

Angústia e Pânico: A duplicidade do discurso

Anxiety and Panic: The duplicity of the speech

Cristiane de Figueiredo Costa¹

¹Universidade Federal Fluminense. Graduação em Psicologia

RESUMO

Este trabalho tem o intuito de trazer à discussão a abordagem da Angústia na psicanálise e a nova classificação diagnóstica da psiquiatria atual: Transtorno de Pânico. Tendo como escopo, examinar a correlação entre a abordagem psicanalítica e a psiquiátrica a respeito da angústia, ressaltando a importância de cada uma delas. Para isso, foi necessário percorrer as três concepções sobre a Angústia, elaboradas por Freud e contrapor com a visão psiquiátrica de Transtorno de Pânico.

Palavras chave: **Angústia. Psicanálise. Pânico. Psiquiatria.**

ABSTRACT

This paper intentions means to establish a debate boarding the Anxiety in Psychoanalysis and the new diagnostic classification of current Psychiatry: Panic Disorder. Targets to examine the correlation between the psychoanalytical and the psychiatric approach regarding Anxiety, stating the importance of each one of them. For this, it was necessary to cover the three conceptions of Anxiety elaborated by Freud and to oppose the psychiatric vision of the Panic Disorder.

Keywords: **Anxiety. Psychoanalysis. Panic. Psychiatry.**

INTRODUÇÃO

Este trabalho visa contrapor a abordagem da angústia na psicanálise, com a nova classificação diagnóstica da psiquiatria atual chamada transtorno de pânico, introduzida em 1980 a partir da reformulação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM III). Não obstante, podemos observar, que até o referido momento, tanto a psiquiatria quanto a psicanálise utilizavam a mesma nomenclatura, estabelecida por Freud em 1894 e denominada de Neurose de Angústia.

Entretanto, com a inserção dessa nova categoria - Síndrome do Pânico - as duas áreas tomaram caminhos opostos; uma se dedicando exclusivamente ao estudo das demonstrações sintomáticas, restringindo-se a uma aplicabilidade basicamente farmacológica como forma de tratamento da angústia, enquanto a outra, no seu inverso, se preocupando e enfatizando a análise da subjetividade de cada sujeito, tendo a fala como fundamento da prática clínica.

A proposta deste trabalho é analisarmos os caminhos tomados pela psiquiatria e pela psicanálise na abordagem da questão da angústia. A partir disso, podemos pensar as divergências e convergências entre elas. Quais seriam, então, os impasses encontrados pela psicanálise quando se defronta com a classificação diagnóstica da psiquiatria? Desta forma, outra pergunta se faz necessária; seriam duas disciplinas excludentes entre si?

Pânico: uma visão da psiquiatria

Em 1980, com a reformulação do Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-III), foram introduzidas na psiquiatria as categorias de ataque de pânico e transtorno do pânico. Esses termos são encontrados no DSM IV dentro da classificação dos transtornos de ansiedade, que abrange vários outros transtornos.

Outro sistema diagnóstico de classificação contemporânea, a CID-10, também sofreu modificações. A partir deste momento, com a reinserção dos termos psiquiátricos, o conceito neurose de angústia é substituído por ataque de pânico.

Para que possamos compreender melhor a classificação psiquiátrica é importante ressaltar a diferença entre ataque de pânico e transtorno de pânico, para isso mostra-se necessário apresentar algumas definições contidas no DSM IV:

“O ataque de pânico é representado por um período distinto no qual há o início súbito de intensa apreensão, temor ou terror, freqüentemente associados com sentimentos de catástrofe iminente. Durante esses ataques, estão presentes sintomas, tais como; falta de ar, palpitações, dor ou desconforto torácico, sensação de sufocamento e medo de “ficar louco” ou de “perder o controle”.¹

A característica essencial de um Ataque de Pânico é um período de intenso medo ou desconforto, acompanhado por pelo menos quatro dos treze sintomas somáticos ou cognitivos. O ataque tem um início súbito e aumenta rapidamente, atingindo um pico em geral em 10 minutos, acompanhado por um sentimento de perigo ou catástrofe iminente. Os pacientes freqüentemente relatam um desejo urgente de fugir de onde quer que estejam.

Segundo o DSM IV, os treze sintomas somáticos ou cognitivos são: palpitações ou ritmo cardíaco acelerado, sudorese, tremores ou abalos,

¹ DSM IV, 1994, p. 375

sensações de falta de ar ou sufocamento, sensação de asfixia, dor ou desconforto torácico, náusea ou desconforto abdominal, tontura ou vertigem, desrealização ou despersonalização, medo de perder o controle ou de “enlouquecer”, medo de morrer, parestesias e calafrios ou ondas de calor.

Klein² distinguiu três padrões de ocorrência característicos dos ataques de pânico, tais como, os ataques de pânico inesperados ou espontâneos (não evocados), nos quais o início do ataque de pânico não está associado com nenhum ativador situacional; os ataques de pânico provocados por um estímulo ou ligados a situações, estes ocorrem quando há uma exposição ou antecipação a um ativador situacional (por ex. uma cobra) e os ataques de pânico predispostos, que tendem a ocorrer em certas situações mais do que em outras, pois elas aumentam a probabilidade de um ataque, mas não o provocam.

Os requisitos essenciais para que se defina o transtorno de pânico, são descritos e caracterizados pelo DSM IV (item 300.01) pela presença de ataques de pânico recorrentes e inesperados seguidos por pelo menos um mês de preocupação persistente acerca de ter um outro ataque de pânico. Esta preocupação pode ser acerca das possíveis implicações ou conseqüências dos ataques (como perder o controle, ter um ataque cardíaco ou “ficar louco”); ou uma alteração comportamental significativa relacionada a eles. Os ataques só podem ser enquadrados nesta categoria, se não forem considerados como conseqüência de efeitos fisiológicos diretos de uma substância (droga ou medicamento) ou de uma condição médica geral (como por exemplo, o hipertiroidismo).

Na CID-10, o transtorno de pânico é descrito como; “Repetidos ataques de intensa ansiedade que não se restringem à situação ou circunstância determinada, sendo, portanto, imprevisíveis. Os sintomas variam de pessoa a pessoa, mas são comuns: Palpitações, dor no peito, sensação de desfalecimento, vertigem e sentimentos de irrealidade (despersonalização ou desrealização)”³

O caminho do paciente que está sofrendo de transtorno de pânico é normalmente a emergência de um hospital geral ou uma clínica cardiológica. A porcentagem de pacientes que procuram uma ajuda médica, não psiquiátrica, até um ano após o primeiro ataque é de 80%, segundo Rangé. “À medida que outros ataques ocorrem começam a surgir a ansiedade antecipatória e a ideação sobre novos ataques, o que normalmente leva ao desenvolvimento de respostas de evitação que irão caracterizar o quadro agorafóbico. As situações clássicas de evitação agorafóbicas incluem usar meios de transporte (metrô, avião, ônibus), dirigir em trajetos com pouca possibilidade de saída ou retorno (pontes ou túneis), fazer compras, freqüentar lugares fechados e aglomerados, entre outros”⁴.

Demonstra-se também, que esses pacientes apresentam preocupações acerca das implicações ou conseqüências dos Ataques de Pânico. Alguns temem que os ataques indiquem a presença de uma doença não diagnosticada e ameaçadora à vida (por ex., cardiopatia, transtorno convulsivo). Apesar de repetidos exames e garantias médicas, eles podem permanecer temerosos e não se convencerem de que não têm uma doença ameaçadora à vida.

