

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA  
PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSO  
PSICANÁLISE E LINGUAGEM: UMA OUTRA PSICOPATOLOGIA**

**SÍNDROME DO PÂNICO E FOBIA: ABORDAGEM A PARTIR DA  
NOÇÃO DE ANGÚSTIA EM PSICANÁLISE**

**MARLI DO NASCIMENTO**

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup>. Ma. Eliane Costa Dias**

**São Paulo  
2014**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA  
PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSO  
PSICANÁLISE E LINGUAGEM: UMA OUTRA PSICOPATOLOGIA**

**SÍNDROME DO PÂNICO E FOBIA: ABORDAGEM A PARTIR DA  
NOÇÃO DE ANGÚSTIA EM PSICANÁLISE**

Monografia apresentada como parte dos requisitos para obtenção do certificado de Especialização em “Psicanálise e linguagem: uma outra psicopatologia”, sob orientação da Prof.<sup>a</sup>. Ma. Eliane Costa Dias.

**São Paulo  
2014**

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao Mestre Dr. Daisaku Ikeda, filósofo, escritor, poeta, humanista e pacifista pelos maravilhosos incentivos enviados para que o avanço de hoje seja sempre maior que o de ontem. Procurando a cada dia me lapidar como ser humano. Assim, tornando-me imprescindível por meio de uma conduta sincera e exemplar no âmbito pessoal e profissional. E desta forma, através do aprimoramento dos meus estudos que eu possa contribuir de forma efetiva para a sociedade.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, antes de tudo, aos Mestres e a todas as divindades celestiais pelas oportunidades concedidas e pela energia para extrair do meu interior a coragem para conquistar este objetivo.

Agradeço aos meus pais que me ensinaram a boa educação e a humildade para chegar às minhas conquistas com honestidade. Quero agradecer também aos outros familiares pelo imenso apoio, pelos incentivos e por compreenderem as ausências resultantes da dedicação a este trabalho. Obrigada, especialmente, aos meus queridos sobrinhos-filhos gêmeos que me dão forças para continuar conquistando sonhos e por trazerem tantas alegrias à minha vida, revitalizando-me nos momentos difíceis.

Meus sinceros agradecimentos à minha orientadora, Prof.<sup>a</sup>. Ma. Eliane Costa Dias, que acolheu o tema de minha pesquisa com total dedicação e muito profissionalismo. Obrigada pelo imenso apoio e pelo acolhimento nos momentos de angústias e de dificuldades desse caminho que foi enriquecido, pessoal e profissionalmente, por suas orientações.

Agradeço ao Professor Eduardo Cruz Filho, pela dedicação, pela preocupação, pela ética profissional ao nos auxiliar durante o processo de finalização deste trabalho.

Finalmente, agradeço a todos os amigos que estiveram ao meu lado durante essa jornada que, por conta de seus incentivos, foi vencida com maior alegria .

Em suma, a angústia é correlativa do momento em que o sujeito está suspenso entre um tempo em que ele não sabe mais onde está, em direção a um tempo onde ele será alguma coisa na qual jamais se poderá reencontrar. É isso aí, a angústia.

(Jacques Lacan)

## SUMÁRIO

Introdução .....	01
Capítulo 1 - Pânico e Angústia: concepção clínica e psicanalítica .....	10
1.1 A origem da palavra Pânico .....	10
1.2 Conceito de Pânico .....	11
Capítulo 2 - A angústia em Freud .....	30
2.1 A primeira teoria da angústia .....	30
2.2 A segunda teoria da angústia .....	45
2.3 A angústia e defesa .....	49
Capítulo 3 - A angústia em Lacan .....	54
3.1 A angústia no Seminário IV- A relação de objeto .....	54
3.2 A angústia no Seminário 10 – A angústia .....	80
Capítulo 4 - A Síndrome do Pânico a luz da teoria psicanalítica da angústia .....	93
4.1 Pânico e contemporaneidade .....	93
4.2 Tratamento do Pânico: medicação e psicanálise .....	96
Considerações Finais .....	107
Referências .....	113

MARLI DO NASCIMENTO: Síndrome do Pânico e Fobia: abordagem a partir da noção de angústia em psicanálise. 2014.  
Orientadora: Prof.<sup>a</sup>. Ma. Eliane Costa Dias

## RESUMO

Este estudo tem por objetivo abordar o Transtorno de Pânico e a eclosão da fobia a partir da psicanálise de orientação lacaniana, enfatizando a relação dessas patologias com a angústia. Partimos do pressuposto de que, na cultura contemporânea, marcada pelo declínio das referências simbólicas e pelo empuxo ao gozo, muitos dos sintomas apontados pela ciência na categoria de Pânico e Fobias, já eram descritos por Freud e relacionados aos quadros de angústia. Para isso, pesquisamos a elaboração da noção da angústia em psicanálise, partindo de Freud em sua primeira e segunda teoria sobre a angústia, chegando aos avanços propostos por Lacan. Em sua primeira proposta esse autor articula a angústia com a castração e com o complexo de Édipo, enquanto operadores fundamentais na constituição do sujeito. Na evolução de sua teoria, vincula a angústia, a partir da elaboração da noção de objeto *a*, como afeto que aponta ao real e ao gozo. A partir dessa concepção teórica sobre a angústia, esse trabalho discute ainda o papel do analista e a importância do manejo da angústia no tratamento psicanalítico destas patologias.

**Palavras-chave:** pânico, fobia, angústia, real.

MARLI DO NASCIMENTO: Panic syndrome and Phobia: approach based on the anguish notion from the psychoanalysis. 2014.  
Advisor: Teacher, master Eliane Costa Dias

## ABSTRACT

This study aims to approach the Panic Disorder and also hatching of phobia, starting psychoanalysis of Lacanian orientation, emphasizing the relationship of these pathologies with the anguish. We assumed that, in contemporary culture, marked by the decline of symbolic references and the attraction to jouissance, many of the symptoms presented by science in the category of Panic and Phobias, were already described by Freud and associates with the frameworks of anguish. For this, we researched the development of the notion of anguish in psychoanalysis, from Freud in his first and second theory about the anguish, reaching to the advances proposed by Lacan. In his first proposed the author articulates the anguish with the castration and with the Oedipus Complex, while considered essential operators in the bloke's constitution. In the evolution of his theory, him links to anguish, from the elaboration of the notion of a object, such as affection aimed at to the real and to the enjoyment. From this theoretical conception about anguish, this work also discusses the role of the analyst and the importance of handle of anguish in the psychoanalytic handling of these pathologies.

**Index Words:** panic, phobia, anguish, real.

## Introdução

Este trabalho visa abordar a incidência e a relevância do quadro psicopatológico que se tornou frequente em nossos dias - a Síndrome do Pânico e como subquadro as Fobias. Uma nomeação que designa um conjunto de sintomas e que circula tanto no campo da saúde mental quanto no imaginário da sociedade.

A Síndrome do Pânico foi designada como Transtorno do Pânico a partir do DSM III (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 3<sup>a</sup> edição), publicado em 1980 e considerado uma revolução no sistema de classificações e diagnóstico em psiquiatria.

De acordo com a classificação, a Síndrome do Pânico caracteriza-se, principalmente, por ataques de pânico recorrentes e inesperados. Além disso, ela gera, segundo Caetano (2000, pp.13-14), um período de medo intenso e de desconforto, que é acompanhado por sintomas como: “fortes palpitações, sudorese, sensação de falta de ar, medo de morrer ou sensação de sufocamento”.

Diversos autores (Nicéas, 2000; Paulino *et al.*, 2002; Basset *et al.*, 1999) apontam a semelhança entre os sintomas e vivências descritos na Síndrome do Pânico e a abordagem clássica da psicanálise, com Freud, aos quadros de Fobia, levantando a questão: “Pânico, um novo estatuto da fobia?” (NICÉAS, 2000, p. 92).

A escolha desse tema justifica-se pela necessidade de se trazer à luz o aporte importante da psicanálise, na teoria e na clínica, à compreensão e à abordagem deste problema de saúde mental.

Vivemos um momento histórico – uma era chamada contemporaneidade – no qual a sociedade e a cultura estão atreladas ao enlace marcante entre os discursos do capitalismo e da ciência. Trata-se de um período caracterizado pelo avanço da tecnologia e pelo excesso de consumo que o sujeito pratica com a intenção de encontrar alguma forma de satisfação, de prazer. Nessa busca desenfreada pela satisfação pessoal, o sujeito procura dar o máximo de vazão possível a seus impulsos e desejos, procurando, com isso, evitar (ainda que inconscientemente) toda forma de frustração, de falta ou de dor.

No campo da saúde mental, constatou-se a evidência dos efeitos da contemporaneidade - os chamados “novos sintomas”: depressão, pânico, as mais variadas formas de compulsão, os transtornos alimentares (anorexia, bulimia, obesidade mórbida), incremento das toxicomanias, o horror ao envelhecimento, as mais variadas formas de intervenções sobre o corpo (compulsão por exercícios físicos, busca incessante por tratamentos estéticos e cirurgias plásticas, preocupação excessiva com adoecimento, auto-mutilações). Novas expressões, atualizadas pela configuração da cultura contemporânea, para o mal-estar da civilização.

Neste trabalho, intenciona-se abordar o que está por trás dessas patologias, ditas contemporâneas, e de suas relações com a angústia, focalizando especificamente a Síndrome do Pânico.

É possível afirmar que a eclosão do Pânico, da Fobia está relacionada à angústia? Caso exista essa relação, de que forma compreendê-la a partir da abordagem psicanalítica?

Em busca da construção dessas respostas esse estudo pretende apontar, através de uma pesquisa bibliográfica, as possíveis contribuições que a psicanálise pode oferecer a esse quadro que, como será visto, passou a integrar as novas categorias das doenças no campo da psiquiatria.

O Pânico e a Fobia parecem, de maneira clara, fazer parte da contemporaneidade, como uma nova forma para o que entendemos como angústia.

Assim, exploraremos os caminhos das elaborações psicanalíticas e psiquiátricas com o intuito de conceituar e descrever as diversas concepções que se referem ao tema. Para isso, será descrito um cenário teórico partindo dos conceitos e da abordagem da psiquiatria para, em seguida, buscarmos uma interlocução com a perspectiva da psicanálise. Na tentativa de conceituar e relacionar a angústia ao Pânico e à Fobia, esse “diálogo” será examinado a partir das formulações de Freud, das elaborações de Lacan e das posições sustentadas por autores (psicanalistas) contemporâneos.

O presente trabalho está organizado em quatro capítulos. No primeiro buscamos configurar o nosso objeto de investigação, delineando a relevância da pesquisa sobre a Síndrome do Pânico e a Fobia, hoje presente na clínica e no campo da saúde mental. Para essa finalidade consideramos ser pertinente partir da origem do conceito de Pânico (na Mitologia Grega), assim como percorrer a evolução histórica de sua concepção. Abordaremos sua conceituação e etiologia para a psiquiatria, que aponta bases biológicas e

psicológicas, bem como o impacto ocasionado com sua classificação gerando uma nova categoria de doença. Além disso, pontuaremos alguns dados estatísticos que assinalam o significativo crescimento de sua incidência na atualidade.

No segundo capítulo, iniciamos a abordagem psicanalítica do tema, retomando a relação estabelecida por Freud entre Fobia e Angústia. Para tanto percorremos a evolução da teoria freudiana sobre a angústia. Constatamos que, de início, Freud abordou a questão da angústia partindo das observações clínicas que ele organizou e elaborou em sua teoria sobre as neuroses e sua etiologia. Freud já afirmava que haveria algo da sexualidade que teria ligação com a angústia, mas diferenciava as neuroses atuais das neuroses sexuais. Nas neuroses sexuais, os sintomas teriam sua origem em conflitos psíquicos relacionados à sexualidade e seriam resultado de mecanismos psíquicos visando a manutenção da homeostase e do equilíbrio do aparelho mental. Nas neuroses atuais, os sintomas teriam como causa uma descarga inadequada do impulso sexual. A Neurastenia teria sua etiologia em uma via de descarga incapaz de resolver de forma adequada a tensão libidinal e seria caracterizada por: fadiga física, cefaleias, dispepsia, prisão de ventre, parestesias, empobrecimento da função sexual. Já a Neurose de Angústia seria caracterizada pela acumulação de uma excitação sexual que, sem descarga, se transformaria diretamente em sintoma, sem mediação psíquica, com predominância da angústia e caracterizada por sintomas como: espera ansiosa crônica, acessos de angústia com todos os equivalentes somáticos desta.

No entanto, à medida que evolui em sua teoria sobre a sexualidade e a etiologia das neuroses, Freud parte para novas formulações a respeito da noção de angústia.

Em suas elaborações para obter uma melhor compreensão da angústia Freud percorre um caminho que irá chegar numa primeira teoria da angústia. De início, a partir de suas investigações sobre as neuroses atuais, Freud faz uma lista de sintomas que poderiam estar, de alguma forma, ligados à angústia. No entanto, somente no *Rascunho E* (1894b), intitulado *Como se origina a angústia*, concluiu que existiria algo da questão do afeto. Nos casos clínicos observados verificou que existia um ponto comum relacionado à abstinência sexual. Essa seria a angústia das mulheres e homens que viviam a prática do coito interrompido. Assim, percebeu que de alguma forma não haveria satisfação, principalmente das mulheres por conta da impotência de seus maridos. Nesse sentido, Freud concluiu que se tratava de uma libido excessiva que não era descarregada, o que o levou a mencionar que a angústia surgiria por transformação. Ou seja, essa libido não teria uma descarga completa adequada, transformando-se assim em angústia. Freud então chega à primeira teoria da angústia, fundamentada na ideia de um acúmulo de energia não descarregada.

Continuando suas elaborações sobre a angústia, nas *Conferencias Introdutórias sobre a Psicanálise XXV* (1916-1917), Freud trouxe a questão da “angústia realista”, que seria relacionada ao fato do Eu estar diante de um excesso da libido, tendo uma reação de fuga numa situação de perigo, o que poderia ser entendido como uma reação de defesa. Seria, então, a angústia como reação a uma causa sentida pelo Eu como ameaçadora. Pisetta (2008, p.

405) esclarece que, nesse momento, Freud teoriza que a angústia seria um “afeto que incide posteriormente em relação ao recalque”. Para esclarecer, Soler (2012) pontua que o recalque estaria solidário com a defesa de uma pulsão, isto é, seria uma privação pulsional. Essa autora apresenta, de forma clara, a primeira teoria da angústia em Freud de que para ele o recalque gera a angústia. Mas logo Freud faz uma reformulação dessa primeira teoria, deixando de considerá-la uma angústia transformada e passando a entendê-la como uma reação a um trauma. Assim, elaborou uma segunda teoria sobre a angústia compreendendo-a como a causa do recalque. Mais adiante Freud, ao analisar o caso do pequeno Hans, irá relacionar a angústia ao complexo de castração e ao complexo de Édipo.

Neste capítulo serão mencionados e discutidos os sintomas que foram identificados e descritos por Freud em sua elaboração sobre a angústia e que denotam compatibilidade com os sintomas atuais descritos pela psiquiatria na categoria dos Transtornos de Pânico e das Fobias.

No terceiro capítulo, apresentaremos a concepção de angústia em Lacan. Partimos de seu Seminário IV – *a relação de objeto* (1956-1957), no qual o autor retoma a relação entre fobia e angústia estabelecida por Freud na sua análise do caso do pequeno Hans. Nesse seminário retomou de Freud a noção de relação de objeto, como busca por um objeto de plena satisfação para sempre perdido, o que implica algumas faces do conceito psicanalítico de uma repetição nunca satisfeita. Lacan articulou essa busca incessante do sujeito pela satisfação a uma falta fundamental, ligada à experiência da linguagem e da ordem simbólica - a castração. A castração faz parte do

humano e essa perda, essa falta, é constituinte tanto do homem quanto da mulher.

No decorrer das suas elaborações, Lacan concebeu a constituição do sujeito (e do próprio inconsciente) relacionada à experiência dessa falta fundamental, em três registros: Real, Simbólico e Imaginário. Retomou de Freud o complexo de Édipo e formulou o processo de constituição da subjetividade em termos estruturais a partir de três tempos lógicos, o que será visto no decorrer deste trabalho.

No *Seminário IV* (1956-1957), na sua retomada da análise freudiana da fobia do pequeno Hans, Lacan articulou a angústia à questão da castração. Para chegar a essa articulação Lacan retomou, de Freud, a noção de relação de objeto, destacando o aspecto de busca de um objeto perdido. A noção do para sempre perdido (*Das Ding*), ou seja, a procura por uma satisfação que não poderá ser satisfeita. Lacan destacou que Freud já apontava a relação entre sujeito e objeto como uma relação conflituosa, justamente pela distância existente entre o que sujeito procura e o que ele encontra. Lacan abordou essa relação do sujeito com o objeto acrescentando a ela os campos da linguagem e das relações que o sujeito tem com o mundo e com a ordem simbólica da cultura. Esses são pontos importantes que estarão na base da constituição da angústia. Essa busca repetitiva e incessante do sujeito por algo que o satisfaça, Lacan elaborou como noção de falta de objeto. Lacan expõe então, a partir dessa elaboração, que há uma falta e que ela é fundamental. Assim, a angústia emergiria nos momentos de confronto com o real dessa falta fundamental – a castração. Lacan ressaltou ainda a relação da angústia com o desejo do Outro. Retomou o complexo de Édipo freudiano em três tempos

estruturais e o caso Hans que está relacionado a uma fobia. O complexo de Édipo Lacan articulou à constituição do sujeito a partir dessa experiência imposta na ordem simbólica, que é a castração. Lacan considerou a castração como uma experiência da perda fundamental que é própria da constituição do humano e do psiquismo. Miller (1995, p. 61) nos diz que “a castração se inscreve no campo da linguagem e na função da palavra e deste único fato, há a castração”.

Em sua leitura do caso Hans, Lacan destacou que uma passagem da angústia à Fobia estaria vinculada à relação da criança com o falo. Lacan elaborou a hipótese de que a fobia de Hans estaria relacionada com componentes do real, do encontro com o real da castração, o que o teria conduzido à angústia. Assim, Lacan elaborou que a angústia é sem objeto e é o afeto que vem a surgir do confronto do sujeito com o real da castração.

Nesse sentido, buscando maior compreensão da angústia, no *Seminário 10: A angústia* (1957-1958), Lacan fez avanços e aprofundou a relação da angústia com o real, dando maior ênfase ao gozo e vinculando a angústia com a elaboração do objeto a.

Finalmente, no quarto capítulo, discutiremos as propostas de tratamento para o quadro da Síndrome do Pânico e das Fobias, do ponto de vista da psiquiatria e na perspectiva da psicanálise.

Constatamos que para os pesquisadores da psiquiatria, embora não se desconsidere os aspectos emocionais e psicológicos para o Transtorno do Pânico, o foco do tratamento visa à eliminação dos sintomas, através de medicamentos e terapias cognitivas e comportamentais. Por outro lado, na perspectiva da psicanálise, parte-se do trabalho com o sintoma como via de

realização pulsional, utilizando-se o tratamento analítico como instrumento de escuta e de linguagem. Um dispositivo de fala que, a partir da relação de transferência estabelecida entre paciente e analista, permite a interpretação e a produção de sentido para os sintomas.

Nesse sentido, Lacan expressou a importância do tratamento clínico, pontuando a relevância do manejo da angústia pelo analista na condução do tratamento com os pacientes. Se a angústia é o “afeto que não engana”, na medida em que aponta à presença do real pulsional e ao gozo, a adequação do tratamento para a patologia do pânico e da fobia passa pela habilidade do analista em manejar a angústia do sujeito: intervindo ao ponto necessário para fazer advir a angústia quando o discurso do sujeito recai numa fala vazia; como também identificando momentos em que é necessário saber “desangustiar”, no sentido de reduzir a angústia do sujeito.

Nessa linha de pensamento, Ehrlich *et al.* (2013) concordam que é preciso dar importância à problemática do diagnóstico na psicanálise. Revelam que não é o mesmo diagnóstico do CID-10, que não devemos confundir com a lista de nomenclaturas dessa classificação. Mas que o fator fundamental é a revelação, no discurso do paciente, da economia do seu desejo e de seu modo de gozo.

## Capítulo 1 Pânico e angústia: concepção clínica e psicanalítica

### 1.1 A origem da palavra pânico

A relevância da pesquisa relacionada à Síndrome do Pânico fundamenta-se, sobretudo, na frequência com que esse quadro psicopatológico tem se apresentado atualmente, tanto no âmbito da clínica em saúde mental quanto no contexto do imaginário social. Para que se possa compreender melhor esse fenômeno, é importante que examinemos sua procedência, começando pela proveniência do termo pânico.

A origem da palavra pânico é, segundo Caetano (2000), mitológica. Ela provém da Mitologia Grega e significa medo. O autor esclarece ainda que esse vocábulo relaciona-se à “divindade grega” conhecida como Pã.

O deus Pã, como era chamado pelos gregos, veio ao mundo com uma aparência assustadora (com chifres e pernas de bode) e, por conta disso, teria sido abandonado pela mãe. Entre os estudiosos da Mitologia Grega não há consenso em relação aos deuses que o geraram. É possível que seu pai tenha sido “Hermes” (o mensageiro dos deuses) e sua mãe “Almatéia” (a cabra) (CAETANO, 2000, p.9).

Habitando as montanhas, cavernas e pastos da Grécia, o deus Pã se divertia assustando as pessoas que passavam por aquela região, promovendo, dessa forma, “uma reação de medo intensa”, isto é, de “pânico” entre elas. Continuando o cenário histórico, os atenienses criaram uma estátua do deus Pã, um santuário em plena praça pública. Conforme a afirmação de Caetano (2000, p.9), as palavras pública=ágora e medo=phobos, resultaram do sentimento de medo que as pessoas tinham de frequentar aquele lugar.

Os medos associados ao deus Pã estariam ligados ao fato de ele viver em cavernas (locais fechados), em montanhas (alturas), em pastos (locais abertos). Estabelecendo-se uma relação com os tempos modernos, pode-se citar o medo que algumas pessoas têm de lugares fechados como, por exemplo, elevadores ou, ainda, aquelas que têm medo de altura. (CAETANO, 2000, p. 9).

