passa a ter um objeto determinado, apresentando-se um medo circunscrito: a criança sente-se ameaçada diante de cavalos que mordem. Na época, o meio de transporte era majoritariamente de carruagens conduzidas por cavalos, então estes animais eram presentes no cotidiano de Hans. O marco para a irrupção da fobia, informado pelo pai, foi quando Hans viu um cavalo grande e pesado cair – o qual o pai associa a ele próprio, como veremos.

Hans tinha por volta de três anos de idade no começo dos relatos e seu adoecimento se apresenta quando tem por volta dos cinco anos, período em que se desenvolve a fobia pelos cavalos que mordem. Um ponto ainda a ser destacado é o nascimento de sua irmã, Hanna, quando ele tinha três anos e meio. Enquanto era filho único, Hans não tinha grandes privações e recebia da mãe os mais ternos cuidados. Seu pai, discípulo de Freud, era um homem bom e tinha com Hans uma relação agradável. Todo esse cenário sofre alteração com o nascimento de sua irmã, perdendo seu posto de majestade para os pais. A explicação da chegada de Hanna, pela via da cegonha, não é de fato aceita por Hans, que acompanhou indiretamente o processo do parto: os gemidos da mãe, a vasilha suja de sangue, a presença da parteira, etc. Além disso, ter uma irmãzinha foi acompanhado de novas observações por parte de Hans: ele questiona o faz-pipi de Hanna, tão pequeno em relação ao seu próprio, e logo desenvolve uma curiosidade em relação ao faz-pipi de seres em geral. Este marco na vida de Hans, além de corresponder a um importante afastamento da mãe pela chegada de um novo bebê, é atravessado por questões como a diferença entre os sexos, o interesse pelo faz-pipi e a origem dos bebês, elucidando formulações da teoria freudiana como o Complexo de Édipo, a castração e o falo.

Aos olhos de Hans, todos os adultos teriam um pênis tão grande como o de um cavalo – um pênis bem maior que o seu. Ele diz à mãe: “*Se você tem um faz-*

pipi, deve ter um faz-pipi muito grande, como um cavalo” (FREUD, 1909/2015), anunciando desde já indícios do que viria a ser o objeto fóbico. Hans demonstra grande interesse no pênis dos cavalos e questiona se a mãe, por ser grande, teria também um pênis grande como os cavalos. Seu interesse se volta, principalmente, ao próprio pênis, uma vez que era uma prática frequente a masturbação antes de dormir. Freud oferece uma recomendação ao pai para que fizessem à criança um “esclarecimento sexual” a fim de explicar as diferenças genitais entre homens e mulheres. Devido à prática da masturbação de Hans, a mãe ameaça cortar seu *pipi* e contribui para o panorama da angústia de castração.

No caso geral dos meninos, o complexo de Édipo é dissolvido pelo complexo de castração, momento em que o menino teme perder o falo-pênis. A partir da descoberta que as meninas não têm o pênis, a ameaça de castração passa a ganhar sentido. Tal ameaça advém da figura paterna, impondo ao menino o abandono do objeto incestuoso (a mãe). Este é o rumo tomado desde a entrada no complexo de Édipo e tem como resultado a formação do Supereu. Nas palavras de Freud (1931/2010, p. 206-207),

A fatal conjunção de amor a um genitor e ódio simultâneo ao outro, como rival, existe apenas no garoto. Nele, é a descoberta da possibilidade da castração, demonstrada pela visão dos genitais femininos, que impõe a transformação do complexo de Édipo e leva à criação do Supereu, assim dando início aos processos que visam inscrever o indivíduo na comunidade civilizada. Após a interiorização da instância paterna como Supereu, a tarefa a ser realizada é desligar esse último das pessoas que originalmente representou. Neste singular curso de desenvolvimento, justamente o interesse narcísico nos genitais, na preservação do pênis, é utilizado na limitação da sexualidade infantil.

Vemos que o Outro a quem Hans se dirige é a mãe, não o pai. Na verdade, o pai demonstrava não desempenhar seu papel, como de instaurar a ameaça de castração como geralmente se é atribuído ao pai real (LACAN, 1958-59/2016). Freud tece algumas críticas quanto à postura do pai na condução educativa do menino. Lacan, inclusive, menciona a fraqueza da instauração da lei pelo pai, pois sua palavra possuía pouco efeito frente à mãe. O autor, na verdade, é taxativo: embora haja todo o amor e gentileza no pai de Hans, não existe pai real (LACAN, 1956-57/1995).

A intervenção do pai introduz aqui a ordem simbólica com suas defesas, o reino da lei, a saber, que o assunto ao mesmo tempo sai das mãos da criança e é resolvido alhures. [...] A ordem simbólica intervém precisamente no plano imaginário. Não é à toa que a castração incide sobre o falo imaginário, mas de certo modo fora do

par real. A ordem é assim restabelecida, e no seu interior a criança poderá aguardar a evolução dos acontecimentos. (LACAN, 1956-57/1995, p. 233)

Tal indicação não é o que acontece com Hans. A mãe, nessa configuração, ocupa o papel de ameaçadora e, ao mesmo tempo, convida o pequeno Hans a participar de sua intimidade ao chamá-lo para dormir com ela. Essa posição ambígua da mãe favorece para que Hans encarne o falo para ela, mantendo-se assujeitado como objeto de sua demanda. No entanto, “para que ele não seja pura e simplesmente um assujeito, é necessário que apareça alguma coisa que lhe meta medo” (LACAN, 1956-57/1995, p. 196). Na série falo-criança, para Hans só há o lugar de objeto e não de sujeito (SOLER, 2016/2021). O medo, neste contexto, é o que lhe possibilita ir além do assujeitamento angustiante, dando-lhe uma segurança em torno de um objeto localizado – o cavalo – no lugar do significante do pai simbólico. Para Lacan (1956-57/1995), trata-se de uma tentativa no imaginário de dar sustentação a um mundo simbólico.

O complexo de Édipo de Hans não teve precisamente uma saída, mas uma suplência. A angústia de Hans decorre da intervenção paterna pouco significativa em separar o menino do lugar de objeto de demanda materna, o que faz com que Hans precise encontrar um substituto neurotizante pela via do sintoma. A fobia dos cavalos de Hans, mais especificamente dos cavalos que mordem, já se apresentava nos primeiros indícios quanto à devoração pela mãe. Para Lacan, tratar-se-ia de uma relação tal qual um “jogo de tapeação” (LACAN, 1956-57/1995, p. 211), pela tentativa imaginária da criança em assumir aquilo que falta à mãe, sendo ele o objeto fálico do desejo dela. A fantasia das duas girafas¹¹ representa esta dinâmica de passar do imaginário ao simbólico, ilustrando a mãe como a pequena girafa amassada, da qual sentou-se em cima como um apelo à interdição (PISETTA & BESSET, 2002).

A postura paterna insuficiente perante à dinâmica entre mãe e filho confirma um lugar não castrador diante do menino, mantendo-se Hans entregue ao Outro materno – eis o contexto da angústia. Segundo Lacan (1956-57/1995, p. 375): “O que há de intolerável em sua situação é essa carência do lado do castrador. [...] não se vê em parte alguma aparecer o que quer que seja que represente a estruturação,

¹¹ ELE [Hans]: *Tinha uma girafa grande e uma girafa amassada no meu quarto, e a grande gritou porque eu tirei dela a amassada. Então ela parou de gritar e eu sentei na girafa amassada.* (FREUD, 1909/2015, p. 108)

a realização, o vivido, mesmo fantasístico, de algo que se chame uma castração”. Para Freud (1909/2015), o nexó entre o medo do cavalo e o pai dá-se da seguinte maneira: o cavalo (equivalente ao pai) o morderia devido ao desejo do menino de que o pai caísse, mantendo livre o caminho para a mãe.

3.5.1 A saída pela fobia

Toda esta trama edípica nos serve como panorama do que veio a se constituir como o sintoma fóbico de Hans. Vemos com a discussão apresentada por Freud e Lacan que a aproximação simbólica entre cavalo e pai resume de forma considerável todo o conflito no sintoma fóbico do pequeno Hans. A fobia já como uma tentativa de simbolização de um conflito sexual, marcado pela ambivalência (amor e ódio) em direção ao pai, tendo em vista o que essa figura – enquanto rival – obstaculiza na relação com a mãe. Essa é uma representação do conflito edípico e do lugar da criança na relação incestuosa com a mãe, a partir da triangulação que envolve as funções paterna e materna. O que sofre a incidência do recalque é a própria ideia hostil contra o pai, que propiciará o aparecimento do objeto fóbico.

A substituição da figura paterna pelo cavalo é um mecanismo de determinar um objeto da angústia pela via do sintoma, elevando a angústia ao medo. Isso quer dizer que a angústia de castração passa a ter um representante concreto localizado no cavalo, substituindo o que estava no plano do conflito inconsciente para uma ameaça que é externa. A fobia desenvolvida em Hans sinaliza uma tentativa de simbolização, dando uma representação ao afeto da angústia. O medo era de que o cavalo não apenas mordesse, mas também caísse:

EU [pai]: Mas a bobagem era você pensar que um cavalo ia mordê-lo, e agora você diz que teve medo de um cavalo cair.

HANS: Cair e morder. (FREUD, 1909/2015)

O sintoma (medo), dessa forma, é a formação defensiva contra a ideia da castração paterna. O elemento recalcado foi a ideia, não o afeto. E o sintoma foi a solução encontrada para evitação da angústia. Por isso, sintoma e angústia são manifestações diferentes, ainda que não se impeça de estarem entrelaçadas. A diferença mais fundamental é quanto à presença ou não de um objeto determinado. Sobre Hans:

[...] não é angústia o que ele experimenta, e sim medo. A criança tem medo de que aconteça alguma coisa de real, duas coisas, nos diz ela: que os cavalos mordam, que os cavalos caiam. A fobia não é de modo algum a angústia. A angústia - e aí não faço mais que repetir Freud, que o articulou com perfeição - é algo que é sem objeto. Os cavalos saem da angústia, mas o que eles portam é o medo. O medo concerne sempre a alguma coisa articulável, nomeável, real: estes cavalos podem morder, eles podem cair, eles têm ainda muitas outras propriedades. (LACAN, 1956-57/1995, p. 252)

Freud desenvolve o tema da fobia, tendo em vista a perspectiva da angústia, mais especificamente na Conferência 32, *Angústia e instintos*, de 1933. Não há, em qualquer caso de fobia, um perigo efetivamente ameaçador que seja compatível ao afeto correspondente da angústia. No caso de Hans, poderíamos questionar se a ameaça viria de um objeto externo ou interno no contexto de sua fobia.