Os ataques são percebidos como uma indicação de que estão “ficando loucos”, perdendo o controle, ou de que são emocionalmente fracos. Alguns indivíduos com Ataques de Pânico recorrentes mudam significativamente seu

² apud Range, 2001, p.376

³ OMS apud Rangé, 2001, p.149

⁴ Rangé, 2001, p.150

comportamento (por ex. demitem-se do emprego) em resposta aos ataques, mas negam o medo de terem um outro ataque ou preocupações acerca das conseqüências destes. As preocupações acerca do próximo ataque ou suas implicações freqüentemente estão associadas com o desenvolvimento de um comportamento de esquiva que pode satisfazer os critérios para Agorafobia, diagnosticando-se, neste caso, um Transtorno de Pânico Com Agorafobia.

De acordo com estudos realizados pela psiquiatria, mais especificamente pelos especialistas Regier e Wittchen⁵, estima-se que a prevalência ao longo da vida, do transtorno de pânico situa-se entre 1,5 % a 2,5 % da população geral. Podendo a agorafobia variar de 5,5 % a 12,5 %.

Myers⁶ demonstrou que a distribuição por sexo do transtorno de pânico com agorafobia é de aproximadamente quatro mulheres para cada homem. Ao passo que sem agorafobia a razão é de 1,3 mulheres para 1 homem.

Considerando a idade dos pacientes que apresentam transtorno do pânico, observou-se uma maior ocorrência do primeiro ataque, normalmente, em pacientes que se encontram entre o final da adolescência e os 30 anos. Destacando que apenas um pequeno número de casos pode começar na infância ou após os 45 anos de idade.

Alguns indivíduos podem ter surtos episódicos com anos de remissão neste intervalo, e outros podem ter uma sintomatologia severa contínua. Embora a Agorafobia possa desenvolver-se a qualquer momento, seu início geralmente se situa dentro do primeiro ano da ocorrência de Ataques de Pânico recorrentes.

Torgensem⁷ demonstrou que a história familiar parece exercer um fator de risco para o desenvolvimento do transtorno de pânico. Ele notou que até 35% dos parentes de primeiro grau de pacientes com transtorno de pânico sofrem do mesmo problema. Em gêmeos monozigotos constatou-se que a porcentagem é de 31%.

Rangé destaca a importância de observarmos que os sintomas de pânico podem ser confundidos com algumas doenças físicas como labirintite, hipoglicemias e hipertiroidismo, nas quais as pessoas se queixam de ansiedade, taquicardia, palpitações, sudorese, dispnéia. Um ataque de pânico também ser disparado durante o uso de alguma substância psicoativas (maconha, cocaína, alucinógenos) ou na abstinência de depressores do sistema nervoso central (álcool, benzodiazepínicos).

Muitos estudiosos, como Bueno e Nardi, analisaram a indução de ataque de pânico por substâncias variadas. Eles observaram que foi possível reproduzir em laboratório ataques de pânico similares àqueles descritos pelos pacientes que sofrem deste transtorno, por meio de medicamentos ou outros agentes como o Lactato, CO², Beta-carbolinas, entre outros. A administração de Lactato de Sódio ou de 5 % de CO² precipita o ataque de pânico em até 75% dos pacientes com história de ataque de pânico, enquanto em pessoas normais os efeitos são praticamente nulos.

È legítimo, entretanto, associarmos a angústia, afeto que atravessa os séculos, a algo específico de nosso tempo?

Os ataques de pânico, tais como descritos pelo DSM III no contexto da categoria de "transtorno de Pânico", eram concebidos fundamentalmente como

⁵ Apud Rangé, 2001, p.151

⁶ ibidem. p.151

⁷ ibidem. p.151

uma manifestação sintomática direta de uma disfunção neurobiológica, de caráter provavelmente genético. Toda a consideração sobre a subjetividade daquele que padece de tais sintomas deveria ser situada como secundária para explicar a origem dessas crises, e as abordagens psicoterapêuticas, de qualquer natureza, só seriam justificáveis após o controle farmacológico dos ataques.

Essa concepção teve difusão mundial, com grande destaque na imprensa leiga, conduzindo à expectativa de que se poderiam abordar as crises de angústia de uma pessoa sem colocar em questão sua própria subjetividade. Contudo, a experiência clínica nos demonstra que o tratamento preconizado - exclusivamente medicamentoso - não é satisfatório.

Perguntamos, então, se o transtorno de pânico pode ser reduzido ao estatuto de uma alteração de caráter biológico, geneticamente transmissível, sem que a subjetividade, a história ou a cultura desempenhe qualquer papel relevante nesse fato? Será ainda possível imaginar que o sujeito, que está sofrendo terríveis ataques de angústia, nada tem a ver com isso, a não ser pelo fato de seu corpo ser a sede inocente dessa anomalia neuroquímica?

Esses questionamentos nos conduzem para uma observação mais aprofundada a respeito da angústia. É necessário que se considere, antes de tudo, a subjetividade. Entretanto, isto não significa excluir a abordagem psiquiátrica da discussão, mas simplesmente reconsiderarmos que esta definição do pânico não é suficiente para encaminharmos uma abordagem clínica satisfatória. Portanto, retornaremos para 1892, momento em que Freud iniciou seu estudo a respeito da neurose de angústia.

A partir de um caso retirado do livro “psicopatologia dos ataques de pânico”, podemos notar a descrição, segunda a paciente Claudia, do que seria um primeiro ataque de pânico:

"De repente, um belo dia, sem mais nem menos, me aconteceu uma coisa estranha, uma espécie de alarme, e eu tive a impressão muito nítida de que ia morrer e fiquei paralisada. Eu não conseguia me mexer de nenhuma forma"⁸.

Claudia não conseguia mais sair de casa, pois achava que a qualquer momento podia ser acometida por um novo ataque. Ao descrever o que sente, ela relata experimentar uma angústia intensa, quase “insuportável”, acompanhada de vertigem, sudorese, taquicardia, dor torácica, sufocação, medo de enlouquecer e até de morrer. Sente também quadros de despersonalização, desrealização, fadiga, fraqueza nas pernas e calafrios.

Angústia na Psicanálise

Falar do modelo psicanalítico de Neurose de angústia implica não apenas em descrever a evolução teórica dessa entidade em si, mas principalmente, em discutir a utilização e a evolução do conceito de angústia.

Freud utiliza em seus artigos, com frequência, os termos: Angst, Furcht e Schreck. Esses três termos embora usados como sinônimos na linguagem

⁸ Pereira, 2003, p. 176

cotidiana, **se** diferem claramente, no que diz respeito a sua relação com o perigo. Como podemos ver a seguir:

Angst tem relação com Eng que designa estreito, restrito, apertado. Angst é a angústia frente à espera de um perigo, estado no qual o objeto não é levado em consideração.

Furcht denota um objeto específico frente ao qual se tem medo. Este chama a atenção especificamente para sua relação com o objeto.

Shreck significa susto, temor, horror e enfatiza o efeito produzido por um perigo com o qual a pessoa se defronta sem qualquer estado de preparação para a angústia.