## 1.2 Conceito de pânico

Freud já apontava a existência de um equívoco em relação à utilização da palavra pânico no contexto da psicopatologia:

Não é de se esperar que o uso da palavra “pânico” seja claro e determinado sem ambiguidade. Às vezes ela é utilizada para descrever qualquer medo coletivo, outras para designar o medo no indivíduo quando ele excede todos os limites, e, com frequência, a palavra parece reservada para os casos em que a irrupção do medo não é justificada pela ocasião. (FREUD, 1921 *apud* PEREIRA, 2008, pp. 59-60).

Para delinearmos o conceito de pânico na perspectiva da psiquiatria é importante mencionar que essa palavra foi designada para Transtorno do Pânico, como algo diferente dos outros transtornos mentais. Segundo Pereira (2008, p.13), o estabelecimento no DSM III do termo “Transtorno do Pânico” gerou uma intensa repercussão sobre as concepções contemporâneas relacionadas aos estados de angústia. A mídia realizou uma maciça divulgação e isso contribuiu para uma construção inovadora da “imagem de uma nova doença”, tornando-se então objeto de estudo e intervenção da “medicina moderna”. Nesse sentido, cabe esclarecer que aqui será usada como

referência a quarta versão do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais - DSM-IV (1994)<sup>1</sup> , no qual o Transtorno do Pânico é descrito com as seguintes características diagnósticas:

A característica essencial do Transtorno de Pânico é a presença de ataques de Pânico recorrentes e inesperados, seguidos por pelo menos 1 mês de preocupação persistente acerca de ter um outro Ataque de Pânico, preocupação acerca das possíveis implicações ou consequências dos ataques de Pânico, ou uma alteração comportamental significativa relacionada aos ataques (Critério A).

Os Ataques de Pânico não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., hipertiroidismo) (Critério C). Finalmente, os Ataques de Pânico não são melhor explicados por um transtorno mental (por ex., Fobia específica ou Social, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno de Estresse Pós-Traumático ou Transtorno de Separação (Critério D). Dependendo de serem satisfeitos também os critérios para Agorafobia, faz-se o diagnóstico de 300.21 Transtorno de Pânico Sem Agorafobia (Critério B).

Um Ataque de Pânico inesperado (espontâneo, não evocado) é definido como aquele que não está associado a um ativador situacional (isto é, ocorre “vindo no nada”). Pelo menos dois Ataques de Pânico inesperados são necessários para o diagnóstico, mas a maioria dos indivíduos tem um número consideravelmente maior de ataques (DSM-IV<sup>2</sup>).

De acordo com a descrição do DSM-IV<sup>3</sup>

Os indivíduos com Transtorno de Pânico apresentam, caracteristicamente, preocupações acerca de implicações ou consequências 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 convencer de que têm uma doença ameaçadora à vida. Os ataques são percebidos como uma indicação de que estão “ficando loucos” ou perdendo o controle, ou de que são emocionalmente fracos. Alguns indivíduos com Ataques de Pânico recorrentes mudam significativamente seu comportamento (por ex., demitem-se do emprego) em resposta aos ataques, mas negam o medo de terem um outro ataque ou preocupações acerca das consequências de seus Ataques de Pânico. [...] A comorbidade com outros Transtornos de Ansiedade também é comum, especialmente em contextos clínicos e em indivíduos com Agorafobia mais severa (Fobia

---

<sup>1</sup> [http://www.psiquiatriageral.com.br/dsm4/sub\\_index.htm](http://www.psiquiatriageral.com.br/dsm4/sub_index.htm)

<sup>2</sup> *ibidem*

<sup>3</sup> *ibidem*

Social tem sido retirada em 15-30% dos indivíduos com Transtorno de Pânico; Transtorno Obsessivo Compulsivo, em 8-10%; Fobia Específica, em 10-20%; e Transtorno de Ansiedade Generalizada, em 25%). O Transtorno de Ansiedade de Separação na infância tem sido associado com este transtorno.

Caetano (2000) afirmou que existe um período intenso de medo, ou desconforto, no qual quatro (ou mais) dos sintomas expostos a seguir se desenvolvem de maneira súbita, atingindo um tempo que pode variar entre dez e trinta minutos, havendo chance de prolongamento, sendo esses os mais frequentes no ataque de pânico. Eis os sintomas:

- 1 ) palpitações, sentir o coração batendo forte ou taquicardia;
  - 2 ) sudorese;
  - 3 ) tremor ou sacudidas;
  - 4 ) sensação de falta de ar ou de sufocação;
  - 5 ) sensação de sufocamento;
  - 6 ) dor ou desconforto precordial;
  - 7 ) náusea ou desconforto abdominal;
  - 8) tontura, instabilidade, cabeça leve ou sensação de que vai desmaiar;
  - 9 ) desrealização (sentimento de irrealidade) ou despersonalização (sentir-se distanciado de si próprio);
  - 10) náusea ou desconforto abdominal;
  - 11) medo de morrer;
  - 12) parestesias (formigamentos);
  - 13) ondas de calor e/ou frio.
- (CAETANO, 2000, pp.13-14)

Paulino *et al.* (2002, p.460) mencionaram que “a CID 10 tem como critério de doença a existência de pelo menos quatro ataques de pânico durante um período de quatro semanas”.

Dessa descrição dos vários sintomas, apreende-se que há uma vivência de desconforto, medo, preocupações que o sujeito sente, além de alterações comportamentais.

Na abordagem da psiquiatria, as crises de pânico podem acontecer a qualquer momento ou local. No entanto, de início, parece não terem ligação

com nenhuma situação, mas o sujeito tende a associá-las à circunstância ou ao momento em que ocorrem seus desencadeamentos. Destaca-se a condição de limitação decorrente da experiência da crise, por conta da angústia de antecipação. O sujeito fica angustiado, ou tem a crise de pânico, quando se depara com a mesma situação que provavelmente originou o desencadeamento da crise anterior. Assim, a tendência é que fuja da situação, pois acredita que, dessa forma, pode evitar o acontecimento das crises. Mas, independente da situação, outras surgirão, com outras circunstâncias e isso condicionará o sujeito a novas recusas. Desta forma, surgem as fobias que vão se expandindo e, de acordo com Caetano (2000, p.27), limitando a vida cotidiana do sujeito.

De acordo com Paulino *et al.* (2002), a angústia é descrita como “uma emoção normal e um sintoma extremamente frequente que atravessa quase toda a nosologia somática e psicológica” (p. 454). Torna-se patológica quando acontece em conjunto com outra perturbação física, ou quando os sintomas e comportamentos relacionados a essa angústia ressaltam-se a ponto de interferirem no cotidiano do sujeito.

Esses mesmos autores abordam também o que chamam de “ansiedade generalizada”. Segundo suas palavras, trata-se de “uma das mais frequentes perturbações ansiosas” e está relacionada com trabalho, saúde, situação financeira, relacionamentos, preocupações que se tornam persistentes diante de acontecimentos presentes no dia a dia do sujeito. Tais preocupações produzem apreensão em excesso e o sujeito não consegue controlá-la e, como consequência, surgem: “insônia”, “ansiedade”, “tensão muscular”, “vigilância” e “hiperatividade autonômica” (PAULINO *et al.*, 2002, p.455).

Quanto à etiologia da Síndrome do Pânico, há explicações pautadas em teorias biológicas e existem argumentações que defendem causas psicológicas para identificar a origem das crises e os mecanismos que fazem surgir as “perturbações ansiosas” (PAULINO *et al.*, 2002, p.455).

Nas teorias biológicas, afirma Paulino *et al.* (2002, p.456), se “destacam que os estudos genéticos revelam altas taxas de ansiedade, consumo de álcool e perturbações depressivas nos familiares dos doentes” com esta perturbação.

Dentro das teorias psicológicas é interessante notar as referências feitas à psicanálise e às teorias de aprendizagem ligadas à cognição, como se pode perceber nesta passagem:

As teorias psicológicas da ansiedade incluem teorias psicanalíticas e da aprendizagem. As primeiras sugerem que a ansiedade surge quando o Eu é submerso por excitação proveniente do mundo externo, do Id (inconsciente pulsional) ou do Supereu (consciente). As teorias da aprendizagem sugerem que a ansiedade é um medo que é associado a outro estímulo por condicionamento ou por processos cognitivos anormais. Assim, a ansiedade é atribuída a uma interpretação alarmante indevida de estímulos externos ou fatores simbólicos internos (PAULINO *et al.*, 2002, p. 456).

Independentemente da polêmica que envolve as discussões sobre as causas (orgânicas ou psicológicas/emocionais), os autores afirmam que a maioria dos quadros clínicos de síndrome de pânico incluem sintomas de base psicológica e somática, como apontam Paulino *et al.* (2002, p. 456):

- *Sintomas psicológicos:* ansiedade, irritabilidade, hipersensibilidade ao ruído, agitação, dificuldade de concentração, preocupações;
- *Gastrointestinais:* Boca Seca, Dificuldade em engolir, Mal estar abdominal, Meteorismo, Diarréia ou obstipação;
- *Respiratórios:* aperto torácico, dispneia inspiratória, taquipneia;
- *Cardiovasculares:* palpitações, taquicardia, dor pré-cordial;

- *Geniturinários*: polaquiúria ou urgência, disfunção erétil, dismenorreia, amenorreia;
- *Neuromusculares*: tremores, picadas, zumbidos, tonturas, cefaleias frontais e occipitais;
- *Tensão ou contraturas dolorosas*: dores lombares e dos ombros;
- *Perturbações do sono*: insônia inicial ou acordar frequente, terror noturno;
- Outros sintomas: sintomas depressivos, fobias, sintomas obsessivos, despersonalização.

Os autores supracitados ressaltaram o critério diagnóstico de “perturbação da ansiedade”, referindo-se ao fato do sujeito ter sido ansioso por toda a vida, estando relacionada, com frequência, a “outras perturbações como as depressões moderadas crônicas, as depressões major, as perturbações de pânico e as fobias específicas” (PAULINO *et al.*, 2002, p. 458).

A perturbação de pânico caracteriza-se pela ocorrência de ataques de pânico que consistem no aparecimento súbito de intensa ansiedade vivida com grande desconforto, alterações somáticas e receio de que algo de catastrófico esteja a acontecer, como por exemplo, um ataque cardíaco. A CID só introduziu esta categoria nosológica na sua última revisão CID 10. Apesar de haver pequenas diferenças entre os critérios diagnósticos da perturbação de pânico da DSM IV e na CID 10, na generalidade podemos considerá-los semelhantes (PAULINO *et al.*, 2002, p.459).

A questão do pânico pode ser abordada também a partir de estatísticas. Nesse sentido, estudos realizados em diversos países assinalam uma prevalência (durante a vida) “de 1,5% a 3,5%” relativa à “perturbação de pânico” e de “3% a 5,6%” em relação aos “ataques de pânico” (Paulino *et al.*,

2002, p.459). Tal prevalência também é apontada pelo DSM IV (1994)<sup>4</sup> através de dados colhidos em nível mundial, como se pode notar a seguir:

Estudos epidemiológicos no mundo inteiro indicam consistentemente que a prevalência do Transtorno de Pânico durante toda a vida (com ou sem Agorafobia), situa-se entre 1,5 e 5%. As taxas de prevalência anual estão entre 1 e 2%.

[...] A idade de início para o Transtorno de Pânico varia muito, mas está mais tipicamente entre o final da adolescência e faixa dos 30 anos. Pode haver uma distribuição bimodal, com um pico ao final da adolescência e um segundo pico, menor, na metade da casa dos 30 anos.

Um pequeno número de casos começa na infância, e o início após os 45 anos é incomum, mas pode ocorrer (DSM IV<sup>5</sup>).

Os estudos demonstram ainda que as mulheres são as mais afetadas pelo Transtorno de Pânico. Nelas a ocorrência pode se dar “entre os vinte e os vinte e cinco anos”, mas é comum surgir na adolescência e talvez na infância.

Alguns autores destacam a existência de dados que sugerem a possibilidade “da doença” ocorrer a partir de transmissão genética:

Estudos em familiares em primeiro grau de doentes com perturbação de pânico apontam para uma prevalência durante a vida muito elevada (entre os 7% e 20%), investigações feitas em gêmeos, embora muito limitadas, parecem suportar esta hipótese. (PAULINO *et al.*, 2002, p. 459).

Caetano (2000, p.19) afirma que existe uma combinação de fatores “predisponentes” que seriam compostos por “fatores genéticos” e por experiências ocorridas na “primeira infância”. Esse conjunto de fatores ocasionaria na criança uma “fragilidade psíquica”. Portanto, para esse autor, o sujeito pode ter uma predisposição para o transtorno do pânico.

---

<sup>4</sup> [http://www.psiquiatriageral.com.br/dsm4/sub\\_index.htm](http://www.psiquiatriageral.com.br/dsm4/sub_index.htm)

<sup>5</sup> *ibidem*

De acordo com a afirmação do mesmo autor, a maioria dos sujeitos com o Transtorno do Pânico se descreveu como: tensos, com dificuldades de relaxamento, excesso de preocupações e angústia por antecipação. Eles apresentavam “traços ansiosos de personalidade”, ou seja, traços que já os acompanhavam antes do acontecimento das “crises de pânico”, sugerindo que essas características da personalidade seriam já uma predisposição do sujeito, ou seriam essas pequenas manifestações as responsáveis pela vulnerabilidade do sujeito ao Transtorno do Pânico. O autor assinala, todavia, a existência de sujeitos sem nenhuma história de “traços ansiosos de personalidade”, ou de vulnerabilidade. Nesse caso, acrescenta, pode-se pensar que os “fatores biológicos predisponentes” são necessários para que aconteça o Transtorno de Pânico (CAETANO, 2000, p.20).

Vejamos o que diz o DSM IV em relação à presença dos fatores biológicos:

Os parentes biológicos em primeiro grau de indivíduos com Transtorno de Pânico tem uma chance quatro a sete vezes maior de desenvolverem Transtorno de Pânico. Entretanto, em contextos clínicos, observa-se que metade a três quartos dos indivíduos com Transtorno de Pânico não possuem um parente biológico em primeiro grau afetado. Estudos com gêmeos indicam uma contribuição genética para o desenvolvimento do Transtorno de Pânico (DSM IV)<sup>6</sup>.

Rosenberg<sup>7</sup> (1997) acentuou que, independente do trabalho com referencial de cunho psicanalítico, pesquisas interessantes vem sendo desenvolvidas na área biológica. A autora afirma que essas investigações têm sido direcionadas à compreensão do “componente orgânico de certas

<sup>6</sup> [http://www.psiquiatriageral.com.br/dsm4/sub\\_index.htm](http://www.psiquiatriageral.com.br/dsm4/sub_index.htm)

<sup>7</sup> [http://revistapercurso.uol.com.br/pdfs/p19\\_texto10.pdf](http://revistapercurso.uol.com.br/pdfs/p19_texto10.pdf)

doenças”, buscando, dessa forma, a possibilidade de alívio para os sujeitos que padecem da dor psíquica.

Paulino *et al.* (2002) ressaltam a importância da avaliação de sintomas orgânicos e do diagnóstico diferencial “com outras patologias psiquiátricas como fobias, perturbação pós-estresse traumático e perturbações depressivas”.

Os sintomas psicológicos mais característicos são um medo intenso de morrer, de enlouquecer ou de perder o controle. São acompanhados de sintomas físicos como taquicardia, palpitações, sudorese, tremores, dispnéia, dor no peito, náuseas, tonturas e sensação de desmaio. O quadro provoca um intenso sofrimento, tendo o doente frequentemente a sensação de que está a ter um ataque cardíaco e vai morrer, pelo que é comum recorrer a uma urgência hospitalar (PAULINO *et al.*, 2002, p.460).

Com relação à síndrome do pânico, é interessante que se destaque dois de seus subquadros: agorafobia e fobia específica.

Conforme Paulino *et al.* (2002) a agorafobia (que também está relacionada ao pânico) é definida no DSM IV como: perturbação de pânico. É um subquadro no qual o sujeito sente angústia, evita situações nas quais se senta desprotegido e que não consiga ajuda. Isso pode acontecer, por exemplo, numa rua ou em locais fechados com muitas pessoas. Esse quadro acaba limitando algumas ações do sujeito. Ele evita se deslocar desacompanhado e, por vezes, se recusa a sair de casa.

Em relação ao diagnóstico da agorafobia, é possível perceber algumas diferenças entre o que dizem o DSM IV e a CID 10. O DSM IV informa o seguinte: na agorafobia não há “história de perturbação de pânico”, fundamenta-se no medo do desenvolvimento do sintoma semelhante ao pânico. Já a CID 10 afirma que o diagnóstico da agorafobia se dá quando há

medo ou quando o sujeito evita pelo menos duas das seguintes situações: “multidão, lugares públicos, viajar sozinho ou afastamento de casa” (PAULINO *et al.*, 2002, p.461).

Ao deparar-se com essas situações o sujeito pode desenvolver, segundo afirmam Paulino *et al.* (2002, p. 461), “um quadro de marcada angústia e, muitas vezes, ataques de pânico”. Os autores ressaltam ainda que os casos são mais frequentes em mulheres e têm início na terceira idade.

O segundo subquadro, relacionado à síndrome do pânico, é o conhecido como fobia específica (e social) que, segundo a classificação do manual, faz parte da agorafobia.

A fobia específica caracteriza-se por um medo irracional de um objeto ou de uma situação particular. A fobia social consiste num medo claro e persistente de situações em que o indivíduo se sente exposto e pode ser criticado (PAULINO *et al.*, p.462).

Ainda nas palavras desses autores, a “fobia específica é uma doença comum”. Isso porque ela é bem aceita pelo sujeito, levando-o a não procurar tratamento. Ao tratarem-na como “comum” os autores sugerem que talvez o sujeito possa considerar normal o sentimento de medo em relação a um objeto, ou a uma situação, como, por exemplo, medo de animais, de dirigir automóveis, de altura, de tomar injeções, de viajar de avião etc. Mas quando o sujeito se depara com a possibilidade de estar diante da situação, ou do objeto, ele é tomado pela angústia e provavelmente por ataques de pânico (PAULINO *et al.*, p.462).

Já na fobia social, o fato do sujeito sentir-se observado por outras pessoas, criticado diante de muita gente ou numa reunião de trabalho, por

exemplo, produz um quadro de angústia e isso o leva a evitar essas situações e, consequentemente, a posição de evidência.

Estudos sobre a agorafobia indicam que seu predomínio durante vida do sujeito “oscila entre os 10% e os 13%”, sendo que a frequência é maior em mulheres. O início se dá normalmente por volta dos vinte e cinco anos de idade, mas há probabilidade de iniciar antes deste período, na adolescência ou até mesmo na infância. A fobia social, no entanto, parece não ter a mesma frequência da específica, não sendo claro que sua prevalência seja maior em um dos sexos (PAULINO *et tal.*, p.462).

Cabe salientar ainda que, conforme assinalam Paulino *et tal.* (2002, p.462), essas fobias podem ter uma predisposição genética, porquanto são habitualmente percebidas nos familiares dos sujeitos que as detém.

Com relação às causas psicológicas que envolvem a síndrome do pânico e as fobias, destacam-se as explicações oferecidas pela teoria psicanalítica e pela teoria comportamental. A primeira sugere o uso dos “mecanismos de defesa”, dentre eles o recalque no qual a angústia é destituída da “consciência” do sujeito e “associada ao objeto fóbico” através do “deslocamento”. A segunda teoria enfatiza o comportamento, afirmando que há todo um “condicionamento operante” considerado como forma de aprendizado para evitar o que estimulou a angústia (PAULINO *et al.*, 2002, p. 462).

Com esses apontamentos sobre a abordagem da psiquiatria vamos entrar na questão da visão da psicanálise. Neste sentido, abordaremos o cenário de teóricos psicanalíticos, o que trazem na questão das patologias (pânico, fobia). Estas relacionadas à angústia a partir da psicanálise e da psiquiatria na contemporaneidade.

Nos dias atuais, os autores psicanalíticos têm se preocupado com as manifestações patológicas do pânico e da fobia. Isso porque, tanto no âmbito de atendimento aos adultos quanto na assistência às crianças, as queixas têm sido referidas a um importante sofrimento:

Ao lado da fobia, tem-se os distúrbios que a clínica psiquiátrica denominou “doença” ou “síndrome do pânico”. Estas “patologias do afeto” caracterizam a clínica no contemporâneo e ligam-se a manifestações da angústia (BESSET *et al.*, 1999, p. 177).

Para os autores psicanalíticos, o quadro de pânico seria, portanto, uma “resposta à angústia”, uma reposta do aparelho psíquico do sujeito à emergência da angústia, vivenciada como insuportável.

Em relação ao tratamento da fobia e do pânico, diz Basset *et al.* (1999), a psiquiatria indica a utilização de medicamentos que são aceitos cada vez mais nos dias atuais. Já a psicanálise propõe intervenções terapêuticas utilizando a linguagem, mais precisamente fazendo uso do próprio discurso do paciente.

Nicéas (2000) afirma que durante muito tempo existiu diálogo entre psicanalistas e psiquiatras a respeito da angústia. Uma interlocução entre teóricos de diferentes abordagens que chegou a relativo entendimento a partir da teorização de Freud a respeito da neurose. Nessa teoria freudiana o primeiro grupo de neuroses é chamado de “neuroses atuais” e dentre elas encontra-se a “neurose de angústia”, assunto que será tratado no próximo capítulo (NICÉAS, 2000, p. 93).

Foi somente a partir de 1980 que ocorreram mudanças na classificação, quando o DSM III introduziu a categoria de transtorno de pânico (que nada mais foi do que uma reformulação dos “chamados estados de ansiedade”.

Ainda de acordo com Nicéas (2000), foi neste período que as propostas de tratamento da angústia, sugeridas por psiquiatras e psicanalistas, se distanciaram. Mas por que isso aconteceu?

Para Rosenberg<sup>8</sup> (1997, p.74), esses distanciamentos ocorreram por conta de radicalizações de posicionamentos, as comunicações foram restrinvidas entre os profissionais de diferentes enfoques. Alguns psicanalistas continuaram no caminho da orientação freudiana, enquanto os psiquiatras escolheram seguir clinicamente através da medicação.