No entanto, considerando a segunda teoria da angústia a partir da formulação da segunda tópica freudiana, podemos observar que não se trata, em Hans, de um medo de cavalos sem levar em conta fantasias inconscientes. Isso acontece pela possibilidade de fugir frente a uma ameaça externa, diferentemente de uma ameaça interna (FREUD, 1933/2010). Para compreender esse empreendimento, já ressaltamos um mecanismo importante, ou melhor, dois: deslocamento e substituição (para Lacan, metáfora e metonímia). No caso do menino, existe a equivalência do medo dos cavalos e a angústia de castração: o conteúdo (representação) sofre a incidência do recalque e passa por substituições, enquanto o afeto referente é deslocado entre as representações. Mais do que um deslocamento, Soler (2016/2021) considera que a fobia já é um tratamento da angústia, pois ao especificar o objeto, permite ao sujeito reorganizar seu campo espacial.

O cavalo, nesse contexto, é uma solução ao perigo disforme da experiência angustiante. Na discussão apresentada no *Seminário 4*, há algo do real articulável (MILLER, 2005), que corresponde, aqui, ao real da angústia. De acordo com o autor, a fobia é desenvolvida em torno de um objeto específico, e essa configuração serve para remediar a angústia. O medo dos cavalos é algo sobre o qual é possível nomear, o objeto é significantizado. Portanto, ainda segundo Miller (2005), há uma simbolização do objeto na angústia. A fobia é uma produção sintomática que serve de contorno para a angústia: o medo dos cavalos recobre a angústia de castração do menino. O sintoma é a possibilidade de inserir a angústia em uma amarração

discursiva, pois determina um objeto que estava indeterminado na experiência angustiante.

Em 1926, Freud revisita sua colocação sobre angústia realista e angústia neurótica. Esta última corresponde a um perigo que não conhecemos, e diz respeito a um perigo pulsional. Por isso, não se torna menos real quando Freud apresenta que, tornando tal perigo consciente, a angústia neurótica poderia ser tomada como angústia realista.

Que uma coisa exista *realmente* ou não, pouco importa. Ela pode perfeitamente existir no sentido pleno do termo mesmo que não exista realmente. Toda existência tem, por definição, algo de tão improvável que, com efeito, a gente fica perpetuamente se interrogando sobre sua realidade. (LACAN, 1954-55/2010, p. 310, *itálico do autor*)

Toda angústia seria real [realista], pois, em níveis econômicos, trata-se da mesma experiência vivida de desamparo. Para Freud, seria superficial considerar se o perigo é externo ou interno, mas aprofundar a questão nas fobias é entender que um perigo externo é substituído por outro, a partir de um processo de deformação. De acordo com o autor (1926/2014, p. 48), observamos que o desenvolvimento das fobias é “uma reação afetiva do Eu ao perigo; e o perigo que nelas é sinalizado é aquele da castração. [...] o conteúdo do medo permanece inconsciente, só vindo a se tornar consciente numa deformação”. O objeto fóbico carrega a marca do recalque e da castração (interno), mas o que acontece é que o perigo de ser castrado se torna uma ameaça externa, característico da trama edípica, que se equivale ao medo de ser mordido pelo cavalo.

Vieira (2001) aponta que o sintoma, posterior ao recalque, possibilita um contorno menos difuso para a angústia e a insere na dimensão significante, representado pelo medo do cavalo deslocado da ameaça do pai. Ainda, o autor se refere à teoria freudiana quanto à ação do recalque: não sobre o afeto da angústia, mas dos conteúdos ligados a ela que são substituídos do conteúdo inicial, que é sofrer a castração pelo pai: “Com a formação da fobia, passa-se assim, da angústia ao medo. O medo transforma a castração estrutural em uma ameaça concreta, mitificada e mundana” (VIEIRA, 2001, p. 60).

Lacan aponta que é preciso separar a fobia, aqui entendida enquanto sintoma, da angústia, mas demonstra que existe uma relação estabelecida entre as duas: “uma vem em socorro da outra, o objeto fóbico vem preencher sua função

sobre o fundo da angústia” (LACAN, 1956-57/1995, p. 211), precisamente como demonstrado em Hans.

Destacamos o que Lacan desenvolve, em 1968-69 em seu Seminário 16 – *de um Outro ao outro*, no que diz respeito à consideração da fobia não mais como uma entidade clínica – como proposto desde Freud junto à histeria e neurose obsessiva –, mas um sintoma que atravessa as estruturas.

a fobia não deve ser vista, de modo algum, como uma entidade clínica, mas sim como uma placa giratória. É esse o ponto que eu queria encaminhar hoje. Ela gira mais do que comumente para as duas grandes ordens da neurose, a histeria e a neurose obsessiva, e também realiza a junção com a estrutura da perversão (LACAN, 1968-69/2008, p. 298)

Por fim, o caso do pequeno Hans nos serve para avançar na articulação entre angústia e sintoma. A relação estabelecida entre os dois é de relevância clínica dada a saída possibilitada pelo sintoma para o manejo da angústia, uma vez que a via da palavra, do simbólico e do enigma é um caminho para desangustiar o sujeito. Vimos como sintoma e angústia podem estar intimamente próximos em um contexto clínico, e agora veremos como é possível avançar no tratamento do afeto da angústia pela via sintomática.

4

O tratamento da angústia na clínica psicanalítica

O desejo é um remédio para a angústia.

Jacques Lacan, O Seminário, livro 8: A transferência (1960-61)

Freud (1917/2014d), em articulação à sua prática clínica das neuroses, indica que a angústia é a queixa da maioria dos neuróticos. Esta constatação ainda se mantém atual para a clínica psicanalítica, reforçando a relevância de aprofundarmos sobre o tema e o respectivo tratamento.

Quando falamos em tratamento da angústia, não significa sua cura. Buscar uma solução para o fenômeno ao molde de sua eliminação seria uma conduta tal qual a proposta psiquiátrica a favor de uma vida sem “transtorno” para o paciente. Uma análise pode ter o efeito de desangustiar o sujeito, mas por uma via que privilegie a realidade psíquica a partir do convite à angústia para o complexo processo de se incluir na palavra.

Como vimos, o objeto da angústia (o objeto *a*) nos indica algo que está fora da representação, uma vez que a letra “*a*” corresponde a uma incógnita, algo que escapa de se apreender e também de dizer. A partir da proposição lacaniana dos três registros (real, simbólico e imaginário) entrelaçados em nó – nó borromeano –, a angústia faz referência principalmente ao real. Nem simbólico, nem imaginário; por isso, a indicação da angústia se faz em torno de um objeto irrepresentável, diferente dos demais objetos: “tudo o que é da ordem do imaginário é sempre passível de se transformar, de acordo com a perspectiva, em reflexos, em sombras, em cintilações, e o simbólico já se revela em sua dimensão de semblante e de ficção” (MILLER, 2005, p. 43). A primeira lição do *Seminário 10* tem como título “A angústia na rede de significantes” precisamente porque ela não se localiza aí, mas na falha do significante, no vazio.

Ao abordarmos o sintoma, este sim na rede de significantes, privilegiamos a dimensão do simbólico enquanto lugar dos sentidos, das ambiguidades e das dúvidas. A angústia está em um registro da ausência de significantização, do sem sentido e, precisamente por isso, da certeza. No caso da experiência angustiante, não há dúvidas para aquele que a sente de estar acontecendo uma manifestação avassaladora no corpo e, ao mesmo tempo, uma ausência de explicação sobre isso.

O tratamento deste afeto pode contar com a formação do sintoma, pois a inserção no discurso é possível pela via sintomática. Com suas devidas particularidades, tanto sintoma como angústia podem andar juntos, principalmente tendo em vista o que o sintoma pode contribuir para a clínica deste afeto.

4.1 Sintomatização da angústia

Privilegiamos a via do sintoma para o manejo do afeto da angústia por, além da possibilidade de apoiarmos na descrição do caso Hans, principalmente manter o diálogo com a dimensão psiquiátrica do fenômeno. A perspectiva da angústia e do sintoma está presente na clínica médica, e insistimos nesta relação para indagarmos quais as diferenças desses fenômenos entre psiquiatria e psicanálise, além de investigar de que forma a relação entre sintoma e angústia favorece o tratamento da angústia. Ora, vimos até aqui que há uma via sintomática possível para contornar o que se trata do real, da angústia. Sabemos que o objeto *a* não é um significante (MILLER, 1991/1995), mas um vazio, um nada. O trabalho de nomeação é uma via de dar borda a esse vazio do objeto da angústia.

Entre maneiras de desangustiar o sujeito, a sintomatização é uma delas – mas não a única. O afeto da angústia não deixa de receber um lugar privilegiado na clínica por não carregar uma marca do enigma. É preciso fazer deste afeto um motor da análise para tornar possível que o sujeito desangustie, e para tanto, o sintoma se apresenta como uma via de simbolização necessária para fazer advir a questão do desejo. Acompanhamos a discussão apresentada por Laurent (2007) sobre fazer consistir o sintoma para deslocar a angústia de sua manifestação que não seja puramente avassaladora e sem nome.

Soler (2016/2021) associa a angústia a um abismo: o sujeito não tem acesso ao gozo pleno, já que o Outro também é falho, castrado, ou seja, há falta no Outro. Mais ainda, trata-se da falta de gozo pela ausência do pênis na mãe (SOLER, 2016/2021), este Outro barrado: $\Phi(\mathbf{A})$. É a partir deste abismo que então o sujeito se amuralha tanto pela fobia como pelo fetiche. É Lacan, em seu Seminário 4 – *A relação de objeto*, que aproxima a fobia e o fetiche por ambos serem defesas contra a angústia de castração. Ou seja, os dois objetos, fóbico (na perspectiva do sintoma) e fetichista, seriam saídas para o risco de ser engolido pelo abismo e a distinção

entre eles provém da maneira de se relacionar com a significação do falo. O objeto fetiche, para Soler (2016/2021), seria mais eficaz para essa opacidade do abismo: é uma forma de dissimular o abismo, recobri-lo através da função erótica. O que falta é deslocado, compensado, criado em outro lugar. Por outro lado, “A fobia imobiliza, faz parar numa linha fronteira, o fetiche anima, coloca a divisão do sujeito em ação” (SOLER, 2016/2021, p. 136). No caso da fobia, há um significante de substituição que “acomoda” a castração, como a eleição do objeto cavalo enquanto um significante para Hans. Dito isso, entre a saída fóbica ou fetichista frente à angústia, além da via pela histerização do discurso em análise, ressaltamos novamente que fizemos a escolha de nos debruçarmos sobre a formação sintomática para o tratamento da angústia. Isto embasa tanto a seleção para este trabalho do caso Hans quanto a ponte que estabelecemos para o diálogo com a psiquiatria.