"A tradução adotada, ao longo de toda Edição Standart Brasileira, para a palavra anxiety é angústia, reservando-se ansiedade para reproduzir o inglês *anxiouness*"⁹. Entretanto, em alemão, Freud utilizou o termo angst, que para nosso entendimento é melhor traduzido por angústia. Doravante, tanto ansiedade quanto angústia se referem ao mesmo sentimento asfixiante comum que caracteriza as formas graves do estado psicológico em questão.

Primeira Concepção

Para compreendermos com exatidão a concepção de neurose de angústia, precisamos percorrer, desde o início, os escritos de Freud. Ele começa a estudar a origem da angústia e sua relação com a excitação e a libido em 1893, como está registrado em suas correspondências a Fliess.

"(...) o problema da angústia é um ponto nodal para o qual convergem as mais diversas e importantes questões, um enigma cuja solução deverá inundar de luz toda nossa existência mental"¹⁰

No primeiro volume das obras completas de Sigmund Freud, podemos encontrar no "rascunho A", o que seria a primeira definição das neuroses – compreendida por Freud, nessa época, pela neurastenia e pela neurose de angústia. Freud escreve este artigo de modo muito condensado, quase telegráfico, expondo um "projeto" de pesquisa visando demonstrar a etiologia da neurastenia e da neurose de angústia.

A neurastenia é descrita como um distúrbio da função sexual ou neurose sexual (impotência), isto é, consequência freqüente da vida sexual anormal. Freud ressalta que esta parece ser adquirida na puberdade, através do ato masturbatório.

Nas mulheres a neurastenia só é encontrada se for em decorrência da neurastenia do homem (marido) que tem como característica: diminuição da autoconfiança, expectativa pessimista e idéias aflitivas. Nesse primeiro momento, a neurose de angústia é entendida como consequência da inibição da função sexual.

Ele buscava explicações fisiológicas para seus conceitos e começou a ter como foco

a vida sexual a de seus pacientes neurastênicos que o permitia verificar a presença de irregularidades da função sexual. Posteriormente, mostrou-se necessário delimitar, mais precisamente, um quadro que se apresentava na

⁹ Freud, 1894, p.118

¹⁰ Freud, 1917, p. 458

neurastenia e que tinha como característica principal manifestação intensa de angústia. Esta nova patologia era a neurose de angústia.

No “rascunho B”, Freud define com mais detalhes a neurose de angústia, separando-a em duas formas de apresentação: estado crônico e ataque de angústia. A primeira forma é mais comum em homens neurastênicos. Os sintomas crônicos relacionados à angústia são: em relação ao corpo; ao funcionamento do corpo e com as decisões e memória. A segunda forma não ocorre sem sintomas crônicos, e são mais comuns nas formas ligadas à histeria, isto é, em mulheres.

Os casos mais puros de neurose de angústia são encontrados em indivíduos jovens e sexualmente potentes. Porém os sintomas de angústia ocorrem, ao mesmo tempo, que os sintomas de neurastenia, histeria, obsessões e melancolia, determinando as neuroses mistas nas quais podemos ressaltar uma multiplicidade de fatores etiológicos.

A neurose de angústia e a neurastenia partilham uma característica essencial: A fonte da excitação, a causa precipitante do distúrbio, reside no campo somático e não no psíquico. Há, porém, uma antítese entre os sintomas da neurose de angústia e neurastenia: um é o acúmulo de excitação e o outro empobrecimento de excitação.

Freud exemplifica, a seguir, a neurose de angústia com um dos seus casos:

“Um homem de 42 anos, com três filhos. Esteve bem até a morte de seu pai, quando teve um súbito ataque de angústia com palpitações, temores hipocondríacos de câncer de língua. Vários meses depois, teve um segundo ataque com cianose, pulso intermitente, medo de morrer, etc. A partir de então apresenta fraqueza, vertigem, agorafobia, alguma dispepsia. Este é um caso de neurose de angústia pura, contudo o coito interrompido foi aparentemente bem tolerado durante dez anos.” (Freud, 1892, p. 230)

Freud observa que a angústia de seus pacientes estava intimamente relacionada com

a sexualidade, pois das diversas formas de manifestação da angústia todas relacionavam-se de alguma forma à uma abstinência sexual, seja por não haver um coito satisfatório, seja por abstinência voluntária, ejaculação precoce, coito interrompido ou por uma excitação não consumada. A substituição do coito interrompido por uma relação sexual normal tem o efeito de eliminar a angústia impossibilitando seu retorno, caso a neurose não tenha se estabelecido.

Por este viés, ele determina que não deve ser buscada na esfera psíquica a origem da angústia. Trata-se, portanto, de uma questão de acumulação da tensão sexual física de excitação (endógena).

“A acumulação ocorre como consequência de ter sido evitada a descarga. Assim a neurose de angústia é uma neurose de represamento, como a histeria (...). E visto que

absolutamente nenhuma angústia está contida no que é acumulado, a situação se define dizendo-se que a angústia surge por transformação a partir da tensão sexual acumulada.” (Freud, 1894, p.237)

Freud vai estudar, o porquê dessa acumulação se reverter em angústia, ressaltando que há uma tendência do aparelho psíquico em se manter constante utilizando, para isso, o sistema de descarga e de defesa. Neste caso, a tensão física aumenta até um ponto que desperta um afeto psíquico, porém essa tensão não pode ser elaborada psiquicamente e, por isso, é transformada em angústia como uma defesa do aparelho psíquico no intuito de diminuir a tensão interna e mantê-la constante de acordo com o princípio de constância.

Em 1894, em seu texto “Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada neurose de angústia”, Freud vai enfatizar que a neurose de angústia apresenta uma etiologia e mecanismos próprios, o que vai resultar numa diferenciação da neurastenia genuína. Aqui todos os componentes são agrupados em torno do sintoma principal: A angústia. A neurose de angústia passa a ser uma entidade clínica que pode ser dividida; em uma forma rudimentar (isolada) ou em uma forma totalmente desenvolvida (combinada com outras neuroses).

O quadro clínico da neurose de angústia, segundo as descrições de Freud de 1894, abrange os seguintes sintomas: Irritabilidade geral, expectativa angustiada (acreditar que algo muito ruim vai acontecer, não havendo, qualquer fundamento específico para isso), ataque de angústia acompanhado de interpretações de extinção da vida e ameaça de enlouquecer ou acompanhado de parestesias como: distúrbios respiratórios, distúrbios da atividade cardíaca (arritmia, palpitações, taquicardia), inundações de suor, tremores e calafrios, diarreia vertigem ou tonteira, pavor noturno, fobias (medos de cobras, tempestades, escuridão, verme, entre outros), distúrbio das atividades digestivas como vômito, náusea e fome devoradora e sintomas crônicos.

Freud parte do ponto de que há um acúmulo de excitação, de origem somática e sexual acompanhada por um decréscimo acentuado da libido sexual, isto é, da participação psíquica nos processos sexuais. Passa a existir, nesse momento, um estado psíquico de tensão libidinal que traz em si uma necessidade de eliminar essa tensão, que só é possível por meio de uma ação específica e adequada. Esta é, para ele, a causa da neurose de angústia não podendo atribuir-lhe nenhuma causa psíquica, visto que é consequência da insatisfação sexual por conta da prática do coito interrompido.

“A neurose de angústia, por outro lado, é produto de todos os fatores que impedem a excitação sexual somática de ser psiquicamente elaborada”¹¹. E isto, só ocorre porque os grupos de representações, aos quais a excitação sexual somática deveria ligar-se ainda não estão suficientemente desenvolvidos.