É importante pontuar que, na nova classificação, as mudanças foram implementadas a partir de “um novo recorte de fatos clínicos”. A psiquiatria contemporânea propôs que o tratamento da angústia emergente do sujeito fosse realizado com base no termo Ataque de Pânico. Há o esclarecimento deste autor de que a partir da nova versão, “um transtorno de ansiedade” foi diferenciado na nova classificação. Vejamos a seguinte passagem de Nicéas (2000):

Um transtorno que se particularizava pela irrupção aguda e intensa de sintomas físicos. A esse transtorno deram o nome de “transtorno de pânico”, a denominação “ataque de pânico”, traduzindo, propriamente, o conjunto sintomatológico nuclear necessário ao estabelecimento desse diagnóstico (NICÉAS, 2000, pp. 95-96).

Pode-se compreender então que na nosografia atual, conforme já mencionado, de acordo com a classificação do DSM IV, para se diagnosticar o

---

<sup>8</sup> [http://revistapercurso.uol.com.br/pdfs/p19\\_texto10.pdf](http://revistapercurso.uol.com.br/pdfs/p19_texto10.pdf)

Transtorno do Pânico é necessário que ocorra o Ataque de Pânico e na ausência dele seria considerado como “ansiedade generalizada”.

Nicéas (2000) destacou um ponto fundamental da questão do diagnóstico. Trata-se do fato de o sujeito não compreender a natureza de sua angústia, o porquê de ser invadido por ela. No entanto, para a clínica psiquiátrica, o que interessa é o medicamento, sendo irrelevante o motivo pelo qual o sujeito está angustiado. A medicação sendo administrada irá retirar a angústia, mas digamos que momentaneamente, o que parece fazer com que o sintoma não seja tratado pela palavra e o sujeito continuando sem saber nada a respeito da causa do sintoma. A psiquiatria caracteriza o pânico como um medo associado a manifestações do sistema nervoso autônomo, podendo ocorrer sem nenhum estímulo externo significativo. No entendimento da psicanálise, trabalha-se com a hipótese de que esse medo tenha origem no interior do sujeito, não havendo, contudo, nada palpável contra o que ele deva lutar, ou do tenha que fugir. Nessa compreensão, portanto, o medo é entendido como manifestação do mundo psíquico do sujeito.

Ao falar dessas manifestações do sistema nervoso (a partir da ordem biológica), Rosenberg<sup>9</sup> (1997, p. 79) sinalizou que a psicanálise preocupa-se com o entendimento, com a compreensão das causas que tais estímulos trazem para o sistema nervoso, tanto ao central como ao autônomo. Nesse sentido, direciona-se à história do sujeito e às questões inconscientes, como aquelas que determinam o surgimento do afeto e da angústia “a nível corporal”. Os sintomas que aparecem no corpo, como a sudorese e as palpitações, podem ser desencadeados por lembranças: uma palavra, uma cor, um cheiro.

---

<sup>9</sup> [http://revistapercurso.uol.com.br/pdfs/p19\\_texto10.pdf](http://revistapercurso.uol.com.br/pdfs/p19_texto10.pdf)

Esses desencadeamentos, afirma Rosenberg (1997<sup>10</sup>), estariam ligados a representações reprimidas.

Mas há uma linha da psiquiatria organicista que tende a enfatizar, mesmo sem comprovação plena, que aquilo que dá margem às crises de pânico tem origens biológicas. Dentre os especialistas que defenderam essa ordem biológica pode-se citar Chapa (1997 *apud* Rosenberg<sup>11</sup>, 1997, p.77). Segundo esse autor, no que se refere ao viés biológico, existem diversos padrões de explicações, que nem sempre estão em concordância, “mas em geral têm uma tendência a invalidar a ideia de que exista um único transmissor comprometido.” Já Johnson *et al.* (1995 *apud* Rosenberg<sup>12</sup>, 1997, p. 77) destacaram o seguinte: “a síndrome do pânico poderia ser uma entidade biologicamente heterogênea, na qual existam alterações decorrentes da presença de dois ou mais neurotransmissores.”

De acordo com a afirmação de Pereira (2008, p.13), a explicação neurológica da síndrome do pânico teve um grande peso na abordagem da medicina moderna, prevalecendo a hipótese de que ela seria “originada pela disfunção dos neurotransmissores cerebrais e curável com drogas específicas”.

O mesmo autor informa ainda que:

Os ataques de pânico constituiriam a parte visível – um sintoma, na acepção médica – de uma alteração sutil e invisível do funcionamento neurocerebral. A origem genética não é descartada por muitos pesquisadores (PEREIRA, 2008, p. 49).

---

<sup>10</sup> [http://revistapercurso.uol.com.br/pdfs/p19\\_texto10.pdf](http://revistapercurso.uol.com.br/pdfs/p19_texto10.pdf)

<sup>11</sup> *ibidem*

<sup>12</sup> *ibidem*

A psicanálise, segundo Rosenberg<sup>13</sup> (1997), busca a partir dos “processos psíquicos”, a explicação para aquilo que é colocado em pauta nessa descarga de neurotransmissores. Trata-se, como já foi mencionado, da valorização do cenário histórico do sujeito e que pode ser decifrado pela linguagem, pela palavra. Em relação a isso, Pereira (2008, p.59) diz que em nossa linguagem comum a palavra pânico é “polissêmica por excelência” e que sugere “significados múltiplos e heterogêneos, tais como: fenômeno de multidão ou crise afetiva do indivíduo”. Fica claro, portanto, que pode existir mais do que um significado para o vocábulo pânico quando o observamos sob o ponto de vista da linguagem.

J. Meerloo (*apud* Pereira, 2008, p. 61) revelou que a palavra pânico, nas línguas europeias, é usada para “expressar emoções coletivas de terror, de perplexidade e de horror”. Já na “Grã-Bretanha” tem a conotação de expressão de “reações individuais diante do perigo”.

Segundo Pereira (2008, p.62) a palavra “pânico” remete a um fenômeno de multidão, de caos, multidão desenfreada e descontrolada. Por outro lado, afirma que também pode aludir a “uma experiência afetiva individual”, como pode ser observado em expressões cotidianas similares a estas: “ele foi tomado de pânico” ou ainda “fulano panicou”.

Essas são manifestações de uma linguagem corriqueira que está carregada culturalmente de imagens, que dispõe “[...] de uma imensa capacidade de evocação plástica”. Nesse sentido, é comum que o indivíduo tenha na memória cenas impressionantes que são exibidas pela mídia, em noticiários de televisão, filmes, ou mesmo que fizeram parte da história pessoal do sujeito (PEREIRA, 2008, p. 62).

---

<sup>13</sup> *ibidem*

Assim como na teoria freudiana, que leva em conta todas as “insistências e repetições de um discurso”, o autor Pereira (2008, p.61) nos propõe que se considere a palavra “pânico” como uma potência portadora de “significações” com capacidade de prover ensinamentos novos sobre um fundo de cena psicopatológico de onde tais “insistências” eclodiram da linguagem da psiquiatria contemporânea.

Retomando o viés psiquiátrico da questão, observa-se que a psiquiatria apresentou, fundamentada em bases empíricas, novas configurações de argumentação, sustentando dessa forma a hipótese biológica citada anteriormente. Eis as configurações mais significativas, de acordo com as palavras de Pereira (2008):

- A incompreensibilidade dos ataques em relação aos conteúdos psíquicos conscientes do paciente;
- A descoberta da possibilidade de indução experimental de novas crises em pacientes acometidos por ataques de pânico por meios bioquímicos tais como lactato de sódio, a yombina, o gás carbônico, a cafeína, o isoproterol e a colecistocinina, entre outros;
- A evidência de alteração significativa do fluxo sanguíneo cerebral desses pacientes, sobretudo nas regiões hipocampais e parahipocampais;
- A associação, estatisticamente demonstrada em indivíduos, entre ataques de pânico e de prolapsos da válvula mitral;
- A maior frequência desse tipo de ataques em indivíduos de uma mesma família do que entre a população em geral;
- Uma maior probabilidade de aparição de ataques em gêmeos monozigóticos do que em gêmeos dizigóticos;
- A importante melhora clínica dos sintomas, especialmente dos ataques de pânico, pela utilização de substâncias farmacológicas específicas (PEREIRA, 2008, p.49).

Os estudos também chamaram a atenção daqueles que pesquisam as abordagens cognitivas e comportamentais que, igualmente, integram essas configurações significativas. Segundo Paulino *et al.* (2002, p. 461) a utilização da farmacologia é, para alguns autores, tão eficaz quanto a possibilidade da “associação das duas técnicas” (cognitivas/comportamentais e medicamentosa) “seja a forma mais eficiente de tratar a doença”. No entanto, buscando retomar a questão (controversa) da etiologia e da nosografia do pânico e da fobia, não se pode deixar de fazer referência a um jogo de interesses que vai além do conhecimento científico e que levanta debates nessa área. Haveria, por exemplo, as questões do prestígio e da possibilidade de se monopolizar o mercado de trabalho e as verbas designadas às pesquisas. Nesse sentido, infere-se que os interesses não estão voltados somente para a melhora do sujeito. Há também os interesses de um mercado corporativista como, por exemplo, o da indústria farmacêutica que produz e distribui remédios para os laboratórios, para as farmácias, para os hospitais, chegando ao sujeito.

Pode-se perceber que, com as mudanças na classificação (ocorridas desde o DSM III) houve a êminência da psiquiatria biológica, assim como da psicofarmacologia e disso resultou o aumento dos medicamentos para alívio específico.

Nota-se que a psiquiatria contemporânea caminha em direção a novas classificações descritivas dos distúrbios, esquecendo-se das questões sociais e da dinâmica de vida presentes na história de cada sujeito.

Para Rosenberg<sup>14</sup> (1997), o ideal seria articular a perspectiva biológica, no mapeamento dos fatores orgânicos, e a teorias psicodinâmicas, que levam em conta o contexto e a subjetividade dos sujeitos.

---

<sup>14</sup> [http://revistapercurso.uol.com.br/pdfs/p19\\_texto10.pdf](http://revistapercurso.uol.com.br/pdfs/p19_texto10.pdf)

## Capítulo 2 A angústia<sup>15</sup> em Freud

### 2.1 A primeira teoria da angústia

É interessante que a abordagem da angústia seja realizada a partir das reflexões de Freud a esse respeito, mais precisamente, desde o início de suas formulações teóricas.

Sabe-se que Freud, com base em suas observações clínicas, levantou questionamentos acerca do papel da angústia nas neuroses. Suas considerações foram relatadas ao amigo Fliess através de cartas. Observemos alguns de seus escritos, iniciando pelo *Rascunho B* (1893a).

Nesse documento Freud (1893a, p.223) fala sobre a etiologia das neuroses e aborda um tema pertinente a esse trabalho quando conceitualiza a neurastenia. De acordo com suas palavras, “a neurastenia é sempre apenas uma neurose sexual”.

Para Freud (1893a), a etiologia da neurastenia estaria relacionada com a questão do esgotamento sexual, podendo haver também uma predisposição para uma afecção nervosa. Ele afirmou, no entanto, que sem o esgotamento sexual, os sintomas não seriam desencadeados.

Segundo o psicanalista, a neurastenia masculina seria adquirida na puberdade e manifestada, aproximadamente, aos vinte anos de idade, tendo

---

<sup>15</sup> Como esclarece o tradutor da edição brasileira das obras completas de Freud, *anxiety* foi a opção do tradutor inglês para o termo alemão *Angst* utilizado por Freud. *Ansiedade* é a tradução empregada em toda a Edição Standard Brasileira, salvo em expressões já consagradas, tais como ‘neurose de angústia’ e ‘histeria de angústia’. (FREUD, 1895, p.117)

origem na masturbação. Em relação ao sexo feminino, seria mais frequente em mulheres casadas e nas solteiras mais idosas.

Nesse mesmo rascunho, ainda diferenciando as neuroses atuais e as neuroses sexuais, ele afirmou que a neurastenia teria relação com a sexualidade, isto é, com uma vida sexual anormal, na qual haveria uma descarga inadequada da sexualidade (pacientes que só se masturbavam, por exemplo).

Dessa forma, ao observar que os casos de neurastenia estariam caracterizados incontestavelmente pelo surgimento de “uma certa diminuição” da confiança do sujeito em si mesmo, por uma esperança pessimista das coisas e por uma tendência a pensamentos aflitivos, questionou se o aparecimento elevado do “fator angústia” (sem que os outros sintomas estivessem desenvolvidos) não deveria ser destacado como uma “neurose independente” – a neurose de angústia, levando em consideração, de forma particular, que ela pode ser encontrada na neurastenia e “não menos frequentemente na histeria” (FREUD, 1893a, pp. 226-227).

Ainda nas palavras desse autor, “a neurose de angústia surge sob duas formas: como um estado crônico e como um ataque de angústia”. Elas se combinam com facilidade e o ataque de angústia “nunca” acontece com a ausência de sintomas “crônicos” (FREUD, 1893a, p. 227).

Freud (1893a) buscou encontrar a origem do fator angústia e apresentou três formas desse quadro:

1 - Estado crônico → mais comum nos homens neurastênicos;

2 - Ataque de angústia → ligado à histeria, sendo mais frequente em mulheres e não acontecendo sem os sintomas

crônicos;

3 - Depressão periódica → pode permanecer por semanas ou meses.

A seguir será apresentada uma lista de sintomas da angústia que, de acordo com Freud (1893a, p.227), poderiam ser considerados crônicos:

- Angústia relacionada com o corpo (hipocondria);
- Angústia em relação ao funcionamento do corpo (agorafobia, claustrofobia, vertigem em lugares altos);
- Angústia relacionada com as decisões e a memória.

No *Rascunho D* (1894a), o psicanalista fez uma classificação das principais etiologias das neuroses, mas ainda existiam várias lacunas a respeito das neuroses.

Somente no *Rascunho E* (1894b), intitulado “como se origina a angústia”, ele mencionou a questão do afeto que, de forma mais convicta, relacionou à questão da sexualidade.

Em suas formulações, Freud (1894b) concluiu ainda que o início da angústia estaria ligada a uma questão física e não psíquica, sem, contudo, conseguir defini-la:

[...] A neurose de angústia afeta tanto as mulheres que são frigidas no coito como as que têm sensibilidade. Esse aspecto é interessante, e só pode significar que a origem da angústia não deve ser buscada na esfera psíquica. Por conseguinte, deve ser radicada na esfera física: é um fator físico da vida sexual que produz a angústia. Mas que fator? (FREUD, 1894b, p. 235).

Nos casos observados, Freud percebeu que o ponto em comum estava relacionado com a abstinência sexual: angústia de mulheres e homens que

viviam a prática do coito interrompido, mulheres que não eram satisfeitas devido à impotência sexual de seus maridos. Isso o conduziu a uma primeira teoria da angústia, entendida como um acúmulo de energia, acúmulo de libido que não foi descarregada. Nesse sentido, ponderou que a angústia surgiria por transformação, visto que a libido ficaria livre e a tensão física aumentaria. Não havendo, então, uma via adequada de descarga, se transforma em angústia. Freud (1894b) citou também uma diferença de comportamento da energia acumulada quando associada à melancolia e à neurose de angústia:

Com frequência muito especial verifica-se que os melancólicos são *anestéticos*. Não têm a necessidade de relação sexual (e não têm a sensação correlata). Mas têm um grande anseio pelo amor em sua forma psíquica – uma tensão erótica psíquica, poder-se-ia dizer. Nos casos em que esta se acumula e permanece insatisfita, desenvolve-se a melancolia. Aqui, pois, poderíamos ter a contrapartida da neurose de angústia. Onde se acumula tensão sexual física – neurose de angústia. Onde se acumula tensão sexual psíquica – melancolia (FREUD, 1894b, p. 237).

Nesse *Rascunho E* (1894b), a neurose de angústia pode ser entendida com maior clareza quando Freud (1894b) associa essa transformação à seguinte ocorrência: há um aumento da tensão física e essa desperta o afeto psíquico, mas tal conexão não é suficiente. Noutras palavras, “um afeto sexual” não é gerado porque falta algo no aparelho psíquico. Essa tensão quando não é conectada a uma representação psíquica transforma-se em angústia.

Tais ideias trazem, então, a percepção de que na neurose de angústia há “uma espécie de conversão”, parecida com o mecanismo em jogo na histeria: existe uma tensão física que não entra no campo do psiquismo

permanecendo no físico. Já na histeria é uma “excitação psíquica” que também evolui para o somático, para o corpo (FREUD, 1894b, p. 240).

Nota-se que nesse rascunho, a angústia na teoria freudiana está mais clara em relação a ter uma questão sexual, sendo que aparece porque o sujeito pode ter elevadas cargas de excitações sexuais e não há descarga suficiente, isto é, um acúmulo da libido impossibilitada de ser utilizada. Vale destacar sua interpretação, por exemplo, para a relação entre angústia e o *coitus interruptus*:

Duas coisas poderiam originar o sentimento de angústia no *coitus interruptus*: na mulher o receio de ficar grávida e, no homem, a preocupação de seu artifício [preventivo] poder falhar. A partir de uma série de casos, convenci-me de que a neurose de angústia também surgia em situações em que, para as duas pessoas envolvidas, a eventualidade de virem a ter um filho basicamente não representava uma questão de maior importância (FREUD, 1894b, p. 235).

Nesse ponto da teoria freudiana entende-se que há relação entre a neurose de angústia e a sexualidade, tanto no homem quanto na mulher. Mas o que determinaria os sintomas das neuroses atuais seria algo da esfera física sexual e não apenas da área psíquica: uma abstinência sexual geraria a neurastenia e uma descarga insuficiente (ou inadequada), provocaria a neurose de angústia.

Na análise da relação entre a angústia e uma causa sexual, Freud (1894b) citou sete situações que demonstram essa conexão:

(1) Angústia das pessoas *virgens*: confirmada por numerosos exemplos, em ambos os sexos, predominantemente no sexo feminino. Não raro, existe um indício de uma ligação intermediária – uma sensação semelhante à ereção, que aparece nos genitais.

(2) Angústia de pessoas *voluntariamente abstinentes*: das *beatas* (um tipo de neuropatia), de homens e mulheres que se caracterizam pelo rigor excessivo e por uma paixão pela limpeza, que consideram horrível tudo o que é sexual. As mesmas pessoas tendem a transformar sua ansiedade em fobias, atos obsessivos, *folie de doute*.

(3) Angústia de pessoas *obrigatoriamente abstinentes*: mulheres que são esquecidas por seus maridos ou não satisfeitas devido à falta de potência. Essa forma de neurose de angústia certamente pode ser adquirida e, devido a circunstâncias concomitantes, combina-se muitas vezes com a neurastenia.

(4) Angústia das mulheres que vivem a prática do *coitus interruptus* ou, o que é parecido, das mulheres cujos maridos sofrem de ejaculação precoce – portanto, pessoas em que a estimulação física não é satisfeita.

(5) Angústia dos homens que praticam o *coito interruptus* e mesmo dos homens que se excitam de diferentes maneiras e não empregam sua ereção para o coito.

(6) Angústia dos homens que *vão além do seu desejo ou da sua força*: pessoas de mais idade cuja potência está diminuindo, mas que, ainda assim, se impõem a prática do coito.

(7) Angústia das pessoas que se abstêm ocasionalmente: homens jovens que se casaram com mulheres de mais idade, por quem na verdade sentem repulsa; ou *neurastênicos* que foram desviados da masturbação pelo trabalho intelectual, sem compensá-los através do coito; ou homens cuja potência começa a enfraquecer e que, no casamento, abstêm-se das relações sexuais por causa de sensações *post coitum* (FREUD, 1894b, p.236).

Essa abstinência sexual, de acordo com Freud (1894b, p.237), levaria a um acumulo de excitação, o que chamou de “*acumulação de tensão sexual física*” porque não aconteceu uma descarga satisfatória da libido. A neurose de angústia, na leitura freudiana, não é essa acumulação, mas a transformação a partir dessa tensão sexual acumulada.

Freud (1894b, p.237) ressaltou ainda que no mecanismo da melancolia os sujeitos são “*anestéticos*”, isto é, não têm a necessidade de sexo, apenas

do amor na forma psíquica. Nesses casos, haveria uma tensão erótica psíquica que, ao se acumular (não encontrando satisfação) geraria a melancolia.

Em resumo:

- Onde há acumulação da tensão sexual física → neurose de angústia
- Onde há acumulação sexual psíquica → melancolia

Vale ressaltar que Freud (1894b) referiu-se a essa transformação na neurose de angústia a partir de uma tensão acumulada. De acordo com suas palavras,

[...] 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 se 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, 1894b, p. 238).

Como aponta Goldgrub (2010, p.15), nesse momento de seu desenvolvimento teórico, a suposição freudiana é de que a origem da angústia estaria relacionada à “[...] expectativa sexual não realizada ou não consumada em sua plenitude”.

Ainda em relação à angústia, Freud argumenta, em suas *Conferências Introdutórias sobre a psicanálise, XXV – A ansiedade* (1916-1917), que todos os neuróticos já passaram por tal situação. Além disso, considera a angústia um sofrimento e que, dependendo de sua intensidade, pode gerar as “[...] atitudes mais loucas”. Segundo o psicanalista,

Cada um de nós experimentou essa sensação, ou, para expressar com maior correção, esse estado afetivo, numa ou noutra época, por nossa própria conta. Penso, porém, que jamais com seriedade suficiente levantou-se a questão de saber por que os neuróticos, em particular, sofrem de ansiedade tanto mais e tão intensamente do que outras pessoas. Talvez tenha sido considerado como algo evidente por si mesmo: as palavras “*nervos*” e “*angstlich*” são usadas comumente de modo intercambiável, como se significassem a mesma coisa. Mas não temos direito de fazê-lo: existem pessoas “*angstliche*” que, de outro modo, não são absolutamente “*nervos*”, e ademais, não inclui pessoas “*nervose*” que padecem de muitos sintomas, entre os quais uma tendência à “*Angst*” (FREUD, 1916-1917, p. 394).