4.1.1 Desangustiar pelo sintoma

Em *Inibição, sintoma e angústia*, formalizando a segunda teoria da angústia, Freud esclarece uma íntima relação entre sintoma e angústia. Como observamos no capítulo anterior, a formação do sintoma está ligada à evitação do perigo anunciado pela angústia. Enquanto sinal, a angústia faz parte da produção sintomática por mobilizar a ação do recalque.

Mais do que isso, desde 1926 podemos observar o mecanismo do que chamamos de sintomatização da angústia. Trata-se de converter em sintoma algo do real impossível de dizer, ou ainda, fazer uma borda pela nomeação do vazio. Nossa discussão é apoiada na contribuição de Laurent (2007) sobre a circunscrição da angústia pelo sintoma, para fazer emergir a dimensão desejante do sujeito e permitir sua interpretação: “desangustiar consiste, portanto, em fazer surgir a questão do desejo. [...] a via régia para interpretar o desejo é fazer consistir o sintoma. Quanto mais o sintoma se torna consistente, mais é possível desangustiar” (LAURENT, 2007, p. 113). De acordo com Miller (1996/2018), o sujeito não pode responder ao real a não ser sintomatizando-o. Para o autor, a resposta ao traumático do real é o sintoma.

Neste momento, muda-se o entendimento sobre o sintoma. Não mais como formação do inconsciente que carrega uma mensagem a ser decifrada, mas o

sintoma é agora entendido a partir da articulação principalmente entre simbólico e real, tendo em vista que Lacan põe os processos do inconsciente em relação com o gozo (BRAUNSTEIN, 2007). Mais do que isso, a indicação lacaniana é que o inconsciente serve para converter o gozo em discurso (BRAUNSTEIN, 2007). Sendo a angústia o sinal do real, o sintoma é tomado como o limite do real: não mais pela vertente do sentido e das mensagens cifradas do inconsciente, mas agora como um sintoma que envolve o gozo, o não-sentido, uma criação singular frente ao “não há relação sexual” (LACAN, 1973/2003a). O sintoma, então, é uma beira para o abismo da angústia, uma maneira de dar borda ao real.

Braunstein (2007) afirma que no sonho existe um enigma ininterpretável – o “umbigo” do sonho – que seria, para o autor, o umbigo de todas as formações do inconsciente, incluindo o sintoma. A inclusão da dimensão do gozo no sintoma ultrapassa qualquer alusão ao prazer, mas a um gozo como real, impossível de ser simbolizado. Desse modo, Lacan irá propor um novo enlace no sintoma que inclui tanto o sentido como o gozo, como veremos com sua definição de *sinthoma*.

A costura de sentido em torno do que anuncia o real nos remete ao trabalho de nomeação, conforme vemos com Lacan no *Seminário 23* e antes mesmo no *Seminário 2* (1955/2010, p. 309). “Ao nomeá-lo [seu desejo], o sujeito cria, faz surgir uma nova presença no mundo. Ele introduz a presença como tal e, da mesma feita, cava a ausência como tal”: trata-se de dar existência ao que insiste sem nome até mesmo na experiência angustiante, ao real que se manifesta diretamente no corpo. A nomeação que faz borda na angústia é o trabalho que permite uma abertura ao que antes era da ordem do excesso sem palavras.

A angústia pode vir a ser sintomatizada, convertida em sintoma – como uma borda do real –, e daí possibilitar um discurso em torno do que é enigmático para o sujeito. Vemos como isso é de grande relevância para a prática clínica: a dimensão do enigma que movimenta um processo analítico não está na angústia, em si, mas esta seria o motor para a formação do sintoma. Este processo é visualizado principalmente no contexto em que a formação sintomática serve para evitar que a angústia seja desenvolvida. Cabe lembrar a relação entre afeto e sintoma (FREUD, 1926/2014) no que diz respeito ao inconsciente, sendo a angústia aquela que produz o recalque, portanto, anterior à formação do sintoma.

Neste ponto, retornaremos mais uma vez ao caso Hans, o pequeno menino de cinco anos de idade. Freud apoia a formação substitutiva, no caso da fobia dos

cavalos, como um tratamento da angústia. Mas afinal, quais seriam as vantagens de sintomatizar o afeto da angústia? Freud responde o que observou no caso do menino:

A primeira, o fato de que evita o conflito da ambivalência, pois o pai é também um objeto amado; a segunda, o fato de que permite ao Eu cessar com o desenvolvimento da angústia. Pois a angústia da fobia é facultativa, surge apenas quando seu objeto é alvo da percepção. O que é inteiramente correto, já que apenas então se acha presente a situação de perigo. (1909/2015)

Freud esclarece uma saída para encobrir a angústia pela via da fobia, uma vez que cumpre uma função de localizar o perigo – a angústia passa a ser um medo de um objeto determinado. Se não dá pra controlar a presença ou ausência do pai, o deslocamento do afeto para os cavalos faz com que a inibição em sair de casa isole o perigo do menino. O cavalo fora do alcance da percepção de Hans produz uma proteção frente à invasão da angústia, uma defesa contra a ameaça da castração. Eis, portanto, a afirmação que Freud apresenta quanto a angústia ser facultativa na fobia. Como medida de precaução, pelo encobrimento da angústia, observamos em Hans a saída pela formação de um sintoma de inibição (*Hemmungssymptom*). “Desse modo, o pequeno Hans impõe a seu Eu uma restrição, produz a inibição de sair, para não encontrar cavalos.” (FREUD, 1926/2014, p. 48).

Essa estabilidade mantida pela fobia é abalada quando falta a condição protetora. Hans é tomado pelo medo na presença ou na ameaça de estar presente entre cavalos, e mantém-se sob defesa na ausência destes fatores. Ou seja, a fobia serve como proteção no que se trata de angústia, tanto pela via da evitação do perigo quanto através da formação inconsciente de um sintoma de inibição. A fobia surge, então, como uma solução de estruturar e reorganizar o mundo para o menino, sinalizando o perigo que antes estava obscuro na angústia. Por esse motivo, a fobia é uma forma de tratamento da angústia (SOLER, 2016/2021) e, como aponta Lacan (1956-57/1995), a fobia serve para a sustentação da relação com o desejo na angústia, sendo a formação do sintoma fóbico menos um problema do que uma solução neste contexto.

No Seminário *A relação de objeto*, Lacan faz uma importante observação sobre a fobia de cavalo do menino Hans. Não se trata de um cavalo qualquer, mas aquele que tem algo específico: uma mancha preta no focinho. Hans por vezes fala

de cores diferentes do cavalo: branco, preto, verde... Mas sempre com a tal mancha preta no focinho, esta que Lacan considerou um mistério: “realmente este elemento de imprecisão, que é, afinal, o que nos aparece de mais claro no fenômeno dessa cabeça de cavalo, cujo mistério não deixa de evocar o cavalo acima de Vênus e Vulcano no quadro de Ticiano” (LACAN, 1956-57/1995, p. 251)

Trata-se de um detalhe nada banal que aponta para uma imprecisão, algo que resiste à interpretação e, portanto, algo que remete à experiência da angústia. Freud (1909/2015, p. 112) anuncia que: “Alguns detalhes de que soube então – que o incomodava especialmente aquilo que os cavalos têm diante dos olhos, e a cor preta na região da boca – certamente não eram explicados pelo que conhecíamos”. Embora Freud continue a investigação e faça a ligação entre bigode (do pai) e mancha preta do focinho do cavalo, Lacan (1956-57/1995, p. 251) insiste que é um “resíduo absolutamente singular”.

O que se trata, em Hans, é de um caso de fobia bem explicitado por Freud e Lacan, dada à amarração do sintoma em torno da figura dos cavalos pelo deslocamento de libido, como desenvolvemos no capítulo anterior. No entanto, o que nos interessa é justamente a mancha:

Pode ser até mesmo que conservem neles [os cavalos] os vestígios da angústia. A imprecisão, a mancha preta talvez não deixe de ter algo a ver com ela, como se os cavalos recobrissem algo que aparece por baixo, e ilumina por detrás, a saber, este preto que começa a flutuar. (LACAN, 1956-57/1995, p. 252)

Ligeiro (2018) elabora uma consideração em torno deste ponto específico da leitura de Lacan sobre a mancha: ainda que a angústia seja recoberta pelo objeto da fobia, ela não o é totalmente. De acordo com Miller (2005), Lacan faz da mancha justamente o objeto *a*, ilustrando que há no simbólico um núcleo do real, como veremos.

4.2 Travessia da angústia

A relação entre angústia e sintoma é um fio condutor para chegarmos à travessia da angústia em um processo de análise. Lembremos que a esta altura do ensino de Lacan, no *Seminário 4*, o autor ainda não desenvolvera o importante marco teórico em torno do objeto *a*. O que ressaltamos é o que Lacan articula entre fobia e angústia a partir da indicação de Hans:

Até então, a criança estava, em suma, no interior de sua mãe, e acaba de ser rejeitada dali, ou de se imaginar rejeitada, ela está na angústia, que, com ajuda da fobia, instaura uma nova ordem do interior e do exterior, uma série de limiares que se põem a estruturar o mundo. (LACAN, 1956-57/1995, p. 252-253)

Vejamos que “Do ponto de vista psicanalítico, a angústia *pode vir a ser* uma questão, engendrar o enigma, mas, em si, ela não pode ser nada, senão a própria presentificação do nada” (VIEIRA, 2002, p. 80, itálicos nossos). *Pode vir a ser*, pois não é desde o princípio: a angústia não é o enigma, não é formação do inconsciente; pelo contrário, angústia é certeza e é o afeto sem representação – o *nada*, como aponta o autor. Ou seja, se a angústia, como vimos, está fora da cadeia significante, pois desarticulado do simbólico, logo, é preciso que haja alguma costura de sentido para acesso à angústia. Hans demonstra que este entrelaçamento pode se dar através do sintoma, este sim significantizável. A fobia ou o medo tem um objeto determinado que circunscreve o que na angústia está indeterminado. Na visão de Soler (2000-01), trata-se de metaforizar a angústia, convertê-la em medo e, a partir disso, indicar a proximidade do real. Aqui se faz prontamente a função sintomática para a clínica da angústia. Eis o que Lacan apresenta sobre a solução através do sintoma, no caso de Hans:

O medo, algo que tem sua origem no real, é um elemento de asseguarção do menino. Graças a seus medos, ele dá um para-além ao assujeitamento angustiante do qual se apercebe no momento em que aparece a falta desse domínio externo, desse outro plano. Para que ele não seja pura e simplesmente um assujeito, é necessário que apareça alguma coisa que lhe meta medo. (LACAN, 1957-58/1999, p. 196)

Vimos que angústia e sintoma não são sinônimos (e esta é uma das maiores diferenças em relação à perspectiva psiquiátrica), mas há uma relação entre tais manifestações, afinal, a angústia pode ser acessada pela via do sintoma. Mais do que uma articulação teórica, trata-se de uma contextualização clínica, tal como ilustrada em Hans. Seguindo neste caso apresentado por Freud, a indicação para o tratamento da angústia é precisamente pela mancha, aquilo que é ininterpretável, residual e ponto de imprecisão recoberto pelo sintoma. A partir do que é sinal [do real], ir em direção ao que é significante [simbólico] pela sintomatização e assim produzir uma fala em torno do afeto.