“A psique é invadida pelo afeto de angústia quando se sente incapaz de lidar, por meio de uma reação apropriada, com uma tarefa (um perigo) vinda de fora; e fica

¹¹ Freud, 1895, p.110

presa a uma neurose de angústia quando se percebe incapaz de equilibrar a excitação (sexual) vinda de dentro – em outras palavras, ela se comporta como se estivesse projetando tal excitação para fora”. (Freud, 1895, p. 112)

O afeto é uma reação a uma excitação exógena que age num único impacto contra uma fonte análoga de excitação que é externa. Na neurose, o sistema nervoso reage a uma fonte de excitação que é interna. Esta é uma reação à excitação endógena análoga, que atua como uma força constante.
Segunda Conceção

Em 1915, Freud define o recalque como uma força originária do ego que age sobre a pulsão – causadora de desprazer ao aparelho psíquico – para torná-la inócua. O recalque age na tentativa de afastar do consciente algo desprazeroso. Ele incide sobre dois elementos da pulsão: A idéia e o afeto (quantidade de energia pulsional). Porém o conteúdo recalcado não é eliminado e, por isso, tenta retornar a consciência. Esta é a característica de mobilidade do recalque.

O segundo momento do processo de recalque é definido por Freud pela tentativa do aparelho psíquico de conter o surgimento da angústia, impedindo que a idéia recalcada chegue ao consciente causando angústia.

Em 1917, na “conferência XXV: A Angústia”, Freud define a angústia como sendo comum a todos os Seres Humanos, um sintoma do qual todos os neuróticos se queixam e descrevem como sendo seu pior sofrimento, que atinge enorme intensidade e proporção, podendo resultar nas atitudes mais loucas.

Neste artigo, Freud vai separar duas formas de angústia: A angústia realística e a angústia neurótica. A primeira é racional e inteligível. É uma reação à percepção de um perigo externo, de um dano que é esperado e previsto. Há aqui, um reflexo de fuga, sob a forma de manifestação da pulsão de auto-preservação. O estado de preparação para o perigo ou para a angústia aumenta a atenção sensorial e a tensão motora.

“Se a angústia for excessivamente grande ela se revela inadequada no mais alto grau, pois paralisa toda ação, inclusive a fuga. A reação de perigo consiste numa mistura de afeto de angústia e de ação defensiva, por ex. um animal aterrorizado, sente medo e foge. A parte adequada do processo é a fuga e não o estar com medo”. (Freud, 1917, p. 460)

Na angústia neurótica, o perigo desempenha um papel mínimo ou nulo. Freud considera três formas significativas de apresentação, tais como:

Uma apreensão generalizada ou angústia expectante, onde a angústia livremente flutuante está pronta para se ligar a alguma idéia que seja de algum modo apropriado a esse fim. As pessoas atormentadas por este tipo de angústia

sempre prevêem as possibilidades mais terríveis, interpretam qualquer evento como presságio do mal.

A angústia expectante depende de determinados acontecimentos da vida sexual, ou seja, de certos empregos da libido. Por exemplo: Pessoas que se expõem a uma excitação não consumada (excitações sexuais) e não encontram descarga suficiente e satisfatória. Neste caso, a excitação libidinal desaparece e a angústia surge em seu lugar, podendo ser na forma de angústia expectante ou ataques e equivalentes de angústia. A neurose de angústia desaparece quando a irregularidade sexual se interrompe. "Não é possível discernir como a angústia surge da libido, apenas podemos reconhecer que a libido está ausente e que a angústia está em seu lugar"¹²

Uma outra apresentação é a histeria de angústia que está psicologicamente ligada e vinculada a determinados objetos e situações. Ela se apresenta de forma extremamente avassaladora, multiforme e estranha, porém o que nos parece estranho não é tanto o seu conteúdo, mas sim a sua intensidade. Como exemplo pode-se destacar: a escuridão, aranhas, multidões, viagem de navio, entre outros.

O terceiro modo de angústia neurótica é aquele que aparece na histeria e que se caracteriza pelo fato da conexão entre perigo e angústia fugir completamente à nossa compreensão. E se define pelo surgimento da angústia em alguma situação fortuita de excitação, em que não era esperada a manifestação da angústia. Nesta não há nenhum sinal de perigo ou alguma causa que possa ser relacionada a um perigo. Freud ressalta que um estado de angústia é passível de fracionamento, podendo ser representado por um sintoma intensamente desenvolvido como: tremor, palpitação, vertigem ou por dispnéia.

Na angústia neurótica, o ego, numa medida protetora, faz uma tentativa de fuga das exigências feita por sua libido, tratando um perigo interno como se fosse um perigo externo. Também entendemos que a angústia neurótica pode propiciar a formação de sintoma como uma das saídas possíveis.

Após definir e diferenciar a angústia realística e angústia neurótica, Freud se questiona se é possível correlacioná-las. Embora a primeira seja uma reação ao perigo e na segunda o perigo seja mínimo ou nulo, sua hipótese é que "onde existe angústia, deve haver algo que se teme"¹³. Para esclarecer esta questão, Freud empreende então uma investigação ainda mais aprofundada sobre a angústia neurótica em suas relações com a libido, com a histeria e com os atos obsessivos.

A formação de sintomas é observada, mais claramente, em pacientes obsessivos. Estes parecem isentos de angústia, porém "se tentarmos impedir-lhe a execução de seu ato obsessivo - o ato de lavar-se ou o ritual, ou se ele próprios arriscam-se a uma tentativa de abandonar uma de suas compulsões, vêm-se compelidos pela mais terrível angústia a submeter-se à compulsão. Podemos ver que a angústia estava encoberta pelo ato obsessivo e que este só foi executado com o fito de evitar a angústia"¹⁴.

Na histeria, a angústia aparece freqüentemente junto com os sintomas. Após a incidência do recalque, o afeto é substituído pela angústia.

Freud analisa nas fobias duas fases do processo neurótico: na primeira, a libido recalçada é transformada em angústia que é vinculada a um perigo externo.

¹² Freud, 1917, p.470

¹³ Ibidem, p. 468

¹⁴ Ibidem, p 471

Na segunda fase, observa-se uma necessidade de se tomar todas as precauções e garantias para se evitar contato com esse perigo externo. O recalque corresponde a uma tentativa do ego de fugir da libido sentida como um perigo.

“A fragilidade do sistema defensivo nas fobias reside no fato de a fortaleza permanecer tão vulnerável a um ataque vindo de dentro”¹⁵. Muitos desses objetos de angústia só podem estabelecer sua conexão com o perigo por meio de uma ligação simbólica.

O resultado do processo de recalque é a geração da angústia pura e simples (fobias) ou a angústia acompanhada pela formação de um sintoma (histeria) ou a formação mais completa de um sintoma sem angústia (atos obsessivos). Freud afirma, a partir dessas observações, que os sintomas são formados para evitar o surgimento da angústia que de outro modo seria inevitável.

Freud assinala que a vivência original que, no caso do afeto da angústia se repete, é o ato do nascimento - mais especificamente a partir da separação da mãe - quando ocorre a combinação das sensações desprazíveis, impulsos de descarga e sensações corporais, os quais tornaram-se o protótipo dos efeitos de um perigo mortal que, desde então, tem sido repetido por nós como um estado de angústia.