Fingermann (*apud* Soler, 2012, p.15) mencionou que, para Freud, a angústia é experimentada no Eu, que “é um afeto genérico do *falässer*, do ser falante”. A autora ressalta que esse assunto não é inerente apenas aos dias atuais, que provém de nossa história, que é tão velho como nosso mundo. Ela afirma também que, não existiu nenhum “sujeito que não tenha tido a experiência da angústia”.

Mesmo reconhecendo que todos parecem sofrer de ansiedade (neuróticos ou não) Freud já identificava uma tendência à “*Angst*” e insistia em buscar uma resposta precisa, sob a perspectiva da psicanálise, para a questão da angústia.

Na obra *Conferências Introdutórias sobre a Psicanálise, XXV- A Ansiedade*, Freud (1916-1917) introduziu a noção de angústia “realística”. Trata-se, segundo ele, da reação à aparição de um objeto concreto, à percepção de um perigo externo. Refere-se a um dano que é esperado, relacionado “ao reflexo de fuga”. A angústia “realística” poderia ser percebida como enunciação “do instinto de autopreservação” (Freud, 1916-1917, p. 395). Para Goldgrub (2010, p.13) a “ansiedade realística” parece ter a função de

adaptar o organismo diante do perigo e que ela poderia estar mais apropriadamente associada ao “medo”.

A identificação do objeto e das situações que originam a angústia realística dependerá, “naturalmente”, do nível de conhecimento que o sujeito possui em relação ao mundo exterior. Freud exemplificou dizendo que é compreensível,

[...] como um selvagem tem medo de um canhão e fica temeroso de um eclipse do sol, ao passo que o homem branco que sabe manejar a arma e pode prever o eclipse, permanece sem ansiedade nessas circunstâncias. Em outras ocasiões, é realmente o conhecimento superior que promove a ansiedade, porque possibilita um reconhecimento precoce do perigo. Assim o selvagem ficará aterrorizado com um rastro na floresta, porque este o avisa da proximidade de um animal bravio; o mesmo rastro nada indica para uma pessoa desinformada dessas coisas; e um marinheiro experimentado sentirá temor ao ver uma pequena nuvem no céu, porque ela lhe fala de um tufão aproximando-se; para um passageiro, a nuvem parecerá algo banal (FREUD, 1916-1917, p. 395).

Dessa forma, a angústia realística pode ser considerada vantajosa, pois induz o sujeito à fuga ou à defesa, ele avaliará sua força própria ante o tamanho da ameaça. Decidir entre fugir e defender-se significa optar por uma saída e, assim que essa escolha é feita, diz Freud (1916-1917), não há mais lugar para a angústia. Ele afirmou ainda que, dependendo da dimensão da angústia, o sujeito pode ficar paralisado e, partindo dessa reflexão, abordou questões relativas ao afeto de angústia e à ação de defesa, que estaria ligada a uma ação motora do sujeito.

Freud preocupou-se também em diferenciar os termos utilizados para referenciar situações nas quais o sujeito defronta-se com algo que não estava

preparado para enfrentar: *Angst* (angústia) considerando como um estado, *Furcht* (medo) e *Schreck* (susto).

A angústia, nessa fase da teoria freudiana, parecia estar ligada a um estado gerado no momento em que nos deparamos com um afeto, situação que promove descargas motoras e sensações de prazer e desprazer, ligado às repetidas experiências significativas que o sujeito vivenciou.

Vale ressaltar, no entanto, que, naquele contexto, o afeto ainda não era um tema totalmente compreendido. Quando mencionou a questão da repetição do afeto de angústia, Freud (1916-1917, p. 397) acreditou que esse corresponderia ao afeto vivenciado pelo sujeito no “ato do nascimento”, momento no qual ocorrem várias sensações, impulsos de descarga e sensações corporais, tornando-se um padrão de efeitos diante de um perigo.

Referindo-se a esse afeto, que Freud relacionou ao ato do nascimento, Goldgrub (2010, p.13) sugere que, do ponto de vista fisiológico, ele daria origem à “reação afetiva” que corresponde à ativação do sistema nervoso autônomo cuja responsabilidade é movimentar os órgãos internos do corpo (pulmões, coração etc.) que, por sua vez, preparam o organismo para “a ação” e para a sobrevivência.

Para Freud (1916-1917) é muito significativa a possibilidade da origem do primeiro estado de angústia ter se dado com a separação da mãe, sendo incorporado ao organismo.

Depois de aprofundar seus estudos em torno das manifestações da angústia dos neuróticos (angústia neurótica), em suas formas ou situações, Freud (1916-1917, p.399) propôs a existência de uma angústia flutuante e livre, pronta a se conectar a uma ideia, que influenciaria o julgamento do sujeito,

ficando à espera de uma oportunidade de justificação. A esse estado denominou de “ansiedade expectante” ou “expectativa ansiosa”, ao qual se referiu como uma primeira forma de angústia.

Os sujeitos que sentem esse tipo de angústia são aqueles que veem o lado negativo das coisas, são pessimistas, sem autoconfiança. A essa angústia, em sua forma exagerada, Freud chamou de “neurose de angústia” (FREUD, 1916-1917, p.399).

A segunda forma de angústia (que não está livre e flutuante) Freud (1916-1917, p.399) denominou de “ansiedade das fobias”. Trata-se de uma angústia que estaria ligada psiquicamente a objetos e situações e que, em geral, seria estranha, pois poderia assumir várias formas. Tais fobias foram pesquisadas pelo psicólogo americano Stanley Hall que disse:

Ouçam todas as coisas que se podem tornar objeto ou conteúdo de uma fobia: escuridão, ar livre, espaços abertos, gatos, aranhas, lagartas, cobras, ratos, trovoadas, pontas agudas, sangue, espaços fechados, multidões, solidão, atravessar pontes, viagens marítimas, viagens de trem etc. (HALL, 1914 *apud* FREUD, 1916-1917, p. 399).

De acordo com Goldgrub (2010, p.14), Freud deixa de lado a angústia realística e para se dedicar a angústia neurótica e a descreveu fazendo a seguinte classificação:

- Uma angústia que está livre, flutuante que também chamou de “ansiedade expectante” que depois esta se enquadraria na categoria nosográfica de “neurose atual”;
- A angústia presente no caso das Fobias que corresponderia a um “medo desproporcional” como a claustrofobia (medo de espaços fechados) e

agorafobia (medo de espaços abertos); esta ansiedade soaria estranho para quem a observa.

- A angústia na Histeria que não teria nenhum perigo externo identificável.

Em relação ao medo presente nas fobias, Freud (1916-1917) identificou três grupos de situações que o envolvem. O primeiro grupo estaria relacionado com o perigo e não envolveria somente os neuróticos, mas também as pessoas normais. Como exemplo poderia ser citado o medo de cobras, visto que é um sentimento generalizado, a maioria das pessoas tem medo e repulsa por cobras.

No segundo grupo estariam aqueles medos relacionados a acidentes. Há, por exemplo, maior probabilidade de ocorrer um afogamento se uma viagem for feita de navio e esse naufrague; o passeio pode ser realizado de trem e ocorrer uma colisão. Ainda assim, as pessoas viajam, com certo medo, mas sem angústia. Incluem-se nessa categoria outras situações: medo da solidão, de trovoadas, de ambientes fechados.

O terceiro grupo, das fobias, refere-se às situações que revelam exagerada aversão a algo. É o caso, por exemplo, de pessoas que não suportam gatos e que são tomadas pela angústia quando esse animal toca em sua roupa. Também fazem parte desse grupo os medos de aranhas, de plantas e de cruzamentos de ruas. Como outros exemplos, pode-se mencionar a mulher sadia que é tomada de angústia ao deparar-se com um rato; o homem forte que não consegue caminhar por uma rua ou atravessar a praça de sua cidade natal por conta da angústia. Mas como correlacionar o “medo” de certas situações, e de animais, com o “perigo”?

Para Freud (1916-1917), no caso do medo de animais, o que existe é uma exagerada aversão humana, porque nem todas as pessoas temem os ratos ou sentem repugnância por gatos, ao contrário, podem se aproximar de um gato e sentir vontade de acariciá-lo. Noutra situação, uma mulher pode não se importar ao ser chamada de ratinha pelo namorado. No caso do homem que não consegue caminhar (ou atravessar a praça) sozinho temos um agorafóbico, visto que, se acompanhado por outra pessoa, consegue chegar ao local que lhe causa medo.

Essa terceira forma de angústia neurótica, vinculada ao perigo, pode aparecer na histeria. Podem ocorrer ataques espontâneos de maneira fracionada ou total sendo representados por apenas um sintoma fortemente desenvolvido, podendo ser representado por palpitações, tremor, desmaios ou dispnéia.

Em suas investigações clínicas Freud (1916-1917) examinou também a questão da angústia nos pacientes obsessivos que parecem não sofrer de ansiedade, porém, quando realizam atos de um ritual – e tentam não realizá-lo – são tomados por uma angústia que acaba sendo encoberta pelo próprio ato e pelo sintoma obsessivo.

Todas essas elaborações foram desenvolvidas por Freud a partir das observações clínicas que o levaram à seguinte conclusão: “a geração da ansiedade é a reação do ego ao perigo e o sinal para empreender a fuga.” Ou seja, na ansiedade neurótica, o ego tenta fugir das exigências da libido e esse perigo interno seria entendido por ele como externo (FREUD, 1916-1917, pp. 401-405).

Ainda na *Conferência XXV- A Ansiedade* (1916-1917), Freud abordou a angústia neurótica e angústia realística nas crianças e apontou certa dificuldade quanto à distinção entre esses termos quando relacionados à infância. Essa diferenciação é exposta com incerteza por conta da “conduta das crianças”, isto é, por causa de seu comportamento. Entretanto, deixou claro que as crianças não nos surpreendem quando se assustam com pessoas estranhas ou quando estão diante de novas situações porque é natural justificarmos tal comportamento por ser uma reação espontânea por estranhamento tanto de pessoas quanto aos novos acontecimentos. Dessa forma, Freud (1916-1917, p. 406), inicialmente, atribuiu à criança uma “forte tendência à ansiedade realística”, mas pontuou que não é um estado de apreensão inato. Considerou que a criança pode se assustar com a presença de estranhos porque está acostumada com a imagem de pessoas familiares que fazem parte de seu convívio, principalmente o rosto da mãe. E destacou, ainda assim, que nem todas as crianças se assustam com pessoas estranhas ou novas situações.

Para Freud, diante do estranho, a criança se sente desamparada e a libido acaba se transformando em angústia. Sugere que haveria uma “repetição do fator determinante do primeiro estado de ansiedade durante o ato do nascimento”, ou seja, “a separação da mãe” (FREUD, 1916-1917, pp. 406-407). Observemos o seguinte fragmento:

Permitam-me summarizar o que nossas observações relativas ao estado de apreensão das crianças nos têm ensinado. A ansiedade infantil tem escassa relação com a ansiedade realística, mas por outro lado, relaciona-se estreitamente com a ansiedade neurótica dos adultos. Assim como esta, deriva-se da libido não-utilizada e substitui o objeto de amor ausente por

um objeto externo ou por uma situação. (FREUD, 1916-1917, p.409)

Buscando a continuidade da teoria freudiana nas considerações contemporâneas, Neto & Martinez (2002, p.44) pontuaram que Freud, em sua obra *Conferências Introdutórias sobre a Psicanálise, XXV - A Ansiedade*, (1916-1917), introduziu em sua teorização da angústia algo novo: a “angústia realista”, mas para conciliar foi necessário que ele introduzisse o Eu, que diante do excesso de libido reagiria como a “intenção de fuga” diante uma situação de perigo.

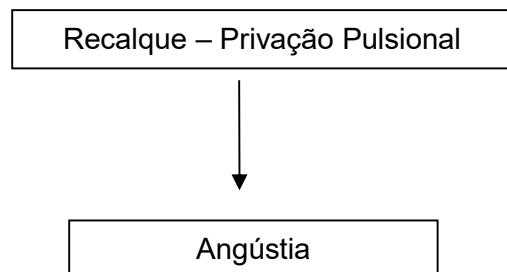
Já Pisetta (2008, p.405), em suas considerações destaca que Freud nesse primeiro momento teorizou a angústia como “um afeto que incide posteriormente em relação ao recalque”. De fato, Freud elaborou que a transformação do afeto em angústia teria relevância no processo do recalque e afirmou:

Tenho afirmado que a transformação em ansiedade – seria melhor dizer, descarga sob a forma de ansiedade – é o destino imediato da libido quando sujeita a repressão. Devo acrescentar que este destino não é o único nem o definitivo (FREUD, 1916-1917, p. 410).

Soler (2012, p.17) assinala que angústia e recalque são termos que não podiam ser pontuados sem a introdução de que “o recalque é solidário com a defesa contra uma pulsão: privação pulsional.” Assim, seria uma forma que a teoria freudiana encontraria para explicar tanto as psiconeuroses de defesa como as neuroses atuais porque as “perturbações psíquicas surgiram de uma conjuntura atual implicando uma privação pulsional para o sujeito”.

Soler (2012, p.16) apresenta o seguinte esquema da primeira teoria de Freud sobre a angústia:

O recalque gera a angústia



Esta primeira teoria perdurou até 1926, quando Freud reformulou suas reflexões sobre a angústia.

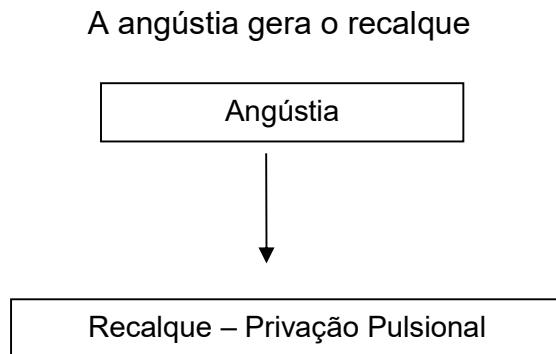
## 2.2 A segunda teoria da angústia

Em seu texto *Inibição, sintoma e angústia* (1925-1926), Freud não considerava mais a angústia como uma libido transformada, mas tentava caracterizar a angústia como uma reação a um trauma e como um sinal de perigo. Surge daí uma segunda teoria da angústia.

Relativamente ao trauma, o autor destacou que o mesmo corresponderia à perda do objeto amado, experimentada desde o nascimento: “a perda da mãe como objeto amado”. Ele afirmou ainda que a ansiedade “[...] ‘como um sinal’ é a resposta do ego à ameaça da ocorrência de uma situação traumática. Tal ameaça constitui uma situação de perigo (FREUD, 1925-1926, p. 85).

Nesse texto Freud introduziu uma nova teorização ao compreender a angústia como sendo a causa do recalque, apontando para uma nova

concepção. Soler (2012) destaca que, em 1927, Freud fez uma atualização de sua doutrina, invertendo a tese inicial:



Em um primeiro tempo, Freud pensou que o afeto da angústia era um efeito, um resultado do recalque, o que quer dizer, resultado de uma privação pulsional que o recalque implica. E depois, a partir de 1927, ele terminou com a tese exatamente inversa: a angústia não é um efeito, a angústia é a causa (SOLER, 2012, p. 16).

Nesse texto de virada, Freud diferenciou o mecanismo psíquico em jogo em três termos: inibição, sintoma e angústia.

De acordo com Checchinato (*apud* Safouan, 1989, p. 11) Freud revelou que “o sintoma é o sinal e substituto de uma satisfação pulsional que não se realizou”. Assim seria algo que fora afastado pelo recalque. Os sintomas têm a função de “formação de compromisso” entre duas forças em conflito: a “libido insatisfieta” e a “força repressora”, que compartilhou de sua origem.

Na inibição, que não tem nada a ver com o patológico, os mecanismos psíquicos ficam a serviço do Eu como uma maneira de proteção contra a angústia e podem assumir várias formas de inibição das funções do Eu: sexual, alimentar, de locomoção ou até mesmo quando o sujeito executa um trabalho com desprazer, sem vontade de realizar. São funções que levam o Eu a

perceber que está sendo envolvido numa tarefa que é psiquicamente complexa e podem representar uma ameaça ou desconforto.

Freud (1925-1926, p.94) concluiu a respeito da inibição: “[...] são restrições das funções do ego que foram ou impostas como medida de precaução ou acarretadas como resultado de um empobrecimento de energia”.

A angústia Freud definiu como uma forma de sinal, uma maneira de proteção do Eu, lembrando que já falamos da angústia neurótica e da angústia realística. Essa última correspondendo a um perigo da realidade e conhecido, enquanto a primeira corresponderia a um perigo de cunho pulsional que o sujeito desconhece.

Essa relação entre angústia, defesa (recalque) e medo (fobia) é explorada por Freud de forma abrangente na *Análise de uma fobia em um menino de cinco anos* (1909): o caso do Pequeno Hans. O garoto tinha um sintoma fóbico - o medo de animal, especificamente de cavalos. Tal fobia teve início após um sonho de angústia em que o menino se via separado da mãe e intensificou-se durante um passeio no qual presenciou a queda de um cavalo na rua.

Esse sintoma fóbico evoluiu de tal forma que Hans não conseguia sair de casa, apresentando uma inibição que restringia seus deslocamentos. No trabalho de análise do histórico e dos sintomas do menino, realizado através dos relatos de seu pai, Freud constatou que o medo do cavalo era uma formação substitutiva ao fato do Eu reconhecer o perigo da castração. A angústia inicial de Hans era um sinal da angústia de castração. Freud percebe que o medo de um animal (o cavalo), remetia na verdade ao medo da mordida do cavalo, ou seja, a fantasia revelada no sintoma fóbico, era o medo de ser

mordido. Este raciocínio permitiu que Freud (1925-1926, p.104) fizesse a seguinte afirmação: “Essa ideia, na realidade, esforçava-se por retirar-se da consciência e ser substituída por uma fobia indefinida na qual somente a ansiedade e seu objeto ainda apareciam”.

Acontece que, nesse caso, havia uma ambivalência. Hans sentia amor e ódio por seu pai. Por isso, Freud começou a relacionar a angústia com o complexo de castração e com o complexo de Édipo. Freud concluiu que a fantasia inconsciente, na verdade, era o temor de ser castrado pelo pai, e a fobia de Hans seria uma tentativa de solucionar o conflito gerado por essa ambivalência. Hans substituiu o pai pelo cavalo, ocasionando um deslocamento que deu origem ao sintoma fóbico, numa transformação da angústia em medo de um objeto específico.

A ansiedade sentida em fobias a animais é o medo de castração do ego; enquanto a ansiedade sentida na agorafobia (um assunto que tem sido estudado menos completamente) parecer ser o seu medo de tentação sexual – um medo que deve estar vinculado em suas origens ao medo de castração (FREUD, 1925-1926, p. 111).

A partir das formulações de Freud, em relação ao caso do pequeno Hans, Goldgrub (2010) sugere que a fobia seria o resultado de uma aversão por determinadas pessoas, objetos ou situações que seriam interpretados pelo sujeito como uma ameaça. Dessa forma, corrobora que, para a psicanálise, o objeto que faz desencadear a fobia está conectado às fantasias recaladas justamente devido à oposição aos valores conscientes. Assim, ocorreria um conflito, pois o sujeito passaria a ter medo ou repulsa, o que resultaria, novamente, numa retenção da libido que não foi utilizada, transformando-se em angústia.

Esse mesmo autor ressaltou que, na nova teoria da angústia freudiana, o que estaria em destaque seria o recalque. Sugeriu que a fobia infantil era resultante da angústia despertada quando o menino se dirige com exclusividade de afeto a mãe e a punição seria a própria ameaça da castração.

### **2.3 Angústia e defesa**

As investigações de Freud o deixaram longe do campo da neurologia e avançaram para a “histeria, “obsessões”, “fobias” e “psicoses alucinatórias” (FREUD, 1894, p.53). Através dos casos clínicos percebeu que todos os pacientes tinham um ponto em comum: alguma experiência, ligada à sexualidade, que foi incompatível, ou seja, houve um confronto do Eu com a própria experiência do sujeito. O que isto queria dizer? Em seu artigo sobre *As neuropsicoses de defesa* Freud (1894c) propôs a possibilidade de uma divisão da consciência. Poderia ocorrer um processo psíquico fora da consciência, isto é, ele estava se referindo à representação de uma experiência que ocasionou um afeto penoso, doloroso, intolerável que o sujeito precisou “esquecer” porque não dispunha de recursos para uma conciliação no aparelho psíquico. De acordo com as palavras de Freud (1894c), nas mulheres,

[...] esse tipo de representações incompatíveis assoma principalmente no campo da experiência e das sensações sexuais; e as pacientes conseguem recordar com toda a precisão desejável seus esforços defensivos, sua intenção de “expulsar aquilo para longe”, de não pensar no assunto, de suprimi-lo. (FREUD, 1894c, p. 55).

Diante desse conflito interno a defesa seria a separação do afeto que ficou acoplado àquela representação dolorosa, traumática. Embora constatando que esse seria o mecanismo de defesa em jogo nas “neuropsicoses de defesa”, Freud identifica que na histeria, nas obsessões e nas fobias, ocorrem caminhos diferentes. Na histeria Freud nomeou o retorno do conteúdo recalcado como conversão parcial ou total devido ao acúmulo de excitação – ou seja, essa excitação acumulada teria uma descarga via corpo, isto é, de forma somática.

Já na neurose obsessiva o afeto permanece na esfera psíquica, mas a representação psíquica fica enfraquecida. O afeto que permanece livre vai se ligar a outras representações “que não são incompatíveis em si mesmas”, o que Freud (1894c) chamou de “falsa ligação”. Tais representações se transformam em representações obsessivas. Ou seja, o sujeito fica livre da ligação conflitante porque encontra essa via de falsa ligação, como se fosse uma forma de solução de apaziguamento das ideias que são indesejáveis.

Nas fobias, poderíamos pensar que a excitação acumulada é liberada na forma de angústia e uma defesa secundária (para lidar com o insuportável dessa angústia) a desloca para uma fobia específica:

A angústia liberada cuja origem sexual não deva ser lembrada pelo paciente irá apoderar-se das fobias primárias comuns da espécie humana, relacionadas com animais, tempestades, escuridão, e assim por diante, ou de coisas inequivocamente associadas, de um modo ou de outro, com o que é sexual – tais como a micção, a defecação ou, de um modo geral, a sujeira e o contágio (FREUD, 1894c, p. 61).