Como apresentamos, a via do sintoma é uma das vias possíveis para o manejo clínico da angústia. Se o fetiche, por exemplo, seria outra saída para tal, fizemos nossa aposta na localização sintomática, como desenvolvemos em torno da

fobia. Ressaltamos que a fobia é uma especificidade de sintoma, mas nem todo sintoma é uma fobia. O que queremos dizer é que o caso de Hans nos serve para sustentarmos a proposta da sintomatização da angústia, mas não reduzir a via fóbica para o manejo deste afeto.

A ideia de travessia, como indicada no título deste tópico, é Lacan quem introduz. Não se trata, como discutimos ao longo de todo este trabalho, de “curar” a angústia, mas de atravessá-la, ou *superá-la*, dada sua posição intermediária entre desejo e gozo. Apenas desse modo o desejo vem a se constituir: o autor nos diz que “A angústia, portanto, é um termo intermediário entre o gozo e o desejo, uma vez que é depois de superada a angústia, e fundamentado no tempo da angústia, que o desejo se constitui” (LACAN, 1962-63/2005, p. 193).

4.3 Sinal do real

Freud (1926/2014) já visualizava a angústia como sinal, e Lacan (1962-63/2005) complementa ao afirmar que é sinal do real. O real remete ao perigo de ser engolido pelo abismo, ao horror da castração enquanto o desamparo primordial no qual o sujeito se encontra sem recursos simbólicos. Assim como o objeto *a* está fora da cadeia significante, a angústia também é não-significantizável. O afeto da angústia não se apreende diretamente pela imagem (imaginário) nem pela palavra (simbólico), estando mais situada no real, dada a iminência do encontro do sujeito com o objeto que deveria ter se mantido em distância – o objeto *a*.

Podem ser localizados dois momentos no ensino de Lacan sobre a angústia, de acordo com Miller (2005, p. 58):

Se há, de um lado, a angústia como sinal do eu, há também a angústia referida ao real, defesa contra o desamparo absoluto do nascimento. Não se trata então do eu, ninguém imagina que naquele momento o eu esteja constituído. No primeiro movimento do seminário é valorizada a angústia retomada pelo eu como sinal do que Lacan chama de perigos infinitamente mais leves, enquanto que no segundo trata-se da angústia referida ao real.

O sintoma, como formação de compromisso, satisfação substitutiva da pulsão, retorno do recalado, seria mais uma solução do que um problema. Sua mera eliminação não iria contribuir para a revelação da mensagem cifrada a qual contém o sintoma que nem mesmo o sujeito sabe, mas supõe que o Outro sabe. É

apenas na relação sob transferência que essa mensagem é endereçada ao Outro, o analista.

Para Lacan, as operações da metáfora e metonímia presentes no sintoma fazem alusão não ao signo, mas principalmente ao significante. É nesta articulação que encontramos a representação do sujeito, que não se produz na ordem biológica definida pelas neurociências, mas simbólica. Nesse momento do ensino de Lacan, o autor dá ênfase ao simbólico quando se refere ao sintoma, pois haveria nessa formação do inconsciente um saber que o sujeito desconhece. O trabalho de análise iria consistir, desse modo, na decifração dessa mensagem: "Pois é por esses fenômenos se ordenarem nas figuras desse discurso que eles têm fixidez de sintomas, que são legíveis e se resolvem ao serem decifrados" (LACAN, 1966/1998c, p. 556).

Mais adiante em seu ensino, Lacan inclui em suas reformulações teóricas a aproximação do sintoma ao real. Lacan afirma que o inconsciente é estruturado como uma linguagem, mas observamos que não é todo estruturado (JORGE, 2010). A partir da categoria de *não-todo* de Lacan, o inconsciente tomado como não-todo estruturado como uma linguagem aponta para sua definição que não se limita ao conteúdo recalcado. Sendo mais amplo do que isso, há no inconsciente uma dimensão não apenas do simbólico, mas também do real. É Lacan (1974/2011, p. 11) quem o diz, antes mesmo de seu Seminário 22 – *R.S.I.*: “o sentido do sintoma não é aquele com o qual é alimentado para sua proliferação ou extinção, o sentido do sintoma é o real [...]”. Esse deslocamento na estrutura topológica coloca em evidência a relação do sintoma com o gozo. Considerando que não há relação sexual, o sintoma estaria na ordem do não-sentido, e não apenas do sentido, precisamente devido à falha no significante em determinar essa relação. Este giro na noção do sintoma coloca em questão a interpretação unicamente pela via do deciframento do sintoma.

A indissociabilidade entre inconsciente e linguagem ratifica a dimensão do real no sintoma que está para além do sentido: “É o real que permite desatar efetivamente aquilo em que consiste o sintoma, ou seja, um nó de significantes.” (LACAN, 1973/2003a, p. 515). Um novo estatuto dado ao sintoma considera que há nele um gozo que vai além da interpretação do inconsciente que visaria apenas ao sentido. O nó de significantes a que se refere Lacan não se trata de uma cadeia

de sentidos, pois não se desfaz apenas pela interpretação. Existe algo que ultrapassa o campo dos sentidos, que diz respeito ao real.

O sintoma, que envolve tanto o simbólico como o real, aponta que é possível uma costura de sentido em torno do que é do real da angústia. Este afeto não é completamente alheio ao registro simbólico, pois há uma angústia que diz respeito ao que há de real do gozo no sintoma. Nas palavras de Lacan (1962-63/2005, p. 140): “o que a análise descobre no sintoma é que ele não é um apelo ao Outro, não é aquilo que mostra ao Outro. O sintoma, por natureza é gozo [...] gozo encoberto, sem dúvida [...]”.

Entendemos gozo como aquilo de onde se origina o discurso (LACAN, 1969-70/1992) e que rompe a cadeia de significantes, pois finita a cadeia de sentidos. Como vemos com Miller (2005), há antinomia entre gozo e significante, e por isso, observamos o objeto *a* como aquele que não é significante, mas gozo. O objeto *a* é o resto de gozo e também resto da significantização, portanto, é o resíduo do simbólico.

No entanto, o gozo pode ser dito nas entrelinhas (LACAN, 1966/1998d, p. 836): “o gozo está vedado a quem fala como tal, ou ainda, que ele só pode ser dito nas entrelinhas por quem quer que seja sujeito da Lei [...]”. A partir da leitura lacaniana do caso Hans, Miller (2005) aponta que a fobia recobre a angústia, mas não completamente a ponto de não restar um resíduo (a mancha preta no focinho) a qual Lacan faz de objeto *a*.

O gozo está para além do desejo, e não pretendemos adentrar na teorização sobre o gozo nos ensinamentos lacanianos. Vemos que o objeto *a*, elemento de gozo, é justamente o objeto causa de desejo (LACAN, 1962-63/2005). Essa marca absoluta do real é o que nos aponta para o que há para além do sentido na linguagem. No sintoma, o sujeito faz um novo enlace simbólico, real e imaginário, a partir tanto do sentido como do gozo. (MILLER, 1996/2018).

O que ressaltamos é a relação entre gozo, real e angústia presente no sintoma. Há algo no sintoma que corresponde ao não-sentido, ao que o Lacan chamou de *irredutível* no sintoma. Observamos com Lacan (1975-76/2007) que a interpretação não opera apenas pela via do sentido, mas inclui a dimensão do não-sentido que remete ao real no sintoma, ou melhor, *sinthoma*.

4.4 Real no *sinthoma*

A partir de Joyce, Lacan formula o *sinthoma*, o sintoma que não é analisável, o resto, o real. E ao mesmo tempo, é o que há de mais singular em cada indivíduo. Não pretendemos avançar na discussão sobre Joyce, para este assunto referimos o leitor ao *Seminário 23*. Nossa intenção é marcar o que há no sintoma do real, irreduzível a qualquer interpretação pela via do sentido. Considerar o indizível remete ao limite do que apontamos sobre a histerização em análise. Se a introdução do discurso histérico mobiliza o desejo de saber, não se trata, considerando o irreduzível do *sinthoma*, de um saber absoluto. Existe um limite, há gozo.

o sintoma é o modo que tem cada um de gozar de seu inconsciente, ou a maneira que tem de fazer existir um termo do inconsciente por fora deste, ao despejar, para além de sua envoltura formal, seu status de condensador de gozo. O sintoma aparecerá, então, como limite do real; ali onde a fantasia descobre seu limite, sua condição de ficção fundamental; ali onde se desvela. (PEREÑA, 1998, p. 151)

Vimos que o objeto (*a*) é sempre perdido, por isso a pulsão nunca se satisfaz plenamente e ele se mantém como objeto causa de desejo. Freud introduz a noção de pulsão de morte, e Lacan fala sobre gozo: a insatisfação que persiste na pulsão produz o sintoma, uma forma onipresente de gozo na neurose (JORGE, 2010). Dessa forma, inconsciente e pulsão são aproximados e apontam para o real impossível de ser simbolizado.

“Se a análise opera, por si mesma, a travessia da fantasia, ela desemboca no real que sustenta a estrutura psíquica, não-toda estruturada como uma linguagem pelo simbólico” (JORGE, 2010, p. 70). Isto equivale a dizer que há algo que escapa do simbólico, pois o tratamento do sintoma não é conduzido apenas a partir do sentido e sua interpretação.

O inconsciente como não-todo estruturado como uma linguagem tem, então, um não-saber, um não-todo saber que escapa ao sentido pleno. E é nesta lacuna onde circula o desejo. A angústia, neste contexto, está na função mediana entre gozo e desejo (LACAN, 1962-63/2005). É preciso atravessá-la, enfim, para que o desejo possa advir.

Nas palavras de Lacan, a íntima relação entre real e fantasia apresenta-se desse modo: “O real suporta a fantasia, e a fantasia protege o real.” (LACAN, 1964/1988, p. 44), e a angústia emerge onde falha a fantasia em apaziguar a relação com o real.