Notamos aqui, nessa sua segunda teoria da angústia, que uma das questões principais reside no fato de uma impossibilidade de descarga, na medida em que o recalque impede à satisfação das exigências pulsionais.

Em resumo, Freud considera que no caso das "neuroses atuais" a angústia surge a partir da limitação da vida sexual do sujeito, a qual transforma a libido não vinculada e não empregada em angústia. Já nas psiconeuroses, ele atribui a origem da angústia ao processo de recalque, no qual qualquer afeto que sofre sua ação transforma-se em angústia, isto explica porque a angústia acompanha os sintomas fóbicos, histéricos, e obsessivos.

Terceira concepção de angústia

Em 1926, Freud enfatiza, em seu artigo “Inibição, Sintoma e Angústia”, a diferença entre sintomas e inibição, considerando a inibição como consequência da angústia.

Sintoma é aqui definido como um sinal e um substituto de uma satisfação pulsional que permaneceu em estado jacente. É uma consequência do processo de recalque. O recalque se processa a partir do ego, quando este se recusa a associar-se com uma catexia pulsional que foi provocada no id (exclusão a partir da consciência). O impulso pulsional que fora ativado no id - e que provocava satisfação - foi transformado em desprazer.

Qual seria a relação entre sintoma e angústia? Freud vai abordar esta questão dizendo que a angústia é um sintoma da neurose. Entretanto os sintomas só se formam a fim de evitar a angústia, pois reúnem a energia psíquica que de outra forma seria descarregada como angústia (este seria o fenômeno fundamental e principal problema da neurose).

Inibição é descrita por restrições das funções do ego que foram impostas como medidas de precaução ou acarretadas como resultado de um empobrecimento de energia. Esta pode ser também um sintoma, isto é, redução de função.

¹⁵ Ibidem, p. 478

Existem inibições sob a forma de autopunição, na qual não se permite ao ego levar a efeito “suas atividades”, porque trariam êxito e lucro, e isso é o que o severo superego proibiu. Assim o ego desiste também delas a fim de evitar entrar em conflito com o superego.

Continuando sua investigação pelas vias das fobias, da histeria e da neurose obsessiva, Freud desvenda que o que é temido nessas neuroses é a angústia de castração decorrente do processo de dissolução do complexo de Édipo. Ele ressalta que esse temor à castração se mostra bastante evidente na análise das fobias, porém na histeria e na neurose obsessiva se desdobra, respectivamente, em temor de perder o amor do objeto e medo do superego.

Observando o caso do pequeno Hans, Freud concluiu que o inexplicável medo de cavalos era um sintoma e sua incapacidade de sair à rua uma inibição, uma restrição que o ego impusera a si mesmo a fim de não despertar o sintoma de angústia. O que transformou sua reação emocional em uma neurose foi o deslocamento, a substituição do pai por um cavalo.

A angústia era um medo de castração, era um medo realístico, medo de algo iminente ou que se julgava real. A angústia sentida em fobias à animais é o medo da castração do ego, enquanto que a angústia sentida na agorafobia parece ser um medo de tentação sexual -um medo que deve estar vinculado em suas origens ao medo de castração. A angústia que pertence às fobias é concional: ela só aparece quando o objeto dela é percebido, neste caso o ego é capaz de fugir à angústia por meio da evitação ou de sintomas inibitórios.

“Uma fobia geralmente se estabelece após um primeiro ataque de angústia ter sido experimentado em circunstâncias específicas, tais como na rua, em um trem ou em solidão. A partir desse ponto a angústia é mantida em interdição pela fobia, mas ressurgue sempre que a condição não pode ser realizada. O mecanismo da fobia presta bons serviços como meio de defesa e tende a ser muito estável. Uma continuação da luta defensiva, sob a forma de uma luta contra o sintoma, ocorre com freqüência mas não invariavelmente.” (Freud, 1926, p. 127)

Para exemplificar o que ocorre na fobia, citaremos um caso de Freud de um paciente agorafóbico que pode ser capaz de caminhar na rua contanto que esteja acompanhado, como uma criancinha, por alguém que ele conhece e em quem confia; ou, pelo mesmo motivo, poderá sair sozinho desde que permaneça perto de sua própria casa e não vá a lugares que não lhe sejam familiares ou onde as pessoas não o conheçam.

Na neurose obsessiva, a formação de sintomas ulteriores é claramente o medo que o ego tem de seu superego. A situação de perigo da qual o ego deve fugir é a hostilidade do superego. Não há projeção, o perigo está inteiramente internalizado. Freud considera que o castigo imposto pelo superego deva ser uma extensão do castigo de castração.

Freud desenvolve suas considerações de que “o ego é a sede real da angústia”¹⁶ e que ele é o responsável por ativar o sinal de desprazer. Freud, neste momento, abandona o ponto de vista anterior de que a energia catexial do impulso recalado é automaticamente transformada em angústia. Nesta terceira concepção, ele sustenta a teoria de que a angústia não é criada a partir do recalque, mas ao contrário, é ela que produz o recalque e que o põe em movimento. Ela jamais surge da libido recalada. A angústia é reproduzida como um estado afetivo em conformidade com uma imagem mnêmica já existente e como tal só pode ser sentido pelo ego.

Freud reconsidera, aqui, o ato do nascimento como a primeira experiência de angústia do indivíduo e as situações posteriores como uma reprodução desta situação do nascimento. Entretanto, parece fundamental fazer uma ressalva: não é o nascimento em si que é traumático, mas sim a separação da mãe que ocorre neste momento, e que consiste no objeto da angústia:

“(...) esse primeiro estado de angústia surgiu quando da separação da mãe. (...) Estamos convencidos de que a tendência a repetir o primeiro estado de angústia foi tão firmemente incorporada no organismo, através de incontáveis séries de gerações, que um único indivíduo não pode escapar do afeto de angústia” (Freud, 1917, p.398)

Enfatizando o papel desempenhado pela angústia, Freud cita que logo que o ego reconhece o perigo da castração, ele dá o sinal de angústia e inibe através da instância do prazer-desprazer o iminente processo catexial no id.

Essa angústia não difere da angústia realística que o ego normalmente sente em situações de perigo. Só difere em um ponto: seu conteúdo permanece inconsciente e apenas se torna consciente sob a forma de uma distorção.

A angústia é uma reação a uma situação de perigo (castração ou algo remontável à). Ela é remediada pelo ego que faz algo a fim de evitar ou afastar-se dessa situação. Pode-se dizer que elas se criam, de modo a evitar a geração de angústia ou criam sintomas com o objetivo de evitar uma situação de perigo cuja presença foi assinalada pela geração de angústia.

Freud inclina-se sobre o ponto de vista de que o medo da morte deva ser considerado como análogo ao medo de castração e que a situação a qual o ego está reagindo é de ser abandonado pelo superego protetor, de modo que ele não dispõe mais de qualquer salvaguarda contra todos os perigos que o cercam. A angústia considerada até aqui, como um sinal de perigo, passa a ser vista como uma reação a uma perda, uma separação.