Percorrendo as formulações teóricas de Freud sobre a angústia, percebemos que esse afeto tem destaque desde o início de suas investigações

clínicas e está diretamente ligado às suas teorizações sobre a dinâmica de funcionamento do aparelho psíquico e à dinâmica de formação dos sintomas. Desde a fase inicial Freud relacionou a angústia à sexualidade, portanto, com o pulsional. Num primeiro momento de sua obra, sua hipótese é que a angústia seria o efeito de uma descarga inadequada da pulsão sexual. Posteriormente, se dá conta de que a origem é o sinal do confronto do sujeito com o real da angústia de castração.

Nas inúmeras elaborações sobre a angústia, Freud (1894c) identificou (há mais de um século) alguns sintomas que seriam próprios do quadro que ele denominou de neurose de angústia. Vale a pena destacar como tais sintomas são compatíveis com o quadro descrito pela psiquiatria contemporânea como Síndrome do Pânico:

- Irritabilidade generalizada;
- Expectativa angustiada: quando o sujeito tem uma visão pessimista das coisas, bem como uma mania de duvidar que se refere a uma angústia que estaria ligada a moral. Conforme Neto & Martinez (2002) a angústia moral surgiria então como uma inibição das pulsões, isto é, uma libido que não foi utilizada;
- Ansiedade: que pode vir acompanhada de alguma representação ou ligada a algo corporal como dificuldade para respirar, excesso de suor, “fome devoradora” e o sujeito acaba sentindo todos estes sintomas e os classifica como um “mal estar”.

Ele distinguiu então, dentro desses, outros sintomas que fazem parte do ataque de angústia e que pertencem a uma expectativa angustiada:

- 1- O sujeito sente palpitações que estão ligadas à “atividade cardíaca”, como arritmia ou taquicardia que tem longa duração, podendo chegar até mesmo a deixar o coração fraco que não se diferencia do mesmo sintoma da “afecção cardíaca orgânica”;
- 2- Os ataques de angústia que surgem quando o sujeito sente dificuldade de respirar, como uma “dispnéia nervosa”, “asma” ou outros sintomas parecidos;
- 3- Sudorese excessiva, principalmente à noite;
- 4- Tremores e calafrios;
- 5- Excesso de fome;
- 6- Diarreia;
- 7- O sujeito sente tontura ao se locomover, peso nas pernas, tremor ou dobra dos joelhos, porém não ocorre a queda, mas pode ser substituído por um “desmaio profundo”, os acessos também podem ocorrer quando acompanhadas de “vertigem” quando o sujeito está em lugares altos;
- 8- Acesso de congestões;
- 9- Acesso de parestesias (formigamentos), como uma sensação de não se sentir bem;
- 10- O sujeito acorda em pânico à noite.

Percebemos, então, que na abordagem psicanalítica há uma relação da angústia com as pulsões e com a defesa - o recalque.

Segundo Carvalho (2012, p. 488) “para a psicanálise, a angústia configura-se ante um perigo pulsional e não ante o perigo de existir e nem ante o perigo real”. Laplanche (1981 *apud* Carvalho, 2012, p. 488) afirmou: “a angústia está intimamente ligada ao problema do recalqueamento e é na medida

em que as representações perigosas são recaladas que elas suscitam a angústia".

## Capítulo 3 A angústia em Lacan

### 3.1 A Angústia no Seminário IV

No capítulo anterior foi abordada a teoria freudiana da angústia e seus respectivos sintomas. Nesta parte do trabalho, pretende-se delinear a concepção lacaniana da angústia. Isso será feito a partir da articulação que Lacan estabeleceu entre a angústia e a fobia ao retomar o Caso Hans que fora analisado por Freud.

Na obra *Seminário IV A relação de objeto*, Lacan (1956-1957) procurou preencher as lacunas deixadas pela teoria freudiana relacionadas à angústia, ao retomar a análise do caso do pequeno Hans, a partir do qual traçara uma conexão entre a angústia e o medo daquele menino.

Essa obra nasceu num momento em que essa noção (a relação de objeto) estava em primeiro plano na teoria (e na prática) analítica daquela época. A relação de objeto era encarada como primária e primordial, considerada como uma relação dual, na qual o objeto era visto como simples correspondente do sujeito. Dessa forma, a evolução de uma análise se daria a partir da possibilidade de retificação da relação do sujeito com o objeto.

Lacan critica essa visão, afirmando que tal concepção significaria uma posição reducionista, que colocaria em primeiro plano apenas a existência do indivíduo em sua relação mais ou menos adequada, mais ou menos adaptada ao meio. Lacan relembra que, em Freud, a noção de “relação de objeto” é sempre aquela voltada à busca de um objeto para sempre perdido. Uma noção que aponta a tendência de busca do objeto da plena satisfação, para sempre

perdido (*Das Ding*) e que só pode ser reencontrado, o que implica numa repetição nunca satisfeita.

É nesse registro do impossível de saciar, portanto, que Freud assinalou a relação do sujeito com o objeto - uma relação profundamente conflituosa na medida em que envolve uma distância fundamental entre o que é procurado e o que é encontrado.

Neste sentido, a constituição do sujeito, como foi abordada no *Seminário IV* (1956-1957), ampliou o campo e a importância da linguagem, da ação da fala, a noção de significante, do discurso do sujeito nas relações com o mundo, bem como a função da própria angústia trazendo uma nova ótica que até então prevalecia na teoria e na prática psicanalítica daquela época. E nas palavras de Lacan (1956-1957, p.35) podemos perceber tal relevância: “Jamais em nossa experiência concreta da teoria analítica, podemos prescindir de uma noção da falta de objeto como central. Não é um negativo, mas a própria mola da relação do sujeito com o mundo”.

Vale pontuar que esses conceitos são fundamentais para a abordagem que Lacan faz à angústia.

Partindo dessa relação do sujeito com o mundo, ancorada na noção de falta de objeto, a angústia pode se manifestar de forma específica. Mas de que forma?

Nós (humanos) estamos sempre querendo algo, tentando concretizar um desejo, uma satisfação e, durante essa busca, muitas vezes nos sentimos angustiados. Lacan (1956-1957) afirmou que existe uma relação entre essa angústia e o desejo do Outro. Oportunamente retornaremos a essa articulação.

Por enquanto será observada a relevância da relação com a falta de objeto partindo do Complexo de Édipo.

No Seminário IV (1956-1957), Lacan parte do significado dessa relação de objeto na teoria freudiana. Diz ele: “Freud nos indica que o objeto é apreendido pela via de uma busca do objeto perdido”. A que corresponderia isto? Seria a indicação do sujeito sendo apreendido por um objeto de satisfação que foi perdido, mas que nunca poderá ser reencontrado. Há então a repetição de uma satisfação que nunca é concluída. O sujeito busca por esse objeto e nesta relação (sujeito-objeto) Lacan (1956-1957) expôs que há “uma tensão fundamental, que faz com que o que é procurado não seja procurado da mesma forma que o que será encontrado” (LACAN, 1956-1957, p.13). Focalizando essa tensão fundamental, poderíamos pensar que o sujeito faz uma busca por este objeto e que tal busca pode gerar angústia?

A construção dessa resposta começa a se delinear a partir do momento em que Lacan retoma a análise freudiana do caso Hans, relacionando a fobia do pequeno paciente com a angústia.

Retomando o relato do caso, como exposto por Freud, Hans tem uma fobia de animais (especificamente de cavalos) a partir dos quatro anos de idade. Freud tem acesso aos detalhes dessa fobia infantil através dos relatos das observações realizadas pelo pai de Hans. Como nos diz Freud, o pai de Hans é atento e afetuoso, o que se pode ter de melhor como pai real. Hans tem pelo pai sentimentos bons e está longe de “temer”, por parte do pai, um tratamento abusivo que seria a castração.

No período anterior ao desencadeamento da fobia, o menino não sofre qualquer privação, ao contrário, tem total felicidade, até porque é filho único.

Por ser objeto de muita atenção, acaba recebendo cuidados muito ternos, especialmente por parte da mãe. Por esta razão o pai não esperava a manifestação da fobia.

Ao longo da análise Freud assinalou o comportamento da mãe em relação à sua permissão para que o filho, todas as manhãs, fosse para seu leito como “terceiro na cama entre os pais”, contrariando a oposição do pai, que apesar de ser contra tal permissividade, não conseguia se posicionar diante desta situação. Principalmente porque a mãe parecia não ter nenhuma consideração pelas palavras ou observações feitas pelo pai.

Freud inferiu que Hans, na verdade, queria ficar sozinho com a mãe (por ele o pai deveria ficar fora) e esse desejo se intensificava quando o pai estava ausente. A presença e a ausência paterna se tornavam constantes durante o período de férias e isso o fazia ficar mais próximo da mãe.

Segundo os primeiros relatórios enviados a Freud, quando ainda estava para completar três anos de idade Hans demonstrava grande interesse por uma parte de seu corpo que costumava chamar de “seu pipi”. Para ilustrar esse interesse, Freud (1909, p.16) descreve o seguinte diálogo:

Hans: Mamãe você também tem um pipi?  
Mãe: Claro. Por quê?  
Hans: Nada, eu só estava pensando.

O garoto começa então a observar os animais, demonstrando grande curiosidade pelo órgão sexual dos mesmos.

Num outro momento sua mãe o viu tocar em seu pênis e o proibiu de se masturbar. Mas não houve a impressão de que isso seria decisivo. O menino continuou a se masturbar e os pais não tinham controle sobre esse comportamento. Mas não é nesse momento que Freud pensa em se referir a

algo decisivo em relação à aparição da fobia. Hans escuta essa ameaça, mas da forma que melhor lhe convém.

Na sua análise e construção do caso, Freud vai destacando momentos que indicam o processo em que o temor foi se instalando no pequeno paciente, associado à presença/ausência do órgão sexual tão valorizado por ele. Apontou um momento em que o pai desenhou uma girafa e Hans pediu para que ele desenhasse o “pipi” da girafa, porém o pai pediu para que ele mesmo desenhasse e Hans acrescentou uma linha à figura do desenho.

Em outro episódio o menino sonhou com uma girafa grande que estava no seu quarto e outra amarrada. Pegou a grande na mão, para que ela parasse de gritar, e sentou-se sobre a girafa amarrada.

Na associação de que todos os animais tinham “pipis”, fez uma reflexão de que a mesa e cadeira não tinham “pipis” e diferenciou os objetos inanimados e animados.

Mas a curiosidade em particular era saber se seus pais tinham “pipi”. Num determinado momento Hans presenciou sua mãe despida antes de ir para a cama. Ela pergunta por que ele a estava olhando daquele modo e ele responde:

Hans: Eu só estava olhando para ver se você também tem um pipi.

Mãe: Claro. Você não sabia?

Hans: Não. Pensei que você era tão grande que tinha um pipi igual ao de um cavalo (FREUD, 1909, p. 19).

Um evento marcante no desenvolvimento do caso foi o nascimento da irmã de Hans, quando ele tinha aproximadamente três anos e meio de idade. Seu comportamento foi observado pelo pai que relatou a Freud o quanto Hans sentia ciúmes da irmã recém-chegada.

Freud também destacou a riqueza da vida fantasmática de Hans. Por exemplo, quando brincava de ter filhos imaginários com a própria mãe e esses o levavam ao banheiro para urinar ou limpar seus traseiros.

Em certa ocasião, ao ver as calças pretas da mãe, Hans sentiu nojo e cuspiu, porque as calças eram como um “*lumf*” e as amarelas como “*pipis*”. Travou-se então este diálogo:

Pai: Você gosta de ficar lá quando a mãe faz pipi ou ‘lumpf’?  
 Hans: Gosto muito.  
 Pai: Por que é que você gosta tanto disso?  
 Hans: Não sei.  
 Pai: Porque você acha que vai ver o pipi da mamãe.  
 Hans: É eu acho que é por isso. (FREUD, 1909, p. 63)

Outras fantasias surgiram no momento crucial de elaboração da fobia: a primeira fantasia da banheira que ele relatou ao pai que estava no banho e surgiu um bombeiro que desaparafusou a banheira. Depois o bombeiro pegou uma broca e bateu no estomago de Hans. O pai entendeu que essa fantasia representava o desejo de Hans de estar na cama com a mãe, mas que fora removido de lá pelo próprio pai. Com o grande pênis o pai o tirou do lado de sua mãe.

Na segunda fantasia da banheira Hans diz que o bombeiro veio e tirou o traseiro dele da banheira com um par de pinças. Depois deu outro traseiro e fez o mesmo com o “*pipi*” de Hans. O pai de Hans fez outra interpretação, como se pode notar na conversa que se segue:

Pai: Ele te deu um pipi maior e um traseiro maior.  
 Hans: É.  
 Pai: Como os do papai; porque você gostaria de ser o papai.  
 Hans: Sim, e eu gostaria de ter um bigode como o seu e cabelos como os seus. (FREUD, 1909, p. 92)

Analizando esses elementos do comportamento, do brincar e das produções fantasmáticas do menino, Freud conclui que o medo era uma formação substitutiva na qual o medo de ser mordido estava relacionado com a angústia de castração.

Lacan (1956-1957) então retomou a conclusão de Freud e fez outra leitura de qual seria a angústia em jogo. No decorrer desse seminário Lacan tomou como base a interpretação da fobia de Hans como uma solução para a angústia. Mas qual seria essa angústia? A resposta para essa questão pode ser encontrada a partir das concepções das concepções freudianas sobre o Complexo de Édipo, que Lacan elaborou em termos estruturais a partir de três tempos.

Lacan (1956-1957) procurou demonstrar o desenvolvimento desse operador (Complexo de Édipo), que faz parte da constituição do sujeito, através da experiência imposta na ordem simbólica, que é a castração, considerada por ele uma experiência de perda fundamental que é constituinte do humano, e afeta tanto o homem quanto a mulher.

Na articulação do Complexo de castração e do Complexo de Édipo, no Seminário IV (1956-1957), Lacan enfatizou a fase pré-edipiana da relação com o outro, da relação mãe-criança. Assim, propôs percorrer esse processo formulando a seguinte questão: “o que está em jogo no fim da fase pré-edipiana e na borda do Édipo?” (LACAN, 1956-1957, p. 204) A resposta vem a seguir:

Trata-se de que a criança assuma o falo como significante, e de uma maneira que faça dele instrumento da ordem simbólica das trocas, na medida em que ele preside à constituição das linhagens. Trata-se em suma, de que ela se confronte com esta ordem que fará da função do pai o pivô do drama (LACAN, 1956-1957, p. 204).

A teoria lacaniana parte do pressuposto principal que no humano a subjetividade, a identidade não é dada e sim constituída. Focalizando o início da constituição do sujeito, destaca a importância da relação com a ordem simbólica (campo do Outro), que institui o lugar do próprio sujeito e do semelhante (outro).

Lacan articula o primeiro tempo desse processo de constituição subjetiva – momento em que os primeiros contatos da criança com seu meio vivo se configuram na relação com a mãe – na relação com o Outro-mãe.

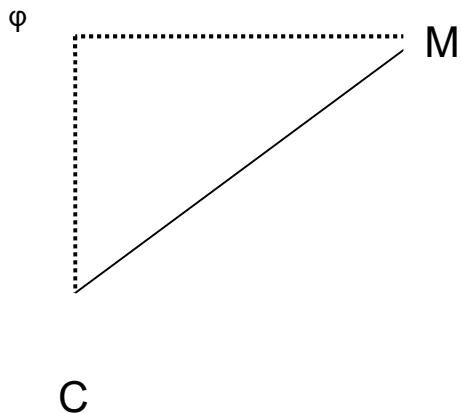
É nessa relação entre mãe e filho que a criança experimenta a realidade como ser vivo. O pai, no entendimento da criança, ainda não entrou nessa relação, porque o pai real fica fora dessa relação, ou participa dela, mas de forma velada. A função de fazer o corte na relação mãe-criança ainda não aparece neste tempo. Nesse sentido, o que é evidente (e importante) é a interação que a criança tem com a mãe, pois é essencial para o desenvolvimento do seu psiquismo.

Lacan (1956-1957) destacou que, nesse momento primordial, o que está em jogo não é apenas a satisfação que a criança obtém da mãe, mas a apreensão que ela tem do prazer, da satisfação que traz à mãe. Essa experiência se torna fundamental para que a criança se introduza como objeto de amor da mãe. Sobre o desenvolvimento dessa relação (mãe-criança), Lacan (1956-1957) nos propôs como a criança descobre o que ela é para a mãe e diz o seguinte:

Alguma coisa se articula pouco a pouco na experiência da criança, algo que lhe indica que, na presença da mãe com ela mesma, ela não está só. É em torno deste ponto que se vai

articular toda a dialética do progresso da relação mãe-criança (LACAN, 1956-1957, p. 229).

Assim, nessa relação com a mãe, a criança percebe que não está sozinha. A experiência de presença e ausência materna marca não apenas a falta da mãe, mas a falta na mãe. O falo se configura, assim, através da descoberta progressiva, feita pela criança, da insatisfação fundamental experimentada pela mãe na relação mãe-criança. Nessa relação “a criança tem que descobrir este mais-além, a falta no objeto materno” (LACAN, 1956-1957, p. 206). Ou seja, a criança se dá conta de que a mãe deseja algo além dela (a criança). Dessa forma, o falo é apresentado à criança pelo desejo da mãe. Vejamos a representação:



$\Phi$  = falo  
 M = Mãe  
 C = Criança

Então, nessa relação a criança irá experimentar o falo como centro do desejo da mãe e assim se situa em diferentes posições, nas quais é levada ao que Lacan chama de jogo da tapeação. A criança tenta tapear e preencher o desejo materno.

A criança se apresenta à mãe como lhe oferecendo o falo nela mesma, em graus e posições diversos. Ela pode se identificar com a mãe, se identificar com o falo, ou apresentar-se como portadora de falo. Existe aí um grau elevado, não de abstração, mas de generalização da relação imaginária que chamo de tapeadora, pela qual a criança atesta à mãe que pode satisfazê-la, não somente como criança, mas também quanto ao desejo, quanto àquilo que lhe falta (LACAN, 1956-1957, p. 230)

Assim, a criança fica no paraíso do engodo e vai tentando se adaptar ao desejo da mãe, ou seja, a criança procura se transformar no objeto de desejo da mãe como portadora do falo, “integrar-se naquilo que ela é para o amor da mãe”, o que podemos dizer de uma identificação fálica, ser o Eu Ideal, entrando na lógica do “ser o falo” (LACAN, 1956-1957, p. 232).

Lacan (1956-1957, p. 232) enfatizou que existe um jogo de sedução, um jogo de tapeação em que “a criança é inteiramente sujeita àquilo que o parceiro lhe indica”, sendo então colocada numa posição de “ser o cativo, a vítima, o elemento apassivado de um jogo onde vira presa das significações do Outro. A criança se vê na situação muito particular de estar inteiramente entregue ao olho e ao olhar do Outro”. Lacan ressaltou que não sair desta posição é o ponto de entrada para a paranoia, portanto, para a psicose. A saída seria “o complexo de castração”.

Na relação (mãe-criança) a frustração acontece como uma experiência vital. Nesse sentido, de acordo com as palavras de Miller (1995, p.64), o fundamental na experiência da criança com a mãe “é a experiência do seu não ter, é a experiência da frustração”. No entanto, ainda mais importante do que a frustração da criança é “a frustração da mãe como mulher”, com o reconhecimento de sua própria castração.

No segundo tempo do Édipo estrutural o pai intervém no plano imaginário como privador, como aquele que interdita essa relação dual entre mãe e filho. O pai imaginário é aquele que a criança apreende sob a forma de uma imagem, isto é, a forma como ele é captado, percebido pela criança. Essa é a função do pai nesse tempo que já não é mais tão velada quanto no primeiro.

A partir de certo momento, a criança reveste o pai da realidade. Passa a vê-lo como poderoso, forte, viril, herói. Esse pai é necessário como freio ao desejo da mãe. Ele é quem pode barrar o desejo da mãe e o da própria criança. É visto como amado e temido, poderoso e ameaçador, castrador. Mas é essa dimensão do pai que pode direcionar a criança para o Pai Simbólico e para a experiência da castração simbólica.

No terceiro tempo do Édipo, o pai entra em jogo não como o falo da mãe, mas como aquele que tem o falo e pode dar (ou não) à mãe a satisfação que ela deseja. O pai pode dar à mãe o que ela deseja, e pode dar porque o possui. O pai é um pai potente. É aquele que assegura à criança que ela é privada agora, mas que poderá vir a ter o objeto. Pelo dom da satisfação do pai, concedida à mãe, a criança apreende essa solução – que lhe seja permitido ter também em algum momento.

Nesse contexto pode-se perceber que a criança, segundo Lacan (1957-1958), não está mais centrada em ser o falo, mas em ter ou não ter o falo.

Na medida em que a operação da Metáfora Paterna é fundamental no processo de constituição da subjetividade, vejamos como se dá a entrada e a saída de meninos e meninas no complexo de Édipo, lembrando a teoria

freudiana de que esse processo é marcado pela experiência psíquica da castração e suas consequências.

O menino sai do complexo de Édipo por temor de ser castrado. A menina, por outro lado, só entra no Édipo, quando assume a privação do falo. Assim, Lacan destacou claramente nesta passagem:

A criança feminina, é na medida em que não possui o falo que ela se introduz na simbólica do dom. É na medida em que ela falciza a situação, isto é, que se trate se ter ou não ter o falo, que ela entra no complexo de Édipo. O menino como nos sublinha Freud, não é por aí que ele entra, é por aí que ele sai. No fim do complexo de Édipo, no momento em que realiza num certo plano a simbólica do dom, é preciso que ele faça dom daquilo que tem. A menina, se entra no complexo de Édipo, é na medida em que ela não o tem, ela tem que encontrá-lo no complexo de Édipo (LACAN, 1956-1957, p. 125).

O menino, ao reconhecer a possibilidade de castração, sente-se obrigado a renunciar à sua sexualidade com o objetivo de preservar o falo. Essa renúncia diz respeito à descoberta da sexualidade experimentada a partir do descobrimento do órgão masculino e da masturbação como via de descarga genital dos desejos e também das fantasias edípicas. Também é preciso renunciar ao objeto de amor que é a mãe. O menino precisa salvaguardar esse direito à virilidade. Dessa forma, o complexo de castração opera a saída e a resolução do complexo de Édipo.