A discussão que estamos apresentando envolve simultaneamente gozo, real e angústia. Quando Lacan aponta que a angústia é o afeto que não engana, recuperamos a ideia de sua sinalização ao real. “A cada encontro com o objeto do desejo, vivemos sua potência de gozo e, ao mesmo tempo, sua impossibilidade” (VIEIRA, 2002, p. 83). Ou seja, é pela falha na fantasia que sustenta o desejo que se instaura a angústia pela condição de objeto de gozo. O desejo é ilusório, já anunciava Lacan, e a falta estrutural só pode ter como objeto aquele que serve de borda – o objeto *a*.

A sintomatização da angústia, a partir da proposta de Laurent (2007) de fazer consistir o sintoma, dá um novo rumo ao trabalho analítico, pois propõe um percurso que vai em direção ao modo de produção do sintoma em cada um. Da queixa inicial, passando pela demanda de análise e a formulação do sintoma analítico, em direção ao gozo do sintoma. Desangustiar através do sintoma já é um tratamento da angústia, pois dá-se sentido a algo até então irrepresentável e indizível. O que segue, a partir disso, é a análise não apenas do sintoma como uma mensagem cifrada dirigida ao Outro, mas da articulação de significantes que revelam a estrutura do sujeito na dimensão do gozo, pois, para Miller (1991/1995), o significante não apenas opera para a comunicação, mas também tem efeitos de gozo.

O *sinthoma* é uma importante referência para o estudo da angústia, por ilustrar a relação entre real e sintoma. Ou seja, assim como há o real no sintoma, o caminho contrário também se faz possível: o tratamento simbólico através da sintomatização do que corresponde ao real, a angústia. Não se trata de transformar a angústia em sintoma, são modalidades diferentes que não se fundem em uma única, indiferenciadas entre si. Quando nos referimos a sintomatizar a angústia, a intenção é considerar que o sintoma serve de contorno simbólico, uma via de acesso pela palavra que faz borda ao que está no real. Ao mesmo tempo, visualizamos que no *sinthoma* há algo de real, irreduzível, que resta da simbolização. Ou seja, real e simbólico estão articulados, mas um não recobre totalmente o outro. Nesse sentido, a angústia é o real que aparece no simbólico (MILLER, 1996/2018).

Kruger descreve o manejo em análise, tendo como pilar a transferência:

o trabalho analítico operando com o Sujeito Suposto Saber e a interpretação obtém uma elaboração de saber que produz uma transformação dos sintomas e, como

efeito sobre o real, uma modificação do gozo. Modificação que não é supressão, senão que dá lugar a um resto de gozo que é particular de cada um. (1998, p. 106)

A partir dos ensinamos freudianos e principalmente lacanianos, vemos que o sintoma tem relação íntima e complexa com o sujeito. A clínica lacaniana não é contra o sintoma, mas orienta-se a partir dele. Nota-se a diferença em relação ao manejo psiquiátrico que pretende não apenas observar, mas catalogar para enfim eliminar o mal do qual se queixa o paciente. Do lado dos psiquiatras, o sintoma é tomado na dimensão orgânica que responde à intervenção medicamentosa, enquanto os psicanalistas apostam em um sujeito que é efeito da linguagem. Não há, aqui, ênfase em uma definição universal sobre um sintoma, pois há algo único em cada experiência. A angústia, nesta perspectiva, é aquela desprovida de sentido, que não serve para nada, a não ser que ela mesma seja o motor de trabalho. Pela histerização em análise ou pela sintomatização em fobia, vemos que é possível o tratamento da angústia através da articulação entre afeto e sintoma, ou ainda, entre real e simbólico.

Se não há uma verdade plena, trabalhamos com uma não-toda verdade, pois resta algo que resiste à interpretação. Isso é conferido na manifestação da fobia, um quadro clínico complexo que não recobre plenamente a angústia – a mancha preta do focinho do cavalo é o resíduo que Lacan considerou ser um vestígio da angústia. No entanto, a fobia recobre o bastante para permitir uma simbolização. O trabalho de uma análise, a partir do tratamento pelo sintoma da angústia de Hans, segue em direção à chave da sintomatização através da articulação de significantes e principalmente pelo modo de gozo apresentado pelo sujeito. Mas o mais fundamental sobre o tratamento da angústia é isto: convidando-lhe à palavra, é possível um tratamento do que é da ordem do afeto, do real, pela costura do sintoma. Lacan diz sobre “conjugador o sujeito com o real” (LACAN, 1964/1988, p. 43): o manejo da angústia não corresponde a sua cura enquanto eliminação, mas uma travessia dada sua posição mediana entre gozo e desejo.

4.5 Da sintomatização à patologização

Lacan (1954-55/2010) usa as palavras francesas *je* e *moi* para fazer a separação entre sujeito do inconsciente e o Eu (função imaginária), respectivamente. Isso significa que há uma disjunção entre “pensar” e “ser”, pois o

sujeito é, sobretudo, inconsciente. É o sujeito dividido, efeito do corte da cadeia significante, do vazio de sentido.

Mas não é desse sujeito que a ciência moderna se ocupa. É preciso excluí-lo para avançar nas categorias universais de transtornos e na padronização de terapêuticas, como podemos observar cada vez mais no campo da saúde mental. O DSM é um recurso para ordenar e tipificar o “doente”, já que este manual é descritivo e não leva em consideração a causalidade do sofrimento e o modo de subjetivação de cada um (ROSA et al., 2008).

Ainda que suprimido pela ciência moderna, o sujeito não deixa de aparecer nas entrelinhas, no resto da apreensão do discurso (neuro)científico. Em psicanálise, o saber não é pleno e universal, mas incompleto e singular. “O *valor* do sem-sentido foi enfatizado por Lacan e ele torna evidente que não há uma forma idealizada ou tipificada, ou mesmo uma pílula capaz de dar conta disso” (ROSA et al., 2008, p. 107, *itálico nosso*). Ressaltamos, aqui, a dimensão do *valor*: enquanto material subjetivo, o sem-sentido do sintoma não é uma desordem e sequer concordamos que haja uma terapêutica universal que exclua a singularidade. Ou seja, diferente da visão contemporânea da psicopatologia, não apostamos que exista um universal “normal” e um desvio no singular, pois é na exceção, no que escapa, que constitui o íntimo do sujeito. O que se apresenta como sintoma não é distúrbio ou desordem, mas solução¹² de um conflito: como a fobia de Hans, o sintoma tem uma função de fazer suplência a algo que falta – em referência, aqui, à castração.

Dito isso, a problemática da angústia, experiência do real sem sentido, se insere. A forclusão do sujeito na clínica psiquiátrica corresponde a uma desconsideração da subjetividade envolvida na experiência angustiante, já que acompanha o discurso medicalizante no campo atual das neurociências. Isso significa a própria forclusão do impossível de nomear, de representar, que existe no sujeito. Na verdade, podemos considerar que não há impossível na clínica psiquiátrica: tudo é possível ao indivíduo, inclusive uma vida livre de qualquer sofrimento psíquico. A impossibilidade, na psicanálise lacaniana, é estrutural. O

¹² Esta ideia do sintoma como solução já é presente desde Freud, antes de Lacan. É o autor austríaco que considera o sintoma como uma solução de compromisso nas neuroses e, nas psicoses, afirma que o delírio é uma tentativa de solução. A partir do conflito entre o eu e o mundo externo, a fenda que se abre na psicose é reconstruída pelo delírio. Para Freud, trata-se de um “remendo”, estruturalmente necessário para restabelecer a relação com a realidade (FREUD, 1924/2011).

vazio constitui o sujeito e não há negação ou tamponamento do impossível, mas reconhece seu lugar para o tratamento da angústia através do sintoma que a recobre. Não há separação entre sintoma e sujeito, por isso não cabe ao analista extirpar o fenômeno desprazeroso sem respeitar a dimensão subjetiva que o amarra. A dissolução de um mal-estar é mais um efeito do que o objetivo de uma análise, tendo em vista a relação estabelecida sob transferência e a especificidade de cada sujeito no modo de produção sintomático.

A conduta médica de observar e eliminar é considerar a angústia como uma disfunção que apenas atrapalha a vida do sujeito, visando uma realidade em que ela esteja ausente pela via das terapêuticas. A angústia passa a ser tomada como uma disfunção localizada no cérebro, como Winograd (2011) destaca sobre a “biologia da mente”. Nesta perspectiva, a mente é substituída pelo cérebro e o aumento cada vez maior de categorias de transtornos mentais reduz a experiência de mal-estar ao corpo (cérebro) e, assim, podemos observar uma significativa distância à psicanálise em transformar o subjetivo em algo objetivo. A angústia ou qualquer outra queixa do paciente é atravessada pelos diagnósticos variados e recebe uma contenção eficaz o suficiente para sufocar o que dela poderia ser dito. A supressão do sofrimento é associada à sociedade que exige deste paciente que esteja produtivo e exerça suas funções sem qualquer obstáculo. Sobre a crescente tendência de medicalização das variadas formas de mal-estar psíquico, Winograd (2011, p. 524) destaca:

Uma leitura possível [...] é o entendimento de que tais afecções expressam, mais profundamente, um processo de produção subjetiva apoiado na ideia de funcionalidade, de competência, de performance, de responsabilidade individual pelo próprio bem-estar e pela própria felicidade. Qualquer desvio, variação ou dificuldade vira anormalidade. E cada estado de espírito visto como anormal tem ou terá em breve uma explicação neurocientífica para justificar a solução ao alcance das mãos.

Retomamos a crítica de Canguilhem (1966/2006) quanto aos critérios para definir saúde e doença, considerando se tratar de diferenças *qualitativas* entre estes estados. Com o filósofo francês, reconhecemos a importância de compreender o homem a partir de sua relação com o meio, tendo em vista sua capacidade de criar novas normas de vida. Na atualidade, podemos questionar até que ponto a apropriação da angústia pelo discurso da neurobiologia faz dela uma patologia, ao nomeá-la como transtorno de ansiedade. Afinal, como pensar uma existência

humana sem qualquer indício de angústia? Como considerar algo patológico o que é da ordem do viver?

Existe uma diversidade de narrativas possíveis quando tratamos de angústia – que vão além da limitação de um “transtorno de ansiedade” que reduz diversas experiências em uma única nomenclatura. Se levarmos em consideração não apenas o fenômeno, podemos deixar de lado o olhar sobre as funções neuroquímicas e cerebrais e nos inclinamos à escuta do discurso do sujeito sobre seu sofrimento, e isto será sempre singular. Conforme orientados por Freud e Lacan, constatamos que a angústia é mais do que um mal-estar, mas também um motor da análise. Como um afeto de excelência, é ao mesmo tempo complexo e necessário quando tratamos na relação sob transferência, já que não há análise sem angústia – sendo o analista aquele que faz semblante do objeto *a*. Alguma dose de angústia é preciso para mobilizar o desejo de saber do sujeito, saber este que é sobre si mesmo. Não se trata de simplesmente angustiar o analisante nem ignorar a angústia, mas “Na experiência é necessário canalizá-la [a angústia] e, se ousar dizer, dosá-la, para não ser por ela submerso” (LACAN, 1964/1988, p. 43).