“O essencial do nascimento, assim como em toda situação de perigo, é que ele imprime à experiência mental um estado de excitação marcadamente intenso, que é sentida como desprazer e que não é possível dominar malogram, chamemo-lo de momento traumático” (Freud, 1932, p.96)

¹⁶ Ibidem, p.138

Para nos situarmos a respeito da teoria da angústia, é importante salientar que a angústia é um estado afetivo. Como um sentimento, ela tem um caráter muito acentuado de desprazer. Mas nem todo desprazer pode ser chamado de angústia, pois há outros sentimentos (tensão, dor, luto) que tem esse mesmo caráter. Um estado de angústia é a reprodução de alguma experiência que encerrava as condições necessárias para tal aumento de excitação e uma descarga por trilhas específicas, e que a partir dessa circunstância o desprazer da angústia recebe seu caráter específico. A angústia se acha baseada em um aumento da excitação que, por um lado, produz o caráter de desprazer e por outro, encontra alívio através dos atos de descarga.

Além disso, Freud observa que a angústia vem acompanhada de sensações físicas mais ou menos definidas que podem ser referidas a órgãos específicos do corpo. Os mais freqüentes são os ligados aos órgãos respiratórios e ao coração. Eles proporcionam provas de que as inervações motoras (processos de descarga) desempenham seu papel no fenômeno geral da angústia.

Em 1932, Freud afirma não ser mais possível sustentar a hipótese da libido ser transformada em angústia. Tais considerações levaram-no a postular desde 1926, a dupla origem da angústia: uma como consequência direta do momento traumático (angústia automática). E a outra, como sinal que ameaça com uma repetição de tal momento (angústia sinal). Ambas, porém estão relacionadas à questão do trauma, “que é caracterizado por um afluxo de excitações que é excessivo em relação à tolerância do sujeito e a sua capacidade de dominar e de elaborar psicicamente essas excitações”¹⁷.

A angústia automática ocorre quando uma circunstância análoga ao trauma do nascimento surge no id causando uma reação de irrupção de angústia. Ela é consequência direta do momento traumático e ocorre de uma maneira inadequada, isto é, em uma nova situação de perigo.

Na angústia sinal o que é temido é a repetição de tal momento, é a ocorrência de um trauma ou a desorganização psíquica que este acarreta. Podemos dizer que ela ocorre de uma maneira conveniente, isto é, a angústia aparece com o objetivo de dar um sinal e impedir que tal situação ocorra novamente.

“Muitas vezes acontece ocorrer ou começar a ocorrer processos no id que fazem com que o ego produza angústia. Na realidade, é provável que os primeiros recalques, bem como a maioria dos ulteriores, sejam motivados por uma angústia do ego dessa classe no tocante a processos específicos no id. Aqui estamos mais uma vez fazendo uma distinção correta entre dois casos: o caso no qual ocorre algo no id que ativa uma das situações de perigo para o ego e que o induz a emitir o sinal de angústia para que a inibição se processe, e o caso no qual uma situação análoga ao trauma do nascimento de estabelece no id, seguindo-se uma reação automática da angústia. (...) O segundo caso é atuante na etiologia das neuroses atuais, ao passo que o primeiro

¹⁷ Freud apud Latusa, 2000, p 61

permanece típico para o das psiconeuroses". (Freud apud Latusa, 2000, p 63)

Freud ressalta que cada período da vida do sujeito tem seu determinante apropriado de angústia. Portanto, à medida que o ego se desenvolve, as situações de perigo mais antigas tendem a perder sua força e a ser postas de lado.

“O perigo de desamparo psíquico é apropriado ao perigo de vida quando o ego do indivíduo é imaturo; o perigo da perda do objeto, até a primeira infância, quando ele ainda se acha na dependência de outros; o perigo de castração, até a fase fálica; e o medo de seu superego; até o período de latência. Não obstante, todas essas situações de perigo e determinantes de angústia podem persistir lado a lado e fazer com que o ego a elas reaja com angústia num período ulterior apropriado”. (Freud, 1926, p. 140)

Aqui a angústia aparece como uma reação à perda sentida do objeto. A angústia de castração constitui o medo de sermos separados de um objeto altamente valioso e de que a mais antiga angústia ocorre por ocasião de uma separação da mãe.

Neste caso, as quantidades de estímulo se elevam a um grau desagradável sem que possam ser descarregadas. A angústia é um produto do desamparo mental da criança, o qual é um símile natural de seu desamparo biológico.

O que o ego considera como sendo o perigo e ao qual reage com um sinal de angústia consiste em o superego dever estar com raiva dele, puni-lo ou deixar de amá-lo. A transformação final pela qual passa o medo do superego é o medo da morte (ou medo pela vida) que é um medo do superego projetado nos poderes do destino.

Embora antigamente Freud acreditasse que a angústia surgisse automaticamente por um processo econômico, a presente concepção vem afirmar que a angústia é um sinal emitido pelo ego a fim de tornar efetiva a instância do prazer-desprazer.

Portanto, os sintomas são criados a fim de remover o ego de uma situação de perigo. Se impedirmos a formação do sintoma, o perigo de fato se concretiza, isto é, uma situação análoga ao nascimento se estabelece, na qual o ego fica desamparado em face de uma exigência pulsional constantemente crescente.

“No caso do neurótico, embora todas as instâncias para dominação dos estímulos já estejam amplamente desenvolvidas em seu aparelho mental e ele já possa satisfazer a maior parte de suas necessidades e saiba que a castração não é mais aplicada como castigo, apesar de tudo, ele se comporta como se as antigas situações de perigo ainda

existissem e se apegava a todos os antigos determinantes de angústia” (Latusa, 2000, p.65)

Por outro lado, Freud aponta para o fato de que todos os sujeitos têm um limite além do qual seu aparelho falha, em sua função de dominar as quantidades de excitação que precisam ser eliminadas. Isso indica, portanto, que não há possibilidade alguma de uma proteção absoluta contra o retorno da situação de angústia traumática original.

Angústia e Pânico

Durante um longo período de tempo, tanto a psiquiatria quanto a psicanálise abordaram a questão da angústia sobre a mesma nomenclatura: Neurose de Angústia. Este termo constava no sistema nosográfico de classificação internacional das doenças da OMS (CID-9), até 1980, quando o DSM III introduziu mudanças, nessa nomenclatura, com a categoria transtorno de pânico. Esta categoria consistiu em um novo recorte de fatos clínicos até então reunidos e conhecidos pela psiquiatria sob a denominação Freudiana de neurose de angústia.

Analisando a sintomatologia da neurose de angústia, observa-se que ela não parece ter sofrido qualquer alteração na atualidade, apesar das diferentes denominações contemporâneas dos sintomas que são endereçados aos psicanalistas para decifração. Porém, quando pensamos a questão do tratamento a ser dado a esse sintoma, na prática clínica, podemos dizer que há sim variabilidades, pois vai depender, fundamentalmente, de quem o decifra. E neste caso, pode ser o psiquiatra ou o psicanalista.

As concepções sobre angústia encontraram novos fundamentos na psiquiatria com a categoria: Pânico. E não podemos deixar de ressaltar que a invenção desse novo diagnóstico se deu a partir de observações clínico-experimental, do psiquiatra Donald Klein¹⁸, com a utilização da Imipramina, denominado posteriormente como uma medicação de ação específica anti-pânico.

Devemos, também salientar que, na clínica psiquiátrica, o diagnóstico de transtorno de pânico só é confirmado a partir do momento que a natureza da angústia se mostre incompreensível para o sujeito. Portanto, durante a descrição desses sintomas, a intensidade do fenômeno da angústia freqüentemente não é abordada nos ditos da queixa do paciente, há apenas uma breve alusão a um pequeno e vago mal-estar.