Para Lacan a passagem pelo complexo de Édipo, no caso do menino, parece ser mais clara porque há uma permissão de “identificação do sujeito com seu próprio sexo” e isso irá produzir uma relação imaginária, ideal, com o pai. A posição do sujeito, tomando como referência a função do pai, quer dizer que, um dia, esse menino aceda essa posição que, nas palavras de Lacan (1956-1957, p.208), é “[...] tão problemática e paradoxal de ser um pai”.

A Metáfora Paterna leva à constituição de algo que está na ordem do significante e que fica guardada. Sua significação virá mais tarde. Assim, Lacan (1957-1958, p.201) ressaltou que o menino tem direito de ser homem e que isso pode ser contestado posteriormente, quando estiver na puberdade, relacionado a algo que “não tenha cumprido completamente a identificação metafórica com a imagem do pai, na medida em que esta identificação se houver constituído nos três tempos”. Isso significa, diz Lacan, que na medida em que o homem tem sua virilidade “é sempre mais ou menos sua própria metáfora”.

Na menina, segundo a teoria freudiana, ao deparar com o pênis no outro sexo desencadeia, de imediato, o reconhecimento de ser castrada. Durante seu desenvolvimento constata que todas as mulheres são castradas, inclusive sua própria mãe. Ocorre na menina a percepção de desvalorização e automaticamente instala-se a inveja do pênis. A mãe não é mais o objeto de amor e a menina se volta para o pai acreditando que ele é detentor do falo. Assim, o complexo de castração para a menina marca a entrada no Édipo.

Para Lacan a saída da menina no Complexo de Édipo, por um lado é simples porque não precisa identificar, provar e nem guardar sua virilidade. A menina entende onde está e onde deve buscar o falo, sabe que o pai o detém e “vai em direção àquele que o tem” (LACAN, 1957-1958, p. 202).

A saída do Complexo de Édipo, por outro lado, é muito mais complexo e difícil para a menina, visto que ela não encontra em seu próprio corpo um significante que defina e valorize seu sexo. Não há um significante para o sexo feminino, apenas o falo. Dessa forma, ela tem que buscar no Outro a significação e o valor do seu sexo, do ser mulher.

De acordo com Lacan, o pai está numa posição metafórica porque é ele quem, através de sua posição, sanciona a lei com sua presença. A esse respeito, Lacan diz o seguinte no terceiro tempo do Édipo:

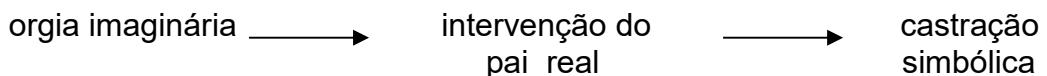
É nessa medida que o terceiro tempo do complexo de Édipo pode ser transposto, isto é, a etapa da identificação, na qual se trata de o menino de identificar com o pai como possuidor do pênis, e de a menina reconhecer o homem como aquele que o possui (LACAN, 1957-1958, p. 203).

Com a noção de Metáfora Paterna Lacan utilizou a lógica estrutural (da ordem simbólica e da linguagem) para articular a entrada do humano no campo do simbólico:

Se a experiência analítica nos mostrou alguma coisa foi mesmo que toda relação inter-humana está fundada numa investidura que vem, com efeito, do Outro. Este Outro está doravante em nós sob a forma de inconsciente, mas nada em nosso próprio desenvolvimento pode se realizar senão através de uma constelação que implica o Outro absoluto como sede da palavra. Se o complexo de Édipo tem um sentido, é precisamente porque ele dá fundamento de nossa instalação entre o real e o simbólico e de nosso progresso a existência daquele que tem a palavra, daquele que pode falar, do pai. Para dizer tudo, ele concretiza numa função que é em si mesma problemática (LACAN, 1956-1957, pp. 382-383).

A teoria lacaniana enfatiza que a intervenção da função paterna para a criança é justamente uma experiência metafórica, essencial, que traz à tona a interrogação da teoria freudiana: “O que é ser um pai?”. Lacan esclareceu que trata-se do “significante do pai” e formulou a questão de outra forma: “o que é um pai?” Essa dialética tem a ver com tomar a posição de pai, assumir uma posição que ninguém jamais seria capaz de ocupar completamente, mas de ocupar e exercer uma função que venha a organizar a ordem simbólica (LACAN, 1956-1957, p. 209).

Enfim, o que Lacan destacou é que o confronto com o real da falta, o real da castração, é uma experiência fundamental na constituição do sujeito. E o pai (por sua função paterna) é o pivô, o operador desse processo. Segundo Lacan o fundamental é que, a partir da intervenção do pai real, a criança possa fantasmar um pai imaginário, a partir do qual ela investirá posteriormente a dimensão de um pai simbólico (Lacan, 1956-57).



A respeito da castração Lacan afirmou: “pode-se dizer que a castração é o signo do drama do Édipo, como também dela é ele o pivô implícito.” (LACAN, 1956-1957, p. 221).

A castração é um dos conceitos fundamentais da teoria psicanalítica na medida em que remete a uma falta fundamental e constituinte do sujeito e do psiquismo. Ela estaria em conexão com a lei primordial, a interdição do incesto, bem como relacionada à estrutura do Édipo.

Dada a importância dessa noção, no *Seminário IV* (1956-1957) Lacan se propõe a descrever a experiência da falta da forma como ela é vivenciada, como é apreendida pelo sujeito nos três registros – Real, Simbólico e Imaginário. O que Lacan (1956-1957, p. 220) sintetiza no seguinte quadro:

AGENTE	FALTA DE OBJETO	OBJETO
<b>Pai real</b>	Castração	Imaginário
<b>Mãe simbólica</b>	Frustração	Real
<b>Pai imaginário</b>	Privação	Simbólico

A frustração é a experiência de perda da satisfação introduzida pela ausência da mãe (entendida pela criança como recusa de amor). Incide sobre um objeto real (o corpo da mãe como um elemento real; o seio torna-se uma compensação). O seio é um objeto real de necessidade, mas a frustração que ocorre quando ele não é oferecido é experimentada pela criança (imaginariamente) como um dano, uma recusa de amor.

O agente que introduz essa experiência no universo da criança é a mãe simbólica (enquanto primeiro elemento da realidade simbolizado pela criança, na medida em que ela representa, para a criança, a experiência de presença/ausência). Portanto, a frustração é um dano imaginário; de um objeto real; imposto à criança pela mãe simbólica

A privação é a falta no real do corpo, é o furo real no corpo, evidenciada pelo fato de que a mulher não tem pênis, que ela é privada dele. É a experiência o termo a partir do qual se demarca a noção de castração (visto que a castração toma por base essa apreensão no real da ausência de pênis na mulher). É introduzida no contexto da criança pelo pai imaginário e remete a um objeto, necessariamente, simbólico:

A própria noção de privação, tão sensível e visível numa experiência como aquela, implica a simbolização do objeto no real. Pois, no real, nada é privado de nada. Tudo o que é real basta a si mesmo. Por definição, o real é pleno. Se introduzimos no real a noção de privação, é na medida em que já o simbolizamos bastante, e mesmo plenamente. Indicar que alguma coisa não está ali é supor sua presença possível, isto é, introduzir no real, para recobri-lo e perfurá-lo, a simples ordem simbólica. O objeto de que se trata no caso é o pênis. No momento e no nível em que falamos de privação, este é um objeto que nos é dado em estado simbólico (LACAN, 1956-1957, p. 224).

Já a castração é sempre uma vivência de falta no plano simbólico. Ela nunca é real, mas sim a experiência de falta introduzida por um pai real, incidindo sobre um objeto imaginário (o falo imaginário). Lacan assegura o seguinte:

A castração, que tentamos definir, toma por base a apreensão no real da ausência de pênis na mulher. Na maioria dos casos é este o ponto crucial, na experiência do sujeito masculino, o fundamento em que se apoia, de um modo especialmente eficaz, e angustiante, a noção da privação. Existe, de fato, uma parte dos seres da humanidade que é, como se diz nos textos, castrada. É claro que este termo é perfeitamente ambíguo. Eles são castrados na subjetividade do sujeito. No real, na realidade, naquilo que é invocado como experiência real, eles são privados (LACAN, 1956-1957, pp. 223-224).

Poderíamos concluir, a partir do quadro acima (e das demais articulações do ponto de vista lacaniano), que a castração seria uma falta de objeto em um dos três registros (Real, Simbólico e Imaginário), uma falta de objeto vivida no simbólico. Mas, atuando neste registro como uma divida simbólica, que estaria ligada à linguagem, isto é, a maneira como a criança pertence ao mundo da linguagem e essa perda do objeto se daria no momento da intervenção do pai real.

Miller (1995) destaca que nesse momento do ensinamento lacaniano a castração é parte natural da incidência da linguagem sobre o humano (homem e mulher) que se inscreve “no campo da linguagem e na função da palavra e deste único fato, há a castração.” O autor assegura que:

O fato de falar, de ser na palavra, viver na palavra, implica uma castração, uma perda de gozo. [...] É a própria linguagem que é castradora porque faz perder, necessariamente, uma parte do gozo, esvazia o gozo para o sujeito (MILLER, 1995, p.61).

Lacan (1956-1957) supôs que a castração fosse parte natural da linguagem no ser humano. Nesse sentido, poder-se-ia questionar: há um preço para que o sujeito se inscreva na linguagem? Por quê? Como já afirmado na citação acima, “a linguagem é castradora porque faz perder”. Observemos as seguintes colocações:

[...] 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. O pai é aquele com quem não há mais chance de ganhar, senão aceitando tal e qual a divisão da aposta. 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, 1956-1957, p. 233).

É dessa perspectiva, da importância central da vivência imaginária e simbólica da castração, que Lacan retomou a análise do pequeno Hans e a explicação freudiana para sua fobia e para sua angústia.

Na sua leitura do caso do pequeno Hans, Lacan (1956-1957) destacou o papel do Simbólico, mas afirmou que há algo no Real que poderia gerar a angústia e, posteriormente, o medo. Mas, medo do que e por quê?

Lacan (1956-1957) ponderou então, que haveria uma transição da angústia à fobia e que essa passagem estaria associada à relação da criança com o falo. Não apenas o falo na “esfera simbólica”, como “significante” e revestido “elementos do imaginário”, mas numa dimensão que estaria envolvida também pela ordem biológica (Real) dessa vivência.

Lacan fez interpretações do caso através das observações feitas pelo pai de Hans. Como o próprio Freud apontou, antes do aparecimento da fobia, Hans estava mergulhado no universo do falo, fantasiando-o, querendo saber se

a mãe teria o falo, bem como seu pai e os animais. Evidenciando exatamente o período pré-edípico do psiquismo organizado em torno da primazia do falo.

Acompanhando a leitura lacaniana do caso, no *Seminário IV* (1956-57), percebemos uma descrição da passagem de Hans pelos tempos do Édipo estrutural, da operação da Metáfora Paterna (descritos anteriormente, como universal para a constituição de todo sujeito humano).

Num primeiro momento, Hans está imerso na curiosidade pelo falo e ocupando um lugar, junto à mãe, de falo imaginário: o menino se oferece à mãe, ele “se insinua junto à mãe”, imaginariamente, como que podendo preenchê-la (LACAN, 1956-1957, p. 205). Nesse momento, em que Hans exibia-se de forma sedutora à sua mãe, podemos perceber justamente o que Lacan chamou do “tempo do engodo”, ainda sem angústia:

O engodo do que se trata aqui é bastante manifesto nas ações e mesmo nas atividades que observamos no menino, e, por exemplo, em suas atividades sedutoras com relação à mãe. Quando ele se exibe, não é pura e simplesmente mostraçāo, é mostraçāo de si mesmo, por si mesmo, à mãe, que existe como um terceiro (LACAN, 1956-1957, p. 205).

Foi interpretado também que Hans se colocava como sendo o objeto de amor da mãe, o que falta à mãe, assumindo imaginariamente a possibilidade na posição de poder ser o falo. A partir daí surge uma relação a três: Hans, a mãe e o falo (imaginário).

Trata-se de uma relação imaginária, mas que só toma significação na medida em que transcorre no campo do simbólico:

Ora, o exibicionismo do menino diante da mãe só pode ter sentido fazendo intervir junto à mãe o grande Outro, que é, de certa forma, sua testemunha, aquele que vê o conjunto da situação. Sua presença está implicada simplesmente pelo fato da apresentação, até mesmo da oferenda feita pelo menino à

mãe. Para que o Édipo exista, é evidentemente no nível do Outro que ele deve produzir a presença de um termo que, até então, não estava em jogo, a saber, alguém que, sempre e em qualquer circunstância, é capaz de jogar e ganhar (LACAN, 1956-1957, p. 212).

Ainda nesse primeiro momento, em que a criança está imersa na lógica de “ser/não ser o falo”, Lacan destacou que a experiência de Hans é muito determinada pela posição ambivalente com que a mãe lida com ele. Apontou que Hans é marcado por um certo tipo de relação com sua mãe, cujos termos fundamentais são definidos pela presença manifesta do objeto fálico (imaginário) entre eles dois. Por exemplo, quando Hans começou a levantar questões e perguntou à mãe: *Você também tem um faz-pipi?* e a mãe respondeu de forma ambígua, dando a entender que talvez sim. Nesse instante Hans acreditou que sua mãe tinha um faz-pipi. Mas ele ainda ficou com dúvida e viu a mãe se despir e imaginou que se ela tivesse seria “tão grande quanto de um cavalo” (LACAN, 1956-1957, p. 210).

A curiosidade da criança ficou aguçada ao ver a mãe se despir. Pode-se perceber como a visão, a descoberta dos órgãos femininos, tem relevância estruturante para o sujeito, justamente pelo fato de operar como revelação. Trata-se aqui até mesmo daquilo que é amado no objeto de amor seja algo que esteja mais além. Nesse sentido, Lacan (1956-1957) articulou a importância da imagem e a questão do véu, como defesa, proteção contra o real da castração. A função do véu é fundamental na relação do sujeito com o mundo. Assim, enfatizou Lacan: “Pode-se mesmo dizer que com a presença da cortina, aquilo que está mais além, como falta, tende a se realizar como imagem. Sobre o véu pinta-se a ausência” (LACAN, 1956-1957, p. 157).

Lacan identificou esse movimento psíquico de defesa em Hans nos seus sinais de repulsa quando estava diante das calças da mãe, relembrando a interpretação de Freud, segundo a qual essa aversão do menino seria “uma relação com o *loumf, Lumpf-Zusammenhang*”, mas indo além ao afirmar que o que estava em jogo por trás da repulsa era “o jogo de ver e não ver e também o que não pode ser visto”. Sobre essa questão Lacan (1956-1957, p. 365) faz a seguinte afirmação:

Para ver o que não pode ser visto, é precisovê-lo por trás de um véu, isto é, é preciso que um véu seja colocado diante da inexistência daquilo que se deve ver. Por trás do tema véu da calça, da roupa, se dissimula a fantasia essencial às relações entre a mãe e a criança: a fantasia da mãe fálica. É em torno deste tema que o *loumf* é introduzido (LACAN, 1956-1957, p. 365).

Na teoria freudiana a angústia e a fobia se sucedem e “uma vem em socorro da outra, o objeto fóbico vem preencher sua função sobre o fundo da angústia”. Lacan (1956-1957, p. 211) se perguntou então: o que ocorreu para que se desencadeasse a fobia? Sua resposta, e sua abordagem original do caso, vai na direção de afirmar que a criança se deparou com componentes do real.

Esse “encontro com o real” para Hans pode ser apreendido em diferentes momentos. Em primeiro lugar, o véu como uma proteção contra a percepção da castração materna caiu ao se deparar com o corpo real da mãe. Ele se deu conta de que o corpo da mãe não tem um pênis, ou seja, é um corpo castrado. O segundo componente relevante foi a gravidez da mãe e consequentemente o nascimento da irmã, uma criança real que o desloca da posição de preferido para a mãe, para a posição imaginária de ser o falo da mãe (LACAN, 1956-1957, p. 210).

O terceiro componente ocorre no real do seu próprio corpo, quando se deu conta do pênis real, das sensações neste órgão, que está vivo e tem uma função. A partir desse momento, o falo não é mais apenas um elemento imaginário, algo com que se joga, ele se torna real, tem suas necessidades, pulsa.

Para sair desse impasse é necessário que a criança perceba que esse elemento imaginário tem valor simbólico e é regulado/contido por uma lei que lhe impõe a necessidade de abrir mão de seu pênis agora, para poder retomá-lo mais tarde, numa outra posição da ordem fálica. Para isso, é necessário que o pai real desempenhe seu papel como pai imaginário. Ou seja, é preciso uma intervenção paterna. Lembremos que a função paterna é uma função que poderíamos chamar de ordenadora do núcleo familiar e nas articulações lacanianas esta função é fundamental na questão edipiana.

Claramente, o pai não domina a mãe na configuração da família, a mãe faz o que quer em sua relação com a criança e não há, entre os pais, uma encarnação, vamos dizer uma encarnação do real da metáfora paterna (MILLER, 1995, p. 58).

É importante ressaltar que essa função do pai real pode estar presente, ou não e quando se fala em pai real não é necessariamente o pai biológico que exerce essa função.

É nesse ponto que Lacan faz sua leitura original do caso analisado por Freud. Ele formulou a hipótese de que, no caso do pequeno Hans, o pai do menino é real, existe, porém se coloca (em relação à mãe e à criança) de maneira insuficiente na dialética de sua relação com o desejo e no discurso da

mãe. Nesse caso, a criança teria ficado sem defesa frente ao desejo devorador da mãe.

De acordo com as observações relatadas pelo pai a respeito de Hans, o que muda? Hans está num momento em que o falo é o ponto central, o “objeto pivô” da “organização do seu mundo”. Partindo disso, Lacan (1956-1957, p.231) levantou a seguinte questão: como se daria, nesse momento, a partir deste fato, o surgimento da angústia? A resposta, segundo ele, é esta: a angústia estaria mais próxima do fenômeno da castração.

Na medida em que o pai falha nessa função de introduzir a dimensão da lei, que barra o gozo, a criança fica tomada pelo horror do encontro real com a castração - fica tomado pela angústia. A partir de Lacan, é possível entender que a angústia está relacionada à experiência de ficar imerso nesse real de gozo, que emerge no próprio corpo e na relação com a mãe. A criança se vê aprisionada, capturada nesse lugar de objeto de prazer para o Outro (mãe), de ser devorado pelo Outro.

A partir do momento em que se sente, ao mesmo tempo, entregue à mãe, ameaçado e anulado por ela, esta representa a situação de perigo, perigo além disso inominável em si, angústia, falando propriamente. Trata-se de ver como a criança sai dessa situação (LACAN,1956-57, p. 367).

Sobre esse momento da angústia ele afirmou:

Em suma, a angústia é correlativa do momento em que o sujeito está suspenso entre um tempo em que ele não sabe mais onde está, em direção a um tempo onde ele será alguma coisa na qual jamais se poderá reencontrar. É isso aí, a angústia (LACAN, 1956-1957, p. 231).

Como Hans saiu da angústia e para onde ela foi canalizada?

Hans não tem outra saída a não ser desenvolver a fobia, ou seja, algo que faça a suplência dessa função paterna, como um elemento mediador e que pode circunscrever, limitar a ameaça, a angústia. O objeto fóbico como defesa contra a angústia. Elege então o cavalo - o animal que sempre fez parte da história de vida de Hans, das suas significações, do seu núcleo familiar, que já existia na sua cadeia de significantes. Lacan deixa claro que esse objeto é um significante, um elemento simbólico entre ele e o pai. Sendo assim, tal objeto - o cavalo - entraria como substituto, como suplência da função do pai.

Lacan destacou ainda que na fobia de Hans, maior do que o medo do objeto “cavalo”, o que estaria em jogo, era o temor que o menino sentia de “ser mordido” por ele. A questão da mordida estaria relacionada à angústia de ser devorado pela mãe, indicando ser a “primeira roupagem da fobia”. Vale ressaltar que “o tema da devoração é sempre encontrável, por qualquer lado, na estrutura da fobia” (LACAN, 1956-1957, p. 233).

Na elaboração de Lacan (1956-1957) o significante fóbico, no caso de Hans, é o cavalo. Ele faz suplência ao significante Nome-do-Pai (NP), ou seja, à falha da interdição do pai justamente porque não operou metaforizando e barrando o desejo materno. A mordida remete ao corte da castração.

O sintoma fóbico de Hans o impedia de sair às ruas, o que restringia seus movimentos. Isso nos faz lembrar a teoria freudiana relativa ao medo, do sinal de alerta que gera a não-ação motora quando o sujeito é invadido pela angústia.

A instalação da fobia tem, portanto, uma finalidade:

Para preencher a função de transformar essa angústia em medo localizado, o sujeito escolhe uma forma que constitui um ponto de estagnação,

um termo, um pivô, um pilotis, em torno do qual se agarra aquilo que vacila e que ameaça carregar a corrente interior gerada pela crise da relação materna. É esse, no caso do pequeno Hans, o papel do cavalo.

Trata-se de permitir a este significante que desempenhe o papel que lhe reservou a criança na construção da sua neurose, a fim de assegurar sua relação com o simbólico, tomando-o como socorro e como ponto de referência na ordem simbólica.

Aí está o que é desenvolvido pela fobia. Ela permite à criança manejá-lo este significante, dele tirando possibilidades de desenvolvimento mais ricas que aquelas que ele contém.

[...] Na medida em que este significante está ali como correspondente metafórico do pai, ele permite que se realizem todas as transferências, todas as transformações necessárias de tudo o que é complicado e problemático na relação inscrita na linha de baixo (LACAN, 1956-1957, pp. 412-413).

Hans pode atravessar e sair da fobia porque contou com a intervenção de Freud, que fez o papel de intermediador, exerceu a função de um pai simbólico, detentor do saber, mas sem suprir a carência do pai castrador que teve sua importância. De certa forma o pai de Hans foi útil ao caso. Nem tanto por suas intervenções (às vezes bem pouco hábeis), mas por ter sido portador das pontuações de Freud.