Por isso, trata-se de um lugar complexo da angústia na especificidade da clínica psicanalítica lacaniana. Diferente da psiquiatria, este afeto não corresponde a um mal externo, mas está no próprio sujeito. Considerando que não existe separação entre sujeito e angústia, então, o tratamento leva em conta a maneira como cada angustiado sofre e fala sobre seu sofrimento. Não como alvo de eliminação e supressão da ordem de um transtorno mental, mas vemos que a entrada em análise, especialmente o estabelecimento da transferência e do sujeito suposto saber, pode permitir um efeito de moderar a angústia (SOLER, 2000-01).

Portanto, observamos, ao longo de todo o trabalho, a relevância do tratamento do afeto da angústia na clínica psicanalítica lacaniana. O tratamento tem como base a singularidade e a transferência, enfatizando-se mais a escuta do que a observação ou a descrição. Destacamos que a consistência da angústia no sintoma, principalmente na fobia, ilustra uma saída possível para contornar o que é da ordem do indizível. Não se trata de encontrar na fobia uma solução que encerra o trabalho analítico, mas não deixa de ser uma solução necessária para o afeto da angústia. Ainda, é pela aposta de que a angústia possa ser nomeada que temos a partir da formação do sintoma a possibilidade de um tratamento pela via da palavra. A proposta de desangustiar o sujeito pela via do sintoma não é para prolongar ou

banalizar o sofrimento, mas o contrário: é precisamente pela possibilidade de um manejo clínico a partir do discurso do sujeito que sofre. Afinal, reconhecemos que o afeto da angústia carrega em si uma marca subjetiva que não se reduz a um transtorno mental como indica a nomenclatura de ansiedade. Apresentamos as diferenças em relação à conduta psiquiátrica para enfatizarmos que angústia e sintoma não são equivalentes em nossa clínica, orientada por Freud e Lacan. Muito menos que nosso objetivo seja eliminar qualquer manifestação subjetiva de antemão. A relação que se estabelece é que o sintoma é uma via de sentido para o real da angústia, para que a partir do enigma formado possa mobilizar um desejo de saber sobre o próprio sujeito e permitir um novo arranjo do sujeito no mundo.

Considerações finais

O sujeito é, de fato e por definição, exceção ao universal.

François Ansermet, Medicina e psicanálise: elogio do mal-entendido (2014)

O atual trabalho propôs-se a elucidar questões sobre o tratamento da angústia na clínica psicanalítica, a partir do ensino lacaniano, em diálogo com a abordagem psiquiátrica do fenômeno. A angústia é equivalente a um sintoma para os psiquiatras, tendo em vista o diagnóstico de transtorno de ansiedade. O sintoma, nesse caso, é alvo de eliminação para permitir ao indivíduo melhor capacidade de produzir e desenvolver suas aptidões. No entanto, a angústia corresponde a um afeto e guarda uma complexidade que diz respeito ao sujeito – quando nos referimos ao seu lugar na clínica psicanalítica lacaniana.

A angústia é definida por Freud de uma forma semelhante à maneira que a APA descreve o transtorno de ansiedade: em ambos os cenários, trata-se de uma preparação para o perigo, ainda que ele seja indeterminado. No entanto, o manejo deste fenômeno é conduzido de maneiras diferentes, dependendo se o contexto for da clínica psicanalítica ou psiquiátrica. A experiência angustiante encontra na terapêutica psiquiátrica uma saída que visa seu apaziguamento. Melhor dizendo, o objetivo é mais do que apaziguar, senão eliminar: busca-se retirar daquele sujeito qualquer sinal de mal-estar que ele nomeia como angústia.

Há na prática médica o uso de manuais de classificação, como o DSM e a CID, de referência internacional para padronização de diagnósticos. A interseção com o campo psicanalítico se faz presente de maneira bastante esclarecedora quando levantamos o panorama histórico das referências utilizadas para a formalização do DSM. Categorias como neurose e histeria, e até mesmo angústia, marcadas pela influência da psicanálise, permanecem no referido manual durante as primeiras versões, sendo substituídas progressivamente por nomenclaturas oriundas das neurociências. O que isso anuncia é um rigoroso afastamento entre psiquiatria e psicanálise, criando-se um imbróglio na área da psicopatologia. O objeto em comum permanece, como a angústia, mas o que se transforma são as maneiras de conduzir o tratamento que considera ou não o sujeito do inconsciente. O que observamos, principalmente no primeiro capítulo, é uma conduta psiquiátrica

sustentada na biologia, pois a localização no cérebro é a direção de tratamento do transtorno mental.

Não se trata, a partir da psicanálise lacaniana, de recusar o diagnóstico ou desconsiderar aquilo que foi nomeado como transtorno. Na verdade, “concede sua margem de razão ao sujeito deprimido, por reconhecer o valor de verdade no seu sofrimento” (VIEIRA, BASTOS & TEIXEIRA, 2017, p. 151). Notamos que, ao sinal de que algo vai mal no indivíduo, são buscados e até mesmo recebidos os nomes de “ansiedade” e “pânico” para o que sente – e até para nomear a si mesmo. A fixação em uma identificação enquanto “ansioso” é um afastamento da possibilidade de algo de outra ordem, ou melhor, do inconsciente. Também vemos que alguns pacientes chegam ao consultório do psicanalista com um objetivo de se livrar de seus sofrimentos a qualquer custo. Falas como “sou ansiosa” ou “tenho crises de pânico” são acompanhadas de pedidos de alívio imediato, sem que haja a formulação de um questionamento ou qualquer estranhamento sobre os próprios sintomas (PEREIRA, 2000). Como vimos, o trabalho de análise é uma alternativa que permite àquele que sofre construir uma nova relação com o que lhe faz sofrer, por outro caminho que não seja a da mera eliminação do mal-estar. De acordo com Leite (2011, p. 25/26):

Pode-se supor que a aceitação, muitas vezes irrestrita, da hegemonia do discurso médico se articula ao alívio psicológico resultante da nomeação de algo que é da ordem do enigma para o sujeito. Essa nomeação, no entanto, acaba por excluir o próprio sujeito e sua responsabilidade sobre o sintoma. A inquietação é silenciada, mas também as possibilidades de inscrição do sujeito e do seu desejo são perdidas.

A proposta, na clínica lacaniana, segue em direção da emergência do sujeito, para que no “ansioso” possa existir um sujeito que fala sobre si mesmo em sua complexidade para além do diagnóstico. Por isso, a construção deste trabalho sobre a angústia se justificou pela sua relevância na clínica do sofrimento psíquico e as diferenças que encontramos na articulação entre a abordagem da psicanálise lacaniana e a perspectiva da psiquiatria sobre este tema. Como um fenômeno que se apresenta em ambas as clínicas, um estudo que aproxime as duas perspectivas é necessário para favorecer não apenas o diálogo entre as clínicas, mas principalmente o tratamento deste afeto.

Desde as primeiras contribuições de Freud sobre a angústia, observamos que se trata de um tema que passou por diversas reformulações. No princípio, a angústia foi tomada em uma perspectiva fisiológica: não havendo correspondência suficiente

entre tensão física sexual e representação psíquica, esta tensão seria transformada em angústia. Com a formulação da primeira teoria da angústia, Freud oficializa seu lugar como posterior ao recalque. Afeto e representação são separados devido à incidência do recalque: o afeto não é recalcado, mas a representação a ele ligado. Assim, a angústia é o destino desse afeto sem representação, sendo uma produção posterior ao recalque assim como o sintoma. Essa aproximação sustenta uma semelhança com a clínica psiquiátrica, dada a equivalência entre angústia e sintoma. É apenas em 1926, com a retomada do caso Hans, que Freud formula sua segunda teoria, considerando que a angústia é, na verdade, anterior ao recalque. Angústia e sintoma passam a ser modalidades subjetivas cada qual com suas devidas particularidades, mas com uma íntima relação, tendo em vista o recalque. A angústia sinaliza o perigo no Eu e é, então, o motor da formação dos sintomas que servem para evitação desse perigo, pois é ela que mobiliza a ação do recalque.

A partir do caso Hans, Freud e Lacan consideram que a fobia é uma resposta para a angústia. Freud (1926/2014) afirma que a fobia pode ser uma defesa, e Lacan (1957/1995) aponta que a fobia vem em socorro da angústia. Em ambos os casos, observamos que o objeto fóbico determina o que estava indeterminado na angústia, à medida que circunscreve a angústia através da formação do sintoma e permite uma nova configuração do campo espacial. No caso do menino, a fobia apresenta-se como um contorno estável ao localizar, no objeto cavalo, o perigo anunciado pela experiência angustiante. É essa amarração de sentido que permite uma via para o andamento de um trabalho analítico.

É com Lacan (1962-63/2005) que vemos uma outra maneira de se referir à angústia, não apenas em relação com a falta. Freud considerava que a angústia é angústia de castração, e Lacan enfatiza à face do horror da castração, ao desamparo primordial. O que Lacan considera, em seu *Seminário 10*, é que a manifestação da angústia ocorre quando falta a falta. “O excesso é sempre *irrupção* de algo que escapole ao controle e à regulação da vontade, e que se impõe no psiquismo como um *corpo estranho*” (BIRMAN, 2014, p. 114, itálicos do autor). A angústia é uma marca da falta da falta, de excesso de real, de uma proximidade exagerada ao objeto *a* ou, de acordo com Freud, do sinal de perigo que ameaça o Eu ao remeter ao trauma do nascimento. É justamente pelo “estranho”, como destaca Birman (2014), que o caminho de uma análise pode ser construído. É o caminho em direção ao sujeito, em sua singularidade mais radical.

O mal-estar do qual se queixa o analisante, no caso de uma angústia que escapa às palavras e ao mesmo tempo invade o corpo, pode vir a se desfazer à medida que a angústia é incluída no discurso. No entanto, acompanhamos ao longo deste trabalho que não se trata de uma simples imersão na palavra. O afeto da angústia corresponde ao nada, ao vazio, à ausência de representação. Uma proposta para o tratamento desde afeto é pela sintomatização da angústia, fazendo consistir um sintoma (LAURENT, 2007) e permitir um endereçamento ao Outro.