Esse novo recorte dos quadros clínicos centrados na produção da angústia nos remete a uma prática de tratamento, exclusivamente a base de medicamentos que depois de administrados retirarão de cena a angústia. E para alguns psiquiatras, certos medicamentos, eficazes no controle farmacológico desses ataques são vistos como a resposta definitiva da ciência a este “mal moderno”. Acreditam que a utilização dos fármacos, para controlar os ataques, é eficaz e consegue obter resultados satisfatórios, na maior parte dos casos. Para a psicanálise a medicação só se faz necessária em determinados casos, mais

¹⁸ Apud Pereira, 2003, p. 10

especificamente naqueles em que possibilita a entrada do sujeito no trabalho analítico.

Entretanto, segundo a pesquisa realizada pelo psiquiatra Mario Pereira na universidade Unicamp, "com o passar do tempo foi observado que muitos pacientes continuavam profundamente neuróticos, inseguros, com medo da recidiva dos ataques e necessitavam continuamente de um reassseguramento efetivo e explícito, por parte dos médicos, de que tudo estava bem com eles e de que as crises não voltariam mais".¹⁹

Isto nos demonstra que, em nenhum momento, a psiquiatria se preocupou com a subjetividade do sujeito, pois este permaneceu sem nada saber sobre seu sintoma que não foi tratado pela palavra. Essa é a maneira que se trata, contemporaneamente na psiquiatria, o sujeito sob angústia. E é esta a grande crítica da psicanálise.

Quais são as implicações, para a psicanálise, decorrentes do fato da angústia ser excluída de uma clínica da palavra?

Segundo Besset, angústia indica, exatamente, o encontro com o desejo do Outro em sua opacidade, ali onde não é possível decifrar o que o Outro quer, pois se está às voltas com um excesso de gozo, exigente e perturbador. É preciso dar lugar e tempo para que a angústia, que não engana, possa dizer de que excesso ela é sinal. E assim possa produzir o sujeito que responda pelo tratamento a ser dado à exigência de gozo à qual estava submetido, quer seja construindo sua fantasia, quer seja dando consistência a seu sintoma.

Neste momento, alguns questionamentos se fazem presentes; existe alguma prática médica psiquiátrica compatível com a psicanálise? Como se trata então, contemporaneamente, o sujeito na psiquiatria? Que procedimento racional é o da psiquiatria contemporânea quando ela cria suas entidades clínicas? No artigo "Inibições, Sintoma e Angústia", Freud enfatiza qual era o desejo da medicina:

"A solução ideal, pela qual os médicos ainda anseiam, seria descobrir certo bacilo que pudesse ser isolado e cultivado numa cultura pura e que, quando injetado em alguém, invariavelmente produzisse a mesma doença; ou, expressando-o de forma um tanto menos extravagante, demonstrar a existência de certas substâncias químicas cuja administração provocasse ou curasse neuroses específicas. Mas a probabilidade de uma solução dessa espécie parece pequena" (Freud, 1917, p.149)

Até 1980, o emprego conceitual da palavra pânico era raro e não sistemático e esse termo nem sempre constituiu uma entidade delimitada para a psiquiatria, entretanto o fenômeno afetivo ao qual se refere é um tema de longo percurso, que a psicanálise vem dedicando-se desde 1892.

Como vimos no capítulo anterior "Angústia na Psicanálise", Freud já havia, em 1894, definido aquilo que a psiquiatria em 1980 vem classificar como

¹⁹ Pereira, 2003, p. 10

Transtorno de Pânico. Para corroborar com esta afirmação, parece fundamental fazermos um recorte dos quadros clínicos descritos pela psicanálise e comparar com aqueles explicitados pela psiquiatria.

Comparando as descrições do quadro clínico da neurose de angústia, estabelecidas por Freud em 1894, com os sintomas somáticos do transtorno de pânico, apresentados pelo DSM IV foi possível observar que praticamente todos os sintomas coincidiam, como podemos ver a seguir: extinção da vida ou medo de morrer; medo de perder o controle ou enlouquecer; parestesias; distúrbios respiratórios (falta de ar ou asfixia); sudorese; distúrbios da atividade cardíaca (arritmia, taquicardia); tremores ou calafrios, tonteira ou vertigem; distúrbio das atividades digestivas (vômito, náusea) e desconforto abdominal.

Observando essa interseção, podemos concluir que todos os sintomas descritos, atualmente pelo Manual de Diagnóstico e Estatística em psiquiatria, já haviam sido explicitados por Freud, mais detalhadamente, em seu artigo "Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada Neurose de Angústia". A psiquiatria não trouxe nada que acrescentasse aos conhecimentos teóricos já existentes.

Podemos notar, contudo, que o emprego conceitual de termos classificatórios não foi sem explicação. A psiquiatria se viu impelida a estabelecer sistemas de classificação com o objetivo claro de construir categorias operacionais com fins práticos de diagnóstico, sem pretender que esta tenha qualquer consistência ontológica, pois esta disciplina se caracteriza, exatamente, por apresentar fronteiras pragmáticas e não lógico-formais.

Não é possível negar a coexistência de uma diversidade enorme de metodologias. E, essas diferentes disciplinas, enquanto campo clínico-prático, constroem seus próprios recortes do fenômeno "psicopatológico" e estabelecem sua própria metodologia para abordá-lo, e por este motivo, ocorre um dos grandes problemas, que o DSM tenta solucionar, que é a confusão de línguas.

Diante destes impasses a psiquiatria americana lança-se no projeto da construção de sistemas convencionais baseados em critérios explícitos, formais e objetiváveis de diagnóstico de classificação das "Mental Disorders", cuja pretensão é unificar as diferentes disciplinas através do uso de uma mesma "língua". De acordo com Pereira, o DSM busca dar soluções para essa confusão de línguas, trazendo para a prática clínica uma linguagem diagnóstica que seja útil para todos os profissionais.

Portanto, o uso do manual diagnóstico estabelece uma linguagem comum que possa atingir um grande número de áreas e diferentes localizações, permitindo assim, uma maior troca de informações e mais subsídios para as realizações de pesquisas empírico-experimentais sobre determinados assuntos.

"Se o tratamento descritivo operacional dessas categorias - que impõe limitações do discurso e uma tendência ao reducionismo na psiquiatria - produziram avanços práticos incontestáveis deve-se ao esquecimento das dimensões subjetivas e existenciais implicadas na angústia"²⁰

Para concluir é fundamental salientar que as categorias diagnósticas têm que ser consideradas, apenas como **mera ferramenta** prática e **não como substituto** da prática clínica - seja ela qual for.

²⁰ Pereira, 2003. p.28

“Vocês observaram algum sinal de contradição entre elas? Não é o caso de uma complementar a outra? O fator hereditário contradiz a importância da experiência? Ambas as coisas não se combinam da maneira mais efetiva? Os senhores asseguraram não existir nada na natureza do trabalho psiquiátrico que possa opor-se à investigação psicanalítica, o que se opõe à psicanálise não é a psiquiatria, mas os psiquiatras. A psicanálise relaciona-se com a psiquiatria aproximadamente como a histologia se relaciona com a anatomia: uma estuda as formas externas dos órgãos, a outra estuda sua estruturação em tecidos e células. Não é fácil imaginar uma contradição entre essas duas espécies de estudo, sendo um a continuação do outro”. (Freud, 1917, p. 301)

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Este trabalho teve como escopo trazer à discussão às questões referentes a angústia na psicanálise e na psiquiatria, questões essas que têm nos forçado a problematizar a viabilização do trabalho na prática clínica. Isto porque, o diagnóstico de pânico nos põe diretamente confrontados com a questão de uma clínica do medicamento.