Segundo Lacan (1956-1957), a resolução da fobia de Hans se dá, sem dúvida, com as intervenções do pai real e a mediação do pai simbólico (Freud), mas ocorre pela elaboração progressiva de fantasias, as quais Lacan chamou de os pequenos mitos de Hans. Ou seja, Hans pode sair, prescindir da fobia, apenas quando usou do imaginário para aceder ao simbólico. Ele vai construindo uma significação para a castração através de uma sequência de fantasias: de início as fantasias sobre o “faz-pipi” (dos animais e da mãe); depois a fantasia das duas girafas que parece encenar a relação com um pai castrador que pode destruir; em seguida houve as fantasias sobre a gravidez

da mãe e o nascimento da irmãzinha e, principalmente, as duas fantasias da banheira, que apontariam a passagem para elaboração e para a cura da fobia:

A saber, que o bombeiro – o assim chamado “instalador” – vem, lhe desaparafusa e lhe dá uma nova. É exatamente neste ponto que se interrompe o relato. Pode-se concluir daí que a solução da fobia está ligada à constelação dessa tríade: orgia imaginária, intervenção do pai real, castração simbólica (LACAN, 1956-1957, p. 235).

Por fim, na fantasia de ter filhos imaginários com a mãe, Hans coloca o pai no lugar do vovô e introduz a vovó como avó dos seus filhos. Nesse momento a criança criou para si uma função paterna, porém imaginária utilizando essa ficção “sob a forma de uma história articulada à castração como tal”, mas na qual ainda fica preso à linhagem materna. Nessa fantasia há o desdobramento da mãe, cujo poder fica relativizado, mas o terceiro elemento não foi encontrado no pai e sim na avó (LACAN, 1956-1957, p. 235).

Esse trabalho fantasmático de Hans permite a saída, pela suplência, da função paterna, porque a mãe fálica começa a ser desmontada, “a mãe é demolida, e é o pai que é convocado a desempenhar o papel de perfurador” (LACAN, 1956-1957, p. 377).

Pode-se perceber que Lacan (1956-1957) articulou a angústia com a castração de modo que pudesse ser vistas simplesmente como o real da falta. Portanto, como já expresso no início desse trabalho, para Lacan a angústia é sem objeto e é o afeto que surge na confrontação do sujeito com a castração.

A fobia, o medo, seriam uma maneira do sujeito se situar diante da angústia, atuando como forma de defesa no confronto com o real da castração, ao mesmo tempo em que evidencia essa experiência da falta-a-ser que faz

parte de todo ser humano. Miller (1995, p. 60) comentou que “Lacan faz da castração o nome da falta fundamental que nenhum objeto pode tampar”.

Retomando a questão da contemporaneidade, pode-se inferir que o pânico desempenha a mesma função: atua como defesa quando o sujeito sevê no encontro do real da falta, da incompletude, da castração, sem ter recursos simbólicos para elaboração. Na atual cultura do empuxo ao consumo e ao gozo, o sujeito quer realizar suas pulsões e é movido por um imperativo de satisfação a todo custo. A busca continua pela realização desse desejo de satisfação plena nos leva às seguintes indagações: será que a lei simbólica está perdendo seu espaço? O incremento das crises e dos sintomas de pânico na atualidade seria um indício de que o Outro da cultura está falhando como falhou o pai de Hans?

Nos dias atuais tem-se a impressão de que as pessoas vivem, ou se veem, a todo momento, diante de todo tipo de excessos. Parece que o sujeito está sem referência, sem a interdição de uma lei simbólica. Isso pode conduzi-lo, por exemplo, ao pânico, à fobia, bem como a outros sintomas como as compulsões (drogas, álcool), aos transtornos alimentares (anorexia, bulimia, obesidade).

Em seu *Seminário livro 10: A Angústia* (1962-1963), Lacan retomou a questão da angústia, aprofundando os estudos em torno de sua relação com o real e com o objeto (objeto a) como condensador de gozo.

### **3.2 A Angústia no Seminário 10**

Esse tópico abordará a angústia, e sua estrutura na teoria psicanalítica, a partir das formulações de Lacan descritas no *Seminário livro 10: A Angústia* (1962-1963). É o momento em que Lacan começa a sair da teoria freudiana e dar ênfase ao gozo e à angústia vinculada à estrutura do objeto a.

É interessante notar que Lacan inicia o seminário abordando a posição do analista e a sua relação com os pacientes, apontando a importância de, a todo instante, ele estar atento ao que cada paciente expõe de angústia.

Percebe-se que, nesse seminário, Lacan (1962-1963, p.15) procurou modelar uma “orografia da angústia”, o que o conduziu além das “relações”, abordando a angústia de maneira topológica. Para isso, aproximou-se da filosofia e apoiou-se em Sartre e Heidegger. Desse segundo extraiu, a partir da palavra *lançar, [jeter]*.

Castilho (2007, p.327) interpretou essa palavra *[jeter]* para dizer que Lacan nos chama para fazer uma orografia da angústia, apontando que seria “o momento em que o *eu* é lançado da sua unidade e aquilo que surge é o deslizamento de sua onipotência”.

Se, para Freud, a angústia estaria ligada a um objeto, como a agressividade ao pai, para Lacan a angústia não é sem objeto.

Nessa elaboração sobre a angústia, Lacan recorre mais uma vez à teoria freudiana, especificamente aos textos de Freud *Inibição, sintoma e angústia* (1926) e às suas articulações no *caso do Pequeno Hans* (1909).

De acordo com Castilho (2007, p.326) haveria, em relação à angústia, uma diferença de abordagem entre Freud e Lacan. Tal divergência estaria relacionada com a articulação da “angústia como angústia de castração”. Ainda segundo suas palavras, Freud concluiu que naquele menino (Hans) a força

motriz da repressão (recalque) era o medo da castração. De fato, a teoria freudiana sustenta o princípio de que “toda a angústia é angústia de castração”.

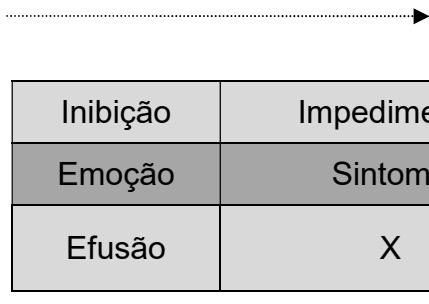
O medo vivenciado na fobia, portanto, seria a manifestação, a expressão de um conteúdo, de uma fantasia inconsciente, relacionada à castração e à ambivalência de amor/ódio pelo pai.

Lacan, por outro lado, assegurou que essa ocorrência seria “um sinal de desordem” que teria se configurado como “sinal de angústia, mas não a angústia propriamente dita”. Ainda de acordo com Lacan (1962-1963, p. 16 *apud* Castilho, 2007, p. 326), na fobia do pequeno Hans se trataria “da angústia como um afeto que não é sem objeto”. No entanto, na teoria lacaniana, o ponto insuperável não teria a ver propriamente com “a angústia de castração”, mas com “fazer de sua castração aquilo que falta ao Outro” (CASTILHO, 2007, p. 326).

No *Seminário 10: A angústia* (1962-1963) Lacan retomou as ponderações de Freud, mas procurou ir além do discurso freudiano ao apontar que em *Inibição, sintoma e angústia* falou-se de tudo exceto da angústia e propôs que esses três termos estivessem em níveis “diferentes” em relação à angústia (LACAN, 1962-1963, p. 18).

Vejamos as elaborações lacanianas ao retomar a estrutura desses três termos. Para que se compreenda melhor é interessante observar o quadro apresentado por Lacan (1962-1963, p. 22):

### Eixo da Dificuldade



<b>(Estado [?])</b>	Inibição	Impedimento	Embaraço
Eixo do	Emoção	Sintoma	X
Movimento	Efusão	X	Impedimento

Fonte: Lacan (1962-1963, p. 22)

A inibição estaria diretamente ligada à questão do movimento, mesmo que “metaforicamente”, trata-se da “paralisação do movimento”, até porque, para Freud, estaria relacionada à “locomoção”. Lacan criou um eixo de dificuldade e outro de movimento, como exposto no quadro acima. O primeiro eixo (dificuldade) encontra-se na horizontal e o segundo (movimento) na vertical. Segundo Castilho (2007) na inibição localiza-se a “paralisação da libido”, uma libido sem “movimento” e esclarece que, geralmente,

[...] as pessoas que são aprisionadas nesse estado sofrem uma diminuição nas suas aptidões locomotoras, a imagem construída do eu começa a perder o controle da situação. O sujeito inibido é aquele que não consegue sair de um lugar, se lançar em um projeto (CASTILHO, 2007, p. 328).

De acordo com esse mesmo autor, a ideia de Lacan foi criar um esquema para instaurar a angústia no campo do afeto. Nesse sentido, o que faz é “separar a emoção e a angústia, colocando cada uma em posições diferenciadas de movimento” (CASTILHO, 2007, p. 327). A inibição, como primeiro termo, foi articulada à ideia de impedimento e exemplificada pela situação do sujeito que se apresenta em congressos científicos, ou quando se

coloca para falar da própria inibição: “Estar impedido é um sintoma. Ser inibido é um sintoma posto no museu” (LACAN, 1962-1963, p.19).

Quando o sujeito está impedido Lacan o referencia através do termo *Imperdicare* que significa ser apanhado em sua própria “armadilha” (LACAN, 1962-1963, p.19). O impedimento, conforme a afirmação de Lacan, é o sintoma representado como segundo termo, no eixo horizontal da dificuldade e diz: “Assim, escrevo *impedimento* na mesma coluna que *sintoma*” (LACAN, 1962-1963, p. 19).

No terceiro termo, “embaraço”, o sujeito S é revestido da barra \$ e isso porque, mais uma vez, trouxe o significado de *imbaricare*, que significa barra. O sujeito, afirma Lacan (1962-1963, p.19), fica embaraçado e procura “alguma coisa em que se escorar”. Assim, diante da dificuldade a que foi exposto, o sujeito se posiciona com certo impedimento, gerando levemente a angústia que recebe o nome de “embaraço”, que surge quando o movimento é menor e a dificuldade maior. “[...] Tanto na inibição quanto no embaraço existiria uma ausência de “movimento”, mas, como o quadro revela, na inibição a “dificuldade” está ausente”. (CASTILHO, 2007, p. 328).

Até aqui observamos o eixo “dificuldade” do quadro. No outro eixo (“movimento”), depois do termo “inibição”, há o segundo termo “emoção”. Esse movimento representaria algo externo, algo da realidade que atinge o sujeito, como uma emoção que desestabiliza, tira do equilíbrio e pontuado por “uma reação catastrófica” (LACAN, 1962-1963, p. 20).

O terceiro termo desse eixo é a “efusão”, entendida como uma “perturbação”, ou seja, quando o sujeito se perturba no movimento (LACAN,

1962-1963, p. 22). Dessa forma, Lacan rejeitaria a angústia como emoção. Para ele, assegura Castilho (2007),

[...] a angústia seria uma comoção sem relação com o simbólico. A angústia estaria no último termo que teria o máximo de “movimento” e o máximo de “dificuldade” no grafo, presente quando não se sabe mais o que fazer, quando não há em que se agarrar (CASTILHO, 2007, p. 328).

Todavia, Lacan (1962-1963, p. 23) elaborou, de maneira enfática, a ideia de que a angústia seria “um afeto”. Esse ficaria “à deriva” e poderíamos “encontrá-lo deslocado, enlouquecido, invertido, metabolizado, mas não ‘recalcado’”.

Soler (2012, p. 21) afirma que na teorização lacaniana o termo afeto foi utilizado justamente como um avanço para a teoria do objeto. E para completar o que formulou como desejo elaborou “a teoria do objeto *a*”. Com relação a esse raciocínio, Castilho (2007, p. 329) mencionou que para Lacan a “angústia não é sem objeto” porque não há como satisfazer a demanda pulsional em sua totalidade. Para esse autor o objeto é entendido como “aquilo que instaura o desejo, que atrai o desejo do sujeito”. Para que se compreenda melhor por que esse objeto é causa do desejo, observemos o que diz Fingermann (2012):

Essa asserção, tantas vezes repetida, vai permitir que se configure a invenção lacaniana do *objeto a*, objeto causa do desejo, ou seja, o objeto que não completa o desejo, mas o causa, objeto sem substância, marca de uma falta radical na estrutura do humano: objeto marca do desejo e índice da angústia (FINGERMANN, 2012 *apud* SOLER, 2012, p.9).

Notemos que para Lacan, como mostra o *Seminário IV* (1956-1957), o segredo de todos os objetos de desejo é a castração. Assim, como podemos pensar a constituição de um objeto de desejo?

Para deixar mais clara a questão do desejo, é preciso retomar o que fora descrito no item 3.1 desse trabalho. Abordou-se, naquele tópico, o momento em que, no processo de constituição subjetiva, a criança passa a perceber o desejo da mãe e a se perceber como objeto do desejo dela (da mãe).

Lacan enfatizou que a busca do objeto é sempre a busca de um objeto perdido. Tomemos o objeto imaginário do desejo: o falo, mais especificamente o falo que a criança imagina que a mãe tem. No plano do imaginário o falo é uma imagem, mas que não se vê. Segundo suas palavras,

Essa imagem caracteriza-se por uma falta, isto é, pelo fato de que o que é convocado não pode aparecer. [...] Nela, o desejo não está apenas velado, mas essencialmente relacionado com uma ausência. [...] Nesse lugar da falta onde algo pode aparecer, coloquei pela última vez, e entre parênteses, o sinal  $(-\varphi)$ . (LACAN, 1962-1963, p. 55).

Segundo Miller (1995, p.60) nesse momento de ensino de Lacan, a castração é o segredo de todos os objetos de desejo. "O gesto de Lacan de fazer ver, de conectar o objeto com a castração, orientará todo o seu ensino e o levará a inventar o objeto *a*".

A invenção do o objeto *a* por Lacan vem, efetivamente, da ideia de que toda a questão do objeto, da eleição do objeto, tem a ver com a falta do falo e que os objetos se sucedem como substitutos sem conseguir acabar com essa falta (MILLER, 1995, p. 79).

Todo desenvolvimento do objeto *a* segue na direção de dar conta dessa elaboração de um objeto que tenha uma estrutura comum com o  $(-\varphi)$ .

Lacan inicia o *Seminário 10: A angústia* (1962-1963) retomando sua tese central: a inscrição do sujeito no campo do Outro, como lugar do significante.

<u>lado do Outro</u>	<u>lado do Sujeito</u>
8 a	A

Afirmou que nesse processo de entrada no campo do Simbólico o sujeito se constitui como um sujeito dividido, por isso, um sujeito desejante. Mas constata que nessa divisão subjetiva há um resto, que sobra, que permanece fora de qualquer possibilidade de significação, de ser revestido, abarcado pelo significante (pelo Simbólico).

Até o referido seminário, a elaboração de Lacan procurou demonstrar que o que estava em jogo na experiência do sujeito só encontraria sentido através do significante. Lacan acreditava, até esse momento, que seria possível abordar o real pelo significante. No *Seminário 10: A angústia* (1962-1963) ele vai constatar uma dimensão do real irredutível, impossível de ser significada.

Segundo Miller (2005) à estrutura do objeto *a* (que está ligada a uma falta fundamental, que vem a ser a própria castração) o campo do simbólico nada pode acrescentar. Diz ele:

O que chamamos os objetos *a* não passam de encarnações, de representações, de manifestações, de traduções. O objeto pequeno *a* é, propriamente falando, uma estrutura fundamentalmente distinta daquela do significante, ou seja, fundamentalmente distinta do elemento 1 (MILLER, 2005, p. 44).

O objeto *a* é concebido como o resto de gozo (assimilado pelo corpo como vivo) que resta da divisão subjetiva pela intrusão do significante. É um resto de gozo. É um resto do vivo que o sujeito foi. O que resta desse gozo perdido é aquilo que não se deixa tamponar pela homeostase, pelo princípio do

prazer. E os outros objetos? São objetos moldados a partir da imagem; objetos cujo protótipo é a imagem especular.

Fonseca (2009, p.3) comprova a afirmação que o objeto *a* não é um objeto qualquer, destacando que se trata de um objeto “inapreensível, não representável, do registro do real”.

Segundo Miller (2005, p.40) no *Seminário 10: A Angústia* (1962-1963) o objeto *a* tem o estatuto de um objeto anterior à lei simbólica, anterior à constituição da função paterna, ao desejo; anterior ao objeto do desejo, anterior a sua simbolização fálica. Neste seminário, em relação ao desejo e ao objeto, “a angústia é a via que permite aceder ao que é anterior ao desejo e ao seu objeto”. Mas, o que antecede o objeto do desejo?

Aquilo que vem antes do objeto do desejo é, de acordo com Miller (2005, p.40), “o objeto como real, cujo paradigma é o seio, o objeto oral. [...] a relação com o seio é a mais primitiva do sujeito com o objeto real”. O autor esclarece que o seio é concebido como “um objeto que é do Outro”, ou seja, esse Outro se refere à mãe como o objeto que faz parte da necessidade de satisfazer a fome da criança.

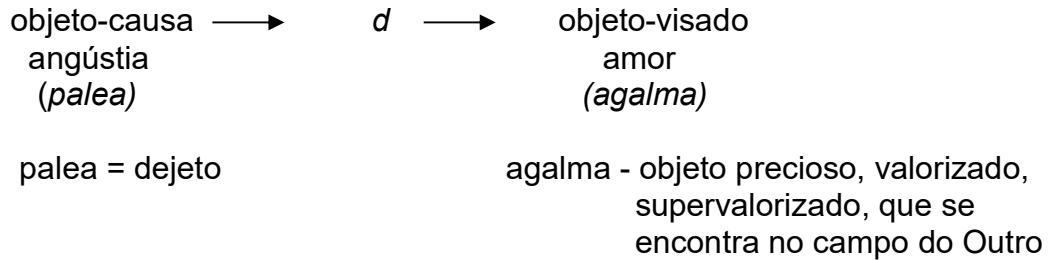
Essa questão foi articulada por Lacan na “dialética da frustração” na qual o “objeto real se torna um signo de amor”. Noutras palavras, o amor entra como uma “satisfação simbólica” prevalecendo sobre a “satisfação real da necessidade”. Sendo assim, a via para aceder ao objeto de desejo é a via do amor (MILLER, 2005, p. 40).

Para compreender essa questão do objeto *a* é preciso retomar o tema da intencionalidade do desejo, como sendo essa a própria estrutura da cena do desejo – a busca permanente por um objeto perdido. Mas Lacan se desprende

desse modelo no qual “o desejo tem diante de si um objeto”. Segundo Miller (2005), no *Seminário 10: A Angústia* (1962-1963) Lacan recusa essa estrutura da intencionalidade e elabora a “causalidade do objeto” fazendo a seguinte introdução: “o verdadeiro objeto de que se trata não está adiante de nós, mas sim atrás” (LACAN, 1962-1963 *apud* MILLER, 2005, p. 48).

Lacan apontou uma dupla vertente para o objeto: de um lado, a vertente do amor (do significante) e do outro lado, a vertente da angústia. “Na vertente do amor” (da cadeia significante) “o objeto real é elevado à dignidade de objeto simbólico”. “Na vertente da angústia aparece, ao contrário, a disjunção entre o gozo e o desejo” (MILLER, 2005, p. 41); o objeto é causa do desejo, na medida em que o desejo visa uma restituição de gozo.

Vejamos o esquema de Miller (2005, p.49):



Miller (2005) enfatiza que, nesse seminário, a angústia é o ponto central que indica aquilo que se refere ao objeto. De acordo com o autor,

Há, portanto uma contraposição a fazer: na vertente do amor, o objeto real é elevado à dignidade de objeto simbólico [...] Já na vertente da angústia aparece, ao contrário, a disjunção entre gozo e desejo. [...] “Só o amor permite ao gozo condescender ao desejo”. Essa proposição é um resumo da dialética da frustração. O amor é aqui o véu da angústia e daquilo que a angústia produz, ou seja, o objeto que causa o desejo (MILLER, 2005, p. 41)

E quando falamos dessa falta, na estrutura do humano, podemos perceber que para a compreensão da angústia “a letra *a* designa o resto da operação da constituição do sujeito na linguagem”, ou seja, o *a* é a causa do desejo (VIOLA & VORCARO, 2011, p. 79).

Ao mencionarmos então, que o objeto é causa de desejo, nesse seminário parece estar toda a dialética do desejo, a questão do objeto – objeto *a*, como resto de gozo - em relação ao desejo. Percebemos que essa abordagem do objeto como causa traz à tona os limites do desejo que estariam em torno, ou nas bordas, do gozo. A angústia, portanto, seria um afeto que denuncia o fato de se estar diante do real, anuncia a presença do objeto *a*, ou seja, a angústia anuncia a necessidade de um gozo que estaria numa forma oposta à ordem do significante. No *Seminário 10* (1962-63) a angústia é definida como um afeto, um afeto que não engana, justamente por ser ele o sinalizador da emergência do gozo.

Em relação àquele caso do Pequeno Hans, Castilho (2007, pp.334-335) propõe que este objeto *a* estaria ligado à “satisfação pulsional” do menino. Nas palavras desse autor, o que angustiava Hans (na posição subjetiva) era o mesmo que o conduziria ao seu gozo. Ou seja, a angústia seria “[...] a via de acesso privilegiada ao objeto *a*”. Esse *a* é, portanto, o resto de gozo, aquilo que representa a causa de desejo.

Miller (2005, p.43) esclarece um pouco mais o aforismo lacaniano de que a angústia é o afeto que não engana: “Certamente, a angústia é o que não engana, mas o que não engana é o que não se deixa significantizar, [...]. Trata-se do resto real”. O autor assegura que esse “resto real” é o próprio gozo, mas que esse

[...] não pode ser capturado pelo significante, gozo irredutível do princípio do prazer e, por isso mesmo, também a angústia na medida em que ela é o afeto de desprazer que conota especialmente o não-significável (MILLER, 2005, p.43).

Dessa forma, a angústia acaba sendo um afeto que sinaliza o que está fora da linguagem.