A via do sintoma é uma das possibilidades para o tratamento da angústia. A perversão, a formação espontânea de um sintoma (como a fobia de Hans) ou a histerização do discurso são construções que favorecem uma saída para a angústia. Reforçamos ainda que a angústia pode permanecer sem qualquer ligação, tal como vimos na formulação de Freud sobre a angústia automática – diferente da angústia como sinal, a partir da qual o trabalho analítico segue em direção ao real.

Tanto a fobia de Hans como a histerização do discurso se apresentam como a indicação da relação entre sintoma e angústia. O discurso da histérica foi uma importante referência para a implicação do sujeito no próprio desejo de saber, especialmente para entrada em análise. Formular um enigma a partir do estranhamento da própria queixa é um percurso que possibilita um manejo até mesmo do que é da angústia do analisante. O que pudemos investigar, ao longo deste trabalho, é de que maneira o sintoma pode vir a ser uma consistência de sentido para a angústia, ao que chamamos de sintomatização da angústia.

A discussão em torno do sintoma, no contexto psicanalítico, aponta que não se trata do mesmo sintoma da perspectiva psiquiátrica. Com Freud, temos o sintoma como uma formação de compromisso, satisfação pulsional pelo conflito das representações recalçadas. Desse modo, o sintoma é o produto do recalque e uma formação do inconsciente que carrega uma mensagem cifrada sobre o sujeito. Avançando nas contribuições de Freud e Lacan sobre o sintoma, destacamos o que Lacan aponta posteriormente em seu ensino a partir da amarração dos três registros: real, simbólico e imaginário.

Tomar o sintoma como uma articulação de significantes faz com que ele esteja inserido no campo dos sentidos, das ambiguidades. O enigma sobre “o que isso quer dizer?” endereçado ao Outro, o analista, mobiliza um desejo de saber sobre o próprio sujeito. Freud mesmo já indicava que os sintomas guardam sentidos diretamente vinculados à vivência do paciente (FREUD, 1917/2014b). Uma

diferença fundamental entre o sintoma do qual se ocupa os psiquiatras e o sintoma analítico é o que corresponde a sua inscrição na relação sob transferência.

Se considerarmos a questão dos fenômenos que não têm a estrutura de sintomas e estão localizados na interseção entre medicina e psicanálise, eles podem receber o estatuto de fenômenos analíticos, desde que se inscrevam presentemente em uma relação. Por meio da operação de transferência, eles podem ser transformados, traduzidos em sintomas analíticos. Mas, para isso, é preciso primeiro reconhecê-los como fora do simbólico: esta é, paradoxalmente, uma das condições para que eles possam encontrar a função de um dizer nas coordenadas de um encontro singular. (ANSERMET, 2014)

O autor nos remete ao que desenvolvemos ao longo deste trabalho. O tratamento simbólico da angústia é uma maneira de permitir uma borda ao abismo do real. Ainda que a angústia não tenha em si a apresentação de um enigma, ela aponta, por si só, para a própria constituição subjetiva. Isso significa que é um afeto de grande relevância clínica dada sua função, anunciada desde Freud, de sinalização.

O afeto da angústia tem um lugar central em nossa clínica e é um motor da análise: no dispositivo analítico, na relação sob transferência, não há o objetivo de erradicação da angústia, mas considera sê-la própria da existência e um indicador importante sobre o desejo e o gozo de cada um. Se ela for eliminada, perde-se um significativo sinalizador e até mesmo o motor do processo analítico. É a angústia que pode mobilizar a formação dos sintomas e os enigmas endereçados ao Outro, o analista. Ao mesmo tempo, a angústia corresponde ao real que escapa a qualquer interpretação: ela é o mais irreduzível do sujeito, e também o que permite um novo rumo para manejo do sofrimento psíquico a partir de uma amarração simbólica possibilitada pela sintomatização.

O ponto de fechamento deste trabalho também corresponde a uma nova possibilidade de abertura. Se o sintoma, como a fobia, é uma solução para a angústia, abre-se um novo desafio para a clínica. O sintoma fóbico pode trilhar novos percursos em uma análise, para que o tratamento não se esgote na solução da angústia. Não foi nosso objetivo investigar o manejo da angústia até um fim de análise, e a indicação de um novo estatuto do sintoma direciona outros rumos em direção ao fim de um trabalho analítico. Pontuamos que há um resíduo no sintoma que resiste à interpretação, a partir do que Lacan chamou de *sinthoma*, que convoca o sujeito a fabricar modos inéditos de se relacionar com a linguagem a partir de um certo saber fazer com seu sintoma. Este momento contextualiza o fim de uma

análise, que requer outras considerações necessárias para embasar o que foi desenvolvido mais detidamente na teoria lacaniana. Nosso enfoque para este trabalho se direcionou mais para a entrada do que para o fim de análise: a formulação do enigma do sintoma e o questionamento das certezas que levam o paciente ao consultório do analista são os contornos simbólicos que nos interessam para advir o sujeito no manejo da angústia.

Encerramos este trabalho ratificando a relação que se pode estabelecer entre sintoma e angústia, principalmente para o tratamento deste afeto na clínica contemporânea e seus imperativos de produtividade. Tanto para a teoria quanto para a clínica psicanalítica, faz-se necessário ressaltar a relação que não condiz com a da psiquiatria, na qual angústia é o equivalente a um sintoma como outros a ser eliminado, a nível do que foi classificado como um transtorno mental. O que concluímos é que, enquanto apresentações clínicas distintas, o que aproxima angústia e sintoma é que este último pode vir a ser uma via para o tratamento da angústia. A inserção na palavra favorece que o tratamento analítico possa caminhar a partir do discurso do analisante, pois o tratamento não é possível sem a amarração dos significantes. A circunscrição da angústia pelo sintoma, tal como ilustrado em Hans, aponta para a possibilidade de um manejo clínico com este afeto que não se reduz a sua mera eliminação.

A postura do analista em relação a do médico apresenta significativas diferenças, pois não inclui o dizer na lógica do sentido e das classificações dadas *a priori* nos manuais, cujo objetivo é retirar do paciente “sua condição de doente” (LACAN, 1966/2001, p. 10). Ao contrário, poderíamos considerar os efeitos *a posteriori* na clínica psicanalítica: o sujeito, furo da cadeia significante, aponta para algo da dimensão da falta, do desejo, do movimento necessário para uma articulação simbólica. Se houver “cura” à maneira de eliminação de algum fenômeno da queixa, ela advirá como consequência de um trabalho, e não como objetivo inicial do tratamento psicanalítico.

É, portanto, o motivo pelo qual falamos em *tratamento*, e não *cura*. A função do psicanalista não é fazer desaparecer o que é próprio da existência, mas possibilitar um lugar digno para a angústia, que pode servir como o motor de um trabalho analítico. Afinal, é preciso desangustiar o sujeito suficientemente para permitir sua inserção na palavra, mas não o bastante para impedir que a angústia incite mudanças (VIEIRA, 2001). Desse modo, o tratamento em análise não tem

como objetivo categorizar o que é normal ou patológico como as classificações dos transtornos mentais, mas de escutar o singular. Para valorizar a dimensão do singular em oposição ao universal, Freud nos orienta:

Não há, aqui, um conselho válido para todos; cada um tem que descobrir a sua maneira particular de ser feliz. Fatores os mais variados atuarão para influir em sua escolha. Depende de quanta satisfação real ele pode esperar do mundo exterior e de até que ponto é levado a fazer-se independente dele; e também, afinal, de quanta força ele se atribui para modificá-lo conforme seus desejos. Já neste ponto a constituição psíquica do indivíduo, à parte as circunstâncias externas, será decisiva. (FREUD, 1930/2010, p. 27-28)

Referências bibliográficas

AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM. 1 ed.* Washington D.C., 1952

_____. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM. 2 ed.* Washington D.C., 1968

_____. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM. 3 ed.* Washington D.C., 1980

_____. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM. 4 ed.* Washington D.C., 1994

_____. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed, 2014

ANDRADE, C. D. de. *Farewell*. Rio de Janeiro: Record, 1996

ANSERMET, F. Medicina e psicanálise: elogio do mal entendido. *Opção Lacaniana online nova série*, ano 5, número 13, 2014

ARAUJO, A. C.; LOTUFO NETO, F. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. *Rev. bras. ter. comport. cogn.*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 67-82, 2014

ARRIVÉ, M. *Linguística e psicanálise - Freud, Saussure, Hjelmslev, Lacan e os outros*. São Paulo: EDUSP, 2001

BARRETO, F. B.; IANNINI, G. Introdução à psicopatologia lacaniana. In: TEIXEIRA, A.; CALDAS, H. (Orgs). *Psicopatologia lacaniana*, vol. 1: semiologia. Belo Horizonte: Autêntica, 2017

BESSET, V. L. A clínica da angústia: um lugar para o sujeito. *Temas em Psicologia da SBP*, vol. 9 (2), p.137-143, 2001

BIRMAN, J. A psicopatologia na pós-modernidade: as alquimias no mal-estar da atualidade. *Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental*, 2(1), 35-49. 1999

_____. Reviravoltas na soberania. In: BIRMAN, J. *Arquivos do mal-estar e da resistência* (pp. 197-229). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006

_____. *O sujeito na contemporaneidade: espaço, dor e desalento na atualidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014

BRAUNSTEIN, N. *Gozo*. São Paulo: Escuta, 2007

BROUSSE, M. H. Por que é que ele vem? *Opção lacaniana online nova série*, ano 2, número 4, 2011

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006. (Trabalho original publicado em 1966)

CASTEL, R. *A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987. (Trabalho original publicado em 1981)

CHIABI, S. A angústia na clínica psicanalítica e na psiquiatria. *Psicanálise & Barroco em revista*, v.12, n.1, p.135-147. 2014

DARDOT, P.; LAVAL, C. *A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal*. São Paulo: Boitempo, 2016

DUNKER, C. I. L. Questões entre a psicanálise e o DSM. *J. psicanal.*, São Paulo, v. 47, n. 87, p. 79-107, 2014

EHRENBERG, A. *O culto da performance: da aventura empreendedora à depressão nervosa*. Aparecida: Ideias & Letras, 2010

EIDELSZTEIN, A. *Modelos, esquemas e grafos no ensino de Lacan*. São Paulo: Toro Editora, 2018

FINK, B. *O sujeito lacaniano: entre a linguagem e o gozo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. (Trabalho original publicado em 1995)

FREUD, S. Rascunho A. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1987. (Trabalho original publicado em 1892)

_____. Rascunho B. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1987. (Trabalho original publicado em 1893)

_____. Rascunho E. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1987. (Trabalho original publicado em 1894)

_____. Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada 'neurose de angústia. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* vol. III. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Trabalho original publicado em 1894)