Contudo, se mostra relevante destacar que o uso do diagnóstico não está simplesmente sendo aplicado para "medicar", como vimos no capítulo anterior, esta classificação apesar de ter sido constituída a partir de uma observação clínico-experimental, vem responder a algumas dificuldades encontradas pela clínica psiquiátrica.

Assim como foi abordado no decorrer deste trabalho, o que nos parece crucial é enfatizar a importância tanto da psicanálise quanto da psiquiatria no tratamento desse sofrimento tão devastador que é a angústia. E ao falarmos em angústia, fica claro que a psicanálise nos tem mais a acrescentar do que qualquer outra área de conhecimento...

Freud, em sua vasta investigação sobre a angústia, aborda vários pontos de vista, como por exemplo a questão da angústia nas fobias, na neurose obsessiva, no trauma, etc. Suas considerações são modificadas ao longo de sua obra, com a introdução de novos conceitos e em consequência dos vários impasses teóricos e clínicos que se apresentavam, à medida que a própria teoria avança.

A teoria da angústia, na obra freudiana, manteve a marca de um registro do desacerto entre a pulsão e seu objeto, expressão de uma desproporção. A angústia foi objeto constante da inquietação clínica de Freud. De início como marcador da desproporção sexual, quando Freud se ocupava dos infortúnios da sexualidade, na forma de suas insatisfações – as interrupções, os fracassos, as faltas e os excessos nos acontecimentos sexuais, etc.

A teoria da angústia foi tomada então como libido transformada, resultado do recalque nas psiconeuroses de defesa ou resultado da descarga insuficiente nas neuroses atuais. Ela era o marcador da insatisfação sexual no plano psíquico,

expressão de uma tensão física não ligada a representações. Esta clínica das abstinências, do coito interrompido, se enlaça à teoria do trauma, enquanto a fobia, perfilará junto às obsessões e neuroses atuais, neste ponto do percurso teórico freudiano.

A psicanálise com crianças, inaugurada com Hans, as trará para o campo da histeria de angústia como neurose instável que tende a se cristalizar em fobia. A experiência clínica de Freud demonstrava que a angústia precedia a formação dos sintomas, que o levantamento do recalque não eliminava a angústia e que esta surgia antes do recalque. A partir dessas observações ele formulou a segunda teoria da angústia.

Angústia será a partir daí compreendida em uma dimensão dupla: como angústia automática, que evoca o desamparo próprio à condição humana de prematuração, à sua condição de dependência do Outro e, como angústia sinal, que assinala e antecipa o perigo de surgimento da angústia automática. Terá sede no eu e principalmente desencadeará o recalque. Há certamente um extenso trabalho intermediário freudiano em que ele primeiro diferenciará e depois aproximará angústia neurótica e angústia realística tendo em vista a questão do objeto da angústia, ponto de que Freud não se furtará à aproximação em sucessivas abordagens.

A angústia em Freud, assim, toma lugar desde as manifestações clínicas dos infortúnios sexuais até as formulações da teoria do trauma, como resto de experiência não assimilada que se traduz em efeitos psíquicos, onde o desacerto entre a pulsão e seu objeto coloca o sujeito na dependência do Outro.

O que pudemos constatar, no decorrer deste trabalho, é que em diferentes dispositivos como na medicina e mais especificamente na psiquiatria, a angústia nem sempre é bem acolhida, pois se busca fazê-la desaparecer o mais rápido possível. Mas como ela não engana, retorna das mais diversas formas causando impotência naqueles que pretendem eliminá-la a qualquer preço. Justamente porque ela não engana, ela indica em seu retorno que o preço não pode ser qualquer um, nem valer para todos. Ela exige ser acolhida de forma não anônima e isto nos convoca a repensar os primeiros encontros e as modalidades de tratamento onde há presença do psicanalista.

A abordagem que foi proposta aqui visa contribuir para uma problematização da questão da angústia e suas diferentes implicações. Este é um campo vasto, e considero que ainda temos muito a discutir.

REFERÊNCIAS

- BESSET, Vera Lopes (org). *Angústia*. São Paulo: Escuta, 2002.
- BUENO, João Romildo e NARDI, Antonio Egidio. *Diagnóstico e Tratamento em Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Medsi, 2000.
- CARBONE, Patrícia Chagas Barcelos. *Síndrome do Pânico: O que a psicanálise tem a dizer sobre isso?*. Niterói, 2004. 77 f. Monografia de especialização em Psicanálise e Laço Social. Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2004.
- DICIONÁRIO ENCICLOPÉDICO DE PSICANÁLISE. O legado de Freud e Lacan. KAUFMANN, Pierre (editado). Trad. RIBEIRO, Vera; BORGES, Maria Luiza X. A. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1996.
- DICIONÁRIO DE PSICANÁLISE. RAUDINESCO, Elisabeth; PLON, Michel. Trad. RIBEIRO, Vera; MAGALHÃES, Lucy. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.
- DSM IV. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Tradução Dayse Batista. 4ª edição. Porto Alegre: Artes médicas, 1995.
- ESCOLA BRASILEIRA DE PSICANÁLISE, Latusa. Vol. 4/5. Rio de Janeiro: 2000.
- FREUD, SIGMUND. 1892. *Rascunho A*. Em: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1994.
- FREUD, SIGMUND. 1893. *Rascunho B- A Etiologia das Neuroses*. Em: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1994.

- FREUD, SIGMUND. 1894. *Rascunho E – Como se origina a angústia*. Em: Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1994.
- _____.1895. *Sobre os Fundamentos para Destacar da Neurastenia uma Síndrome Específica Denominada Neurose de Angústia*. Em Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Vol. III. Rio de Janeiro: Imago, 1994.
- _____.1896. *Respostas às Críticas a Meu Artigo sobre Neurose de Angústia*. Em Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Vol. III. Rio de Janeiro: Imago, 1994.
- _____.1915. *Recalque*. Em Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1994.
- _____.1916. *Conferências Introdutórias sobre Psicanálise – Conferência XVI – Psicanálise e Psiquiatria*. Em Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1994.
- _____.1916. *Conferências Introdutórias sobre Psicanálise – Conferência XXV – A Angústia*. Em Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1994.
- _____.1926. *Inibição, sintoma e angústia*. Em Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Vol. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1994.
- _____.1933. *Novas conferências introdutórias sobre psicanálise – Conferência XXXII – A Angústia e a vida pulsional*. Em Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Vol. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1994.

- GENTIL, Valentim; NETO, Francisco Lotufo; BERNIK, Marcio A. (org). *Pânico, Fobias e Obsessões: A experiência do Projeto AMBAN*. 3ª edição. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1997.
- HANNS, Luiz Alberto. *Dicionário comentado do Alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- PEREIRA, Mario E. C. *Psicopatologia dos ataques de pânico*. São Paulo: Escuta, 2003.
- OMS. *Classificação Internacional de Doenças*. Genebra: OMS, 1990.
- RANGÉ, Bernard (org.). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.