_____. A interpretação dos sonhos. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. V. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Trabalho original publicado em 1900)

_____. O método psicanalítico de Freud. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1989. (Trabalho original publicado em 1904)

_____. Sobre as teorias sexuais das crianças. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, vol. IX. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Trabalho original publicado em 1908)

_____. Análise da fobia de um garoto de cinco anos ("O pequeno Hans"). In: *Obras completas*, vol. 8. São Paulo: Companhia das Letras, 2015. (Trabalho original publicado em 1909)

_____. Introdução ao narcisismo. In: *Obras completas*, vol. 14. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. (Trabalho original publicado em 1914)

_____. Conferência XVI: Psicanálise e psiquiatria. Conferências introdutórias à psicanálise. In: *Obras completas*, vol. 13. São Paulo: Companhia das Letras, 2014a. (Trabalho original publicado em 1917)

_____. Conferência XVII: O sentido dos sintomas. Conferências introdutórias à psicanálise. In: *Obras completas*, vol. 13. São Paulo: Companhia das Letras, 2014b. (Trabalho original publicado em 1917)

_____. Conferência XXIII: Os caminhos da formação de sintomas. Conferências introdutórias à psicanálise. In: *Obras completas*, vol. 13. São Paulo: Companhia das Letras, 2014c. (Trabalho original publicado em 1917)

_____. Conferência XXV: a angústia. Conferências introdutórias à psicanálise. In: *Obras completas*, vol. 13. São Paulo: Companhia das Letras, 2014d. (Trabalho original publicado em 1917)

_____. O inquietante. In: *Obras completas*, vol. 14. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. (Trabalho original publicado em 1919)

_____. Além do princípio do prazer. In: *Obras completas*, vol. 14. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. (Trabalho original publicado em 1920)

_____. Inibição, sintoma e angústia. In: *Obras Completas*, vol. 17. São Paulo: Companhia das Letras, 2014. (Trabalho original publicado em 1926)

_____. O mal estar na civilização. In: *Obras Completas*, vol. 18. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. (Trabalho original publicado em 1930)

_____. Sobre a sexualidade feminina. In: *Obras Completas*, vol. 18. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. (Trabalho original publicado em 1931)

_____. Conferência XXXII: Angústia e instintos. Novas Conferências introdutórias à psicanálise. In: *Obras Completas*, vol. 18. São Paulo: Companhia das Letras, 2010. (Trabalho original publicado em 1933)

FIGUEIREDO, A. C.; TENÓRIO, F. O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 5(1), 29-43, 2002

FOUCAULT, M. *História da loucura*. São Paulo: Editora Perspectiva, 2012. (Trabalho original publicado em 1972)

_____. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999. (Trabalho original publicado em 1976)

GAY, P. *Freud: uma vida para nosso tempo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2005. (Trabalho original publicado em 1989)

GRECO, M. Os espelhos de Lacan. *Opção Lacaniana online nova série*, ano 2, número 6, 2011

HANNS, L. A. *Dicionário comentado do alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996

HOUAISS, A. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001

JORGE, M. A. C. *Fundamentos da psicanálise: de Freud a Lacan*, v. 2: a clínica da fantasia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2010

KEHL, M. R. *Sobre ética e psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002

_____. *O tempo e o cão*. São Paulo: Boitempo, 2009

LACAN, J. *O seminário, livro 2: o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2010. (Seminário original de 1954-55)

_____. *O seminário, livro 4: a relação de objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1995. (Seminário original de 1956-57)

_____. *O seminário, livro 5: as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999. (Seminário original de 1957-58)

_____. *O seminário, livro 6: o desejo e sua interpretação*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2016. (Seminário original de 1958-59)

_____. *O Seminário, livro 8: A transferência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992. (Seminário original de 1960-61)

_____. *O seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005. (Seminário original de 1962-63)

_____. *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1988. (Seminário original de 1964)

_____. Do sujeito enfim em questão. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998a. (Trabalho original publicado em 1966)

_____. A psicanálise e seu ensino. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998b. (Trabalho original publicado em 1966)

_____. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998c. (Trabalho original publicado em 1966)

_____. Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998d. (Trabalho original publicado em 1966)

_____. *O seminário, livro 16: de um Outro ao outro*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008. (Seminário original de 1968-69)

_____. *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992. (Seminário original de 1969-70)

_____. Televisão. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003a. (Trabalho original publicado em 1973)

_____. Introdução à edição alemã de um primeiro volume dos Escritos. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003b. (Trabalho original publicado em 1973)

_____. A terceira. *Revista Opção Lacaniana*, 62, 11-36, 2011. (Trabalho original publicado em 1974)

_____. *O seminário, livro 23: o sintoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2007. (Seminário original de 1975-76)

LAIA, S.; AGUIAR, A. A. Enigma, objetivação e diluição da loucura. In: TEIXEIRA, A.; CALDAS, H. (Orgs). *Psicopatologia lacaniana*, vol. 1: semiologia. Belo Horizonte: Autêntica, 2017

LAURENT, E. *A sociedade do sintoma: a psicanálise, hoje*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2007

LEITE, S. *Angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2011

LEWIS-FERNÁNDEZ, R.; AGGARWAL, N. K. Culture and Psychiatric Diagnosis. *Adv Psychosom Med.*, 33: 15–30, 2013

LIGEIRO, V. M. *Triunfo do real: arte e psicanálise*. Tese (Doutorado em Psicanálise) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2018

MACHADO, I. D.; RAVANELLO, T. O conceito de angústia e suas relações com a linguagem. *Revista Subjetividades*, Fortaleza, 14(2): 329-342, 2014

MAIA, M. S. Angústia de vida, angústia de morte: sobre os processos de subjetivação e contemporaneidade. In: BESSET, V. L. *Angústia*. São Paulo: Escuta, 2002

MARTINHAGO, F.; CAPONI, S. Breve história das classificações em psiquiatria. *R. Inter. Interdisc. INTERthesis*, Florianópolis, v.16, n.1, p.74-91. 2019

MARTINHO, M. H. A interpretação psicanalítica: "um dizer nada". *Stylus*. Rio de Janeiro, n. 24, p. 77-84, 2012

MILLER, J-A. A psicanálise e a psiquiatria. *FALO – Revista do Campo Freudiano no Brasil*, 1, 113-124. 1987

_____. *O desejo de Lacan: seminário de Jacques-Alain Miller*. Escola Brasileira de Psicanálise do Campo Freudiano Seção Bahia, 1995. (Trabalho original pronunciado em 1991)

_____. Seminario sobre las vías de formación de los síntomas. In: *Introducción a la clínica lacaniana*. Conferencias en España. Barcelona: RBA Libros, 2018. (Seminário original de 1996)

_____. *Lacan elucidado: palestras no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997

_____. Introdução à leitura do Seminário da Angústia de Jacques Lacan. *Opção Lacaniana, Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, n.43, p.7-81. São Paulo: Eolia, 2005

MONSENY, J. A histeria, língua de base. In: *O sintoma-charlatão*. Textos reunidos pela Fundação do Campo Freudiano. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998

NASIO, J.-D. *Cinco lições sobre a teoria de Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993

PEREIRA, M. E. C. Questões preliminares para um debate entre a psicanálise e a psiquiatria no campo da psicopatologia. In: COUTO, L. F. S. *Pesquisa em psicanálise* (pp. 43-54). Belo Horizonte: Segrac. 1996

_____. Pânico e desamparo: aspectos teóricos e clínicos do manejo da situação analítica com pacientes com transtorno de pânico. *Revista Psicanálise*, v.2, n.1, p. 181-202. 2000

PEREÑA, F. Sintoma e criação. In: *O sintoma-charlatão*. Textos reunidos pela Fundação do Campo Freudiano. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998

PISETTA, M. A. A. de M. Considerações sobre as Teorias da Angústia em Freud. *Psicol. cienc. prof.*, 28 (2), 404-417. 2008

QUINET, A. A função diagnóstica da apresentação de pacientes na orientação psicanalítica. In: FIGUEIREDO, A. C. (Org.). *Psicanálise – pesquisa e clínica*. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, 2001

ROSA, M. et al. A pílula e o mito da relação sexual. In: FUENTES, M. J. S.; VERAS, M. (Orgs.) *Felicidade e sintoma: ensaios para uma psicanálise no século XXI*. Rio de Janeiro: EBP; Salvador: Corrupio, 2008

ROSA, B. P. G. D.; WINOGRAD, M. Palavras e pílulas: sobre a medicamentação do mal-estar psíquico na atualidade. *Psicologia & Sociedade*, 23 (n. spe.), 37-44. 2011

ROUDINESCO, E. *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000. (Trabalho original publicado em 1999)

SAFATLE, V.; SILVA JUNIOR, N.; DUNKER, C. *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. Belo Horizonte: Autêntica, 2021

SAFOUAN, M. *Seminário: angústia, sintoma, inibição*. Campinas: Papirus, 1989

SALVADOR, I. N.; CORDEIRO, S. N. A medicalização no referencial psicanalítico: uma revisão sistemática de literatura. *Revista subjetividades*, 20 (2). 2020

SOLER, C. *Declinaciones de la angustia*. Curso 2000-2001. Collège Clinique de Paris, 2000-01

_____. *Adventos do real: da angústia ao sintoma*. São Paulo: Aller, 2021. (Trabalho original publicado em 2016)

VIEIRA, M. A. A inquietante estranheza: do fenômeno à estrutura. *Latusa*, v. 1, n. 4/5 p. 123 – 138. Rio de Janeiro, 1999

_____. *A ética da paixão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001

_____. Como se ri da angústia? In: BESSET, V. L. *Angústia*. São Paulo: Escuta, 2002

_____. *Restos: uma introdução lacaniana ao objeto da psicanálise*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2008

VIEIRA, M. A.; BASTOS, A.; TEIXEIRA, A. Semiologia da afetividade: o afeto que se encerra na estrutura. In: TEIXEIRA, A.; CALDAS, H. (Orgs). *Psicopatologia lacaniana*, vol. 1: semiologia. Belo Horizonte: Autêntica, 2017

VIOLA, D. T. D. *A travessia da angústia: estudo psicanalítico sobre a função da angústia na formulação do objeto a*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) –

Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, 2009

ZORZANELLI, R. T.; CRUZ, M. G. A. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. *Interface (Botucatu)*. 22(66): 721-31. 2018

WINOGRAD, M. O sujeito das neurociências. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, p. 521-535. 2011

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International Classification of Disease*, 9th edition. Disponível em <http://www.centralx.com/diseases/icd273.htm>. Acesso em 28 de junho de 2021