Entendemos melhor, então, o avanço de Lacan no *Seminário 10: A Angústia* (1962-1963). Partindo das elaborações freudianas de que a função efetiva da angústia seria a de sinalizar um perigo, que ela seria uma reação a um risco vital, Lacan entende que a angústia é um “sinal do real” e que, justamente por isso, ela precisa ser pensada “que dentre todos os sinais, é aquele que não engana”, como um sinal do modo irredutível, sob o qual o real se apresenta na experiência do sujeito (LACAN, 1962-1963, p. 178).

Miller esclarece, portanto, que a partir de Lacan, persistimos na interpretação da angústia como um sinal, não da perda do objeto, mas da interferência do objeto *a*, que estruturalmente se manifesta como causa do desejo justamente porque introduz a função da falta. O autor afirma que a função mais importante da angústia não é a conexão que ela tem com o desejo, mas sim com o real (MILLER, 2005, p.43).

Desta forma, vale frisar que a principal formulação na teoria lacaniana (nesse seminário) é que a angústia evidencia a presença do real, do resto de gozo, do objeto *a*. Lembrando que a constituição do sujeito é pela ordem simbólica, mas este sujeito é dividido com uma falta e esse resto de gozo que foi colocado para fora do simbólico é o que origina o objeto *a*, ao real da pulsão. No entanto, isto retorna o tempo todo e o sujeito precisa aprender a lidar com esta falta, esta perda de gozo. No caso de Hans ele conseguiu uma

saída com a suplênci a do objeto fóbico porque o pai não operou a função paterna.

## Capítulo 4 A Síndrome do pânico à luz da teoria psicanalítica da angústia

### 4.1 Pânico e contemporaneidade

Retomando a questão inicial desse trabalho, à Síndrome do Pânico como um sintoma da contemporaneidade, o presente tópico inicia-se com a seguinte questão: como podemos compreender essa manifestação sintomática na atualidade tendo como base toda produção teórica sobre a angústia conectada ao real e ao gozo, articulada ao desejo e ao desencadeamento da fobia?

Laurent (2007 *apud* Lima, 2009, p.205) afirma que o objeto a nada mais é do que “uma parte de gozo que sobra como resto”. Seria o resto do gozo perdido pela imersão no simbólico.

Abordando novamente a relação entre pânico e fobia, Filho & Bastos (2012) assinalam que a fobia nem sempre surge no contexto da infância e no caso de Hans pode-se considerar que ela é:

um arranjo sintomático para os sujeitos acossados pelo vivo do real da pulsão não domada pela cadeia simbólica da organização psíquica. Os abismos, os espaços abertos ou fechados, os animais/objetos que aos sujeitos ameaçam com a mordida castradora e com a morte, todo este universo provocador de medo constitui, antes de tudo, um primeiro anteparo simbólico, uma trincheira espacial contra o real da angústia; e contra o pior: o fantasiado gozo aniquilador do Outro no horizonte desta angústia vertiginosa, sob a proteção precária dos desfiladeiros do significante (FILHOS & BASTOS, 2012, p.274).

Por essa via da pulsão não domada podemos fazer uma conexão com o que vivemos na época atual da cultura, que muitos autores têm nomeado como

“hipermodernidade”. Estamos num momento histórico e cultural caracterizado pelo predomínio do discurso capitalista, aliado às manifestações científicas e tecnológicas. Habitamos em um mundo mergulhado num consumismo exacerbado. Compomos uma sociedade que não para na produção e na oferta de objetos, facilmente descartáveis e substituíveis.

Os avanços tecnológicos e científicos parecem não terem freios. As pessoas parecem insaciáveis ante o consumo desses objetos, numa busca incessante pela satisfação plena ou, no mínimo, pela ausência de frustração. Sobre isso, Lima (2009, p.205) faz a seguinte observação: “a serviço do consumo, a ciência e a tecnologia não cessam de produzir o apagamento da subjetividade”. Nesse sentido, Almirault (2008 *apud* Lima, 2009, p. 205) reconhece a contribuição da ciência para o bem da sociedade, mas por outro lado, afirma que ela não está mais ao lado do sujeito, mas sim do consumidor que deseja esses objetos movido por um empuxo ao mais-gozar. O Mercantilismo faz do homem o seu servo. Ainda sob essa linha de raciocínio, Lima (2009, p. 205) chama atenção para a posição da criança como consumidora, precocemente confrontada com novas marcas, etiquetas, objetos tecnológicos. E o autor Laurent (2007) diz o seguinte:

A cultura assume aspectos superegóicos, o que impulsiona os sujeitos a se orientar em busca do gozo, um menos em relação aos ideais e um consequente mais de gozar, o que pode levar a fazer desaparecer a particularidade do sintoma (LAURENT, 2007 *apud* LIMA, 2009, p. 209).

Nessa relação de exagero que caracteriza o consumo no mundo contemporâneo, podemos destacar o excesso de trabalho que as pessoas têm realizado para terem aquilo que desejam consumir, para obterem o que é oferecido pelo mercado capitalista. Para conseguir esses bens é necessário o

“imperativo de se exceder no trabalho”, sendo fundamental a subserviência às exigências do mercado. Esse excesso de produção traz uma fascinação e a ilusão de que haveria uma “satisfação plena, de gozo generalizado” (LIMA, 2009, p. 209).

Nesse contexto, é possível relacionar os sintomas do pânico à angústia e aos perigos que ameaçam o corpo. Nesse momento em que o “nossa corpo poderia não ser se não estes objetos próprios ao gozo do Outro”, Vanier (2006, p.295) salienta que “a angústia é, assim um medo do medo, medo de alguma coisa que escapa a compreensão, ao saber, medo desse gozo enigmático para o sujeito”.

Como já afirmado, na contemporaneidade a ciência oferece uma variedade de produtos que podem ser entendidos, como engodo para realização do desejo do sujeito. Todo esse consumo substitui aquilo que nos falta: televisão, celular de última geração, excesso de compras, roupas, drogas, álcool etc., porém o sujeito nunca está satisfeito e acaba sendo induzido a buscar essa satisfação plena. É uma procura sem fim, posto que essa satisfação estará, para sempre, perdida.

De acordo com Vanier (2006, p.295), vivemos numa “chama contemporânea de exigências de segurança”. Em vista disso, o autor questiona: tais exigências não seriam a própria “promoção de um medo novo como remédio contra a angústia?”.

Tudo indica que, com a aparente falência de ordem simbólica, estamos diante de um gozo em excesso, um gozo a deriva.

Pode-se entender, com isso, que a ultrapassagem dos limites, os excessos de satisfação e a ilusão de que ao indivíduo nada pode faltar

repercudem na maneira do sujeito se referir à lei simbólica e se posicionar em relação ao desejo e aos modos de gozo. É possível inferir que, no discurso do capitalismo, prevalece a seguinte lógica: o sujeito pode sempre ser satisfeito, mesmo que pague um alto preço por isso.

Atualmente é como se vivêssemos, a todo o momento, numa produção de gozo e quando o sujeito avalia o objeto como insignificante, simplesmente o descarta e vai novamente à busca de outro objeto. Isso nos leva a deduzir que essa falta de limite, esta busca incessante pela satisfação dos desejos, o gozar na sua plenitude, vai de encontro ao próprio engodo.

Contudo, se o que se valoriza é o imperativo do excesso, é razoável supor que a lei simbólica esteja frágil e, em vista disso, o sujeito acaba pagando por essa falta de referência com o sofrimento psíquico.

Miller (2005, p.50) salientou que, nas formulações lacanianas, “o desejo não passa de ilusão”, bem como “o objeto visado pelo desejo não passa de um engodo”. Assim, se o Pai está em declínio, quem deve proibir o gozo na sociedade atual? Como lidar com este gozo que prevalece em nossos dias?

Percebemos com isso que os excessos de gozo, que parecem imperar justamente por uma fragilidade da lei, produzem novas expressões do mal-estar identificado por Freud: o mal-estar da submissão da pulsão à lei, da exigência do humano ceder em gozo para poder existir na cultura. Essas decorrências parecem se tornar claras nas modalidades das patologias psíquicas no contexto contemporâneo, tal qual se pode mencionar como a eclosão do Transtorno do Pânico.

#### **4.2 Tratamento do pânico: medicação e psicanálise**

Como foi visto no transcorrer desse trabalho, o transtorno do pânico, na linguagem da psiquiatria, é caracterizado pela presença de ataques de pânico que consistem em sensações de desconforto, de mal-estar como, por exemplo, medo de morrer, de ficar louco. Eles são acompanhados, como foi descrito no capítulo 1, de vários sintomas físicos. Foi dito também que, segundo a abordagem científica, os sintomas podem ter origem em fatores genéticos ou ambientais.

De acordo com Caetano (2000, p.40), para evitar que tais crises tornem-se repetitivas, a medicina indica tratamentos medicamentosos. Através de medicamentos ocorreria o bloqueio das crises e isso seria possível, de maneira geral, num prazo de duas a quatro semanas. Ainda segundo esse autor, “nesse meio tempo o paciente pode ainda ter crises, o que, não significa, em absoluto, que ele não vai melhorar com a medicação”. Desta forma, bloquear as crises conforme ele diz, é o primeiro item a ser buscado no tratamento.

Vejamos algumas das medicações utilizadas nesses casos:

Imipramina (Tofranil), clomipramina (Anafril), Inibidores da Monoamina Oxidase (IMAOs: Stelapar e Parnate), novos antidepressivos do grupo dos inibidores da recaptação da Serotonina (Prozac, Aropax, etc.) e clonazepam (Rivotril). [...] O controle das crises, quando se usam a droga e a dose adequadas normalmente é conseguido em um período de duas a quatro semanas (CAETANO, 2000, p.41).

Esse mesmo autor afirma que mesmo quando o paciente estiver bem (sem as crises) a medicação deve ser mantida por um longo período - de seis a onze meses -, caso contrário a retirada antecipada pode acarrear a volta dos ataques de pânico. Após seis meses de uso a medicação deve ser retirada de

forma gradual. Mas o que acontece com os pacientes que encerram o tratamento?

Segundo Caetano (2000), alguns pacientes, após o encerramento do tratamento medicamentoso, ficam bem. Outros, no entanto, após algumas semanas, voltam a apresentar os sintomas do pânico. Esses, ao perceberem os sintomas, identificam-nos e logo procuram ajuda médica.

Pereira (2008) acrescentou que o fato de buscar um médico (o discurso da ciência) faz com que o sujeito sinta-se aliviado, justamente pelo fato desse profissional fazer asserções às respostas que ele deseja ouvir e por garantir e reafirmar que o tratamento trará bons resultados. Porém, se essas garantias forem fornecidas de maneira concreta e objetiva, acabarão por impedir a possibilidade de subjetividade do sujeito.

Na medida em que o discurso da medicina evoca uma “fortíssima transferência” e assume valor de Verdade na contemporaneidade, verifica-se uma tendência de exclusão do sujeito e isso o impede de interagir com seu próprio sintoma. O sujeito acaba, dessa forma, confiando seu “bem-estar” à eficácia da bioquímica e tornando-se dependente dos medicamentos (PEREIRA, 2008, pp. 276-277). Na perspectiva do sujeito,

[...] as palavras de um médico só terão valor enquanto este lhes parecer encarnar em pessoa uma instância de saber absoluto sobre as excitações incontroláveis que invadem seus corpos. Do mesmo modo, quanto mais o medicamento lhes for apresentado como garantia indefectível de cura, de que o pânico não mais os atingirá, mais completa será a adesão ao tratamento (PEREIRA, 2008, p.276).

Dentro ainda dessa perspectiva medicamentosa do tratamento, Paulino e Godinho (2002) concordam que as vias de melhora dos sujeitos são as “terapêuticas”, sendo as mais eficazes a farmacológica e as terapias “cognitivo-

comportamentais". Eles afirmam que as duas técnicas associadas são úteis e eficientes no tratamento. A medicação, para esses autores, é ativa no tratamento do pânico e deve ser iniciada em doses baixas e aumentadas gradativamente.

Segundo a afirmação dos autores, "a paroxetina é provavelmente a mais tolerada, mas a fluoxetina, a fluvoxamina e a sertralina podem ser utilizadas como alternativas" (PAULINO E GODINHO, 2002, p. 461). No caso da fobia, afirmam, as terapias cognitivo-comportamentais são também as mais eficazes.

Observando-se a argumentação desses autores, percebe-se um posicionamento no sentido de que essas terapias operam a medicação com a finalidade de corrigir a conduta do sujeito. O sentido dos sintomas não tem qualquer relevância.

Se a aposta da psiquiatria e da medicina recai sobre a medicação como meio eficaz no tratamento, qual deve ser o olhar particular durante um tratamento analítico?

Lacan (1962-1963, p.13) expressou a importância do fazer clínico, destacando que o analista, face à forma como conduz o tratamento, é colocado à prova, pois cabe a ele perceber o quanto de angústia o paciente pode suportar. Até porque o Transtorno do Pânico pode ser compreendido como uma forma extrema de angústia e é papel do analista conduzir adequadamente a angústia do paciente.

Assim, Caldas (2006, p. 138) afirma que durante o "tratamento analítico, angústia e sintoma comparecem lado a lado: o tratamento de um passa pelo do outro" e que o tratamento da angústia se dá pela via do sintoma.

Há pesquisadores, afirma Rosenberg<sup>16</sup> (1997, p.74), que insistem em dizer que não existem causas psicológicas para o Transtorno do Pânico, que não se conhecem os motivos que originam as crises. Mas utilizando como instrumento o dispositivo psicanalítico, a partir da “escuta”, da associação livre e do próprio modo de operação do inconsciente do sujeito, as “situações fantasmáticas inconscientes” começam a surgir. Assim, nas crises, a autora salienta que, para os sintomas que emergem, o tratamento com medicação resolverá apenas o que é manifesto, sem atingir a causa e o conteúdo latente. Rosenberg<sup>17</sup> (1997) afirma ainda que,

[...] se esses caracteres fóbicos não forem tratados em suas origens inconscientes, apelando-se apenas à medicação, o paciente corre o risco de se apegar à droga como um acompanhante fóbico que o protegerá dos ataques. A questão é que essas drogas atuam no problema focando o sintoma, “a ponta do iceberg, sem atingir a origem” (ROSENBERG<sup>18</sup>, 1997, p.74-75).

Mas como tratar a origem de um sofrimento cujo(s) motivo(s) o sujeito desconhece?

Vanier (2006, p. 291) responde essa questão embasada nas elaborações lacanianas, segundo as quais as pessoas procuram a psicanálise porque sentem medo. O homem teme acontecimentos que desconhece, que não comprehende. Mesmo quando acontece algo que o sujeito desejou, há o sentimento de medo. O homem sofre por não entender e, aos poucos, “entra num estado de pânico. É a neurose.”

Na mesma linha de raciocínio, Basset *et al.* (1999, p.178) concordam com essa ideia de que todo sujeito chega ao tratamento com um não-saber,

<sup>16</sup> [http://revistapercurso.uol.com.br/pdfs/p19\\_texto10.pdf](http://revistapercurso.uol.com.br/pdfs/p19_texto10.pdf)

<sup>17</sup> *ibidem*

<sup>18</sup> *ibidem*

chega “angustiado” e até mesmo “embaraçado por seus afetos”. Nesse sentido, que contribuição poderia ser dada pela psicanálise? Segundo essas autoras, a psicanálise deve apostar no trabalho da “transferência” e “na proposta de elaboração do que escapa e parece estranho” ao sujeito. Esclarecem que o sujeito geralmente se vê angustiado por algo que não reconhece como seu. Concluem dizendo que a procura pela psicanálise acontece justamente por essa busca de respostas acerca de algo que não se sabe.

A proposta da psicanálise é fazer falar, é utilizar a linguagem para fazer a construção de um saber em torno da Verdade inconsciente do sujeito – sobre seu desejo e seu modo de gozo. Ao contrário do saber médico, ao não responder à demanda do sujeito, o analista pode operar, via transferência, a passagem de uma demanda de mero alívio (demanda de amor) para uma demanda de saber e uma implicação do sujeito com seu sintoma e seu mal-estar.

Nesse trabalho de implicação e interpretação dos sintomas, o manejo da angústia é fundamental. Como alerta Lacan, todo paciente chega a um tratamento endereçando a um Suposto Saber sua demanda de alívio.

Muitas vezes os tratamentos da síndrome de pânico priorizam a eliminação dos sintomas corporais e se esquecem que, por trás de tais sintomas, há o sentimento de angústia que é a questão essencial. Nesse sentido, vale ressaltar que a angústia é, conforme Nicéas (2000), a presença e retorno no campo do sujeito daquilo de real que não pôde ser simbolizado ou imaginarizado. O autor afirma ainda que, ao falharem os recursos que permitem simbolizar, ou dar certo velo imaginário à pulsão, isto é, quando a

função do falo ou do fantasma se dissolvem, apresenta-se o objeto pulsional em suas modalidades (olhar, voz, objeto oral ou anal) produzindo angústia.

Abordando esse mesmo sentido clínico, Varnier (2006, p.297) afirma que “o tratamento psicanalítico permite que o sujeito saiba alguma coisa de seu gozo”, que ele apreenda algo do Real e do campo pulsional, chegando mesmo a suportar o que lhe escapa.

Lacan (1962-1963), baseado no que Freud propusera, da angústia como um sinal, retomou como sendo, dessa forma, apropriada para uso dos analistas como uma bússola que aponta para o núcleo duro do sintoma. Ou seja, o tratamento analítico, não deve priorizar a cura da angústia, mas preocupar-se em usá-la a favor seu favor (tratamento), de modo que o analista possa manejar essa angústia de forma que o sujeito possa suportá-la, circunscrevê-la. A dosagem da angústia no tratamento é uma medida da possibilidade do sujeito de encontro com o real. Sobre isso é interessante que se destaque o seguinte:

Somente a ideia de real, na função opaca de que o falo para lhe opor a do significante, permite que nos orientemos. Já podemos dizer que esse é diante do qual a angústia funciona como sinal é da ordem da irredutibilidade do real. Foi nesse sentido que ousei formular diante de vocês que a angústia, dentre todos os sinais, é aquele que não engana. Do real, portanto, de uma forma irredutível sob a qual esse real se apresenta na experiência, é disso que a angústia é sinal (LACAN, 1962-1963, p. 178).

É importante lembrar que, de acordo com a teoria freudiana, o sintoma estava relacionado ao recalque. Lacan mostrou, no entanto, que há outra forma de ler os sintomas, diferente da psiquiatria que vê na doença orgânica algum tipo de déficit orgânico, distúrbio mental ou transtornos. Para ele os sintomas

podem ser lidos, decodificados através da linguagem como um déficit de reconhecimento, ou seja, a partir de uma palavra que faltasse. Em sua teoria, os sintomas falam e vão em direção ao reconhecimento do desejo porque o sintoma mascara o desejo do sujeito. Na leitura de Lacan o sintoma tem uma dupla vertente. Por um lado, em sua vertente simbólica, é sempre uma mensagem endereçada ao Outro, tem estrutura de linguagem, pode ser inserido na cadeia significante e, por isso, é passível de decifração, de interpretação, de significação própria para cada sujeito. Por outro lado, em sua vertente Real, é também uma via de satisfação pulsional, um modo como cada sujeito lida com o gozo.

Sob a óptica da teoria lacaniana a clínica é o lugar onde a palavra está em jogo. O ato de falar assegura ao sujeito uma oportunidade de reconhecer aquilo que o bloqueou. No entanto, como já visto, não cabe à psicanálise a missão de acabar com a angústia, até porque, para o analista, ela é o termômetro, a bússola para a cura no tratamento.

Nesse sentido, como foi abordado no tópico 3.2, Lacan – no *Seminário 10: A angústia* (1962-1963) – enfatizou a vinculação da angústia ao objeto a. Deixou evidente que na própria constituição do sujeito, por sua submissão à ordem simbólica e à linguagem, é, constitutivamente, dividido: um sujeito em falta e que deseja.

Nessa divisão do sujeito há um resto que não é abarcado pelo simbólico, que se situa no campo do real. No desenvolvimento de seu ensino, Lacan se deu conta de que há uma dimensão do real que é irredutível, isto é, que não pode ser significada e a essa irredutibilidade elaborou como objeto a, o resto de gozo.

Ao abordar a questão da dupla vertente do objeto – objeto visado pelo desejo (na vertente do amor) e objeto causa do desejo (na vertente da angústia) – Lacan esclareceu o porquê de a angústia ser considerada o afeto que não mente. Ou seja, como assinalara Freud, a angústia é sinal, é indício da presença do objeto *a* para Lacan; do objeto *a* como restituição de gozo, como presença da satisfação pulsional. Assim, essa sinalização para Lacan, é um sinal do próprio real; a angústia evidencia a presença do real, da pulsão. Essa angústia, portanto, tem um papel fundamental durante o tratamento na clínica analítica.

Se num tratamento analítico o real é a dimensão do gozo, da pulsão que não pode ser nomeada, que não pode ser abarcada pela produção de sentido, a angústia é o elemento que tangencia esse real. A localização e o manejo da angústia permitem apontar e, talvez, circunscrever o real.

Para a psicanálise a angústia não pode ser anulada, eliminada, já que também não pode ser esgotada pela função da interpretação e nem pela produção de sentido. Ela funciona como uma bússola a orientar o analista durante o trabalho de uma análise. A esse respeito, como foi mencionado no tópico 3.2, Lacan esclareceu que a angústia se apresenta tanto para o sujeito quanto para o analista e enfatizou a importância do manejo adequado que esse profissional deve ter com a angústia do paciente. É necessário que o analista saiba distinguir os momentos em que deve provocar a angústia e aqueles em que é necessário desangustiar, reduzir o nível de angústia do sujeito. Para isso é preciso que o profissional perceba o quanto de angústia o sujeito pode suportar, porque é preciso dosá-la. Dessa forma, o analista irá manejar a

angústia do sujeito em direção ao real. A observação dessa dinâmica faz surgir, naturalmente, uma questão: como desangustiar?

Laurent (2007) esclarece que o manejo desse desangustiar ou não é o que diferencia os objetivos da psicanálise e da medicina e, nesse sentido, faz a seguinte afirmação:

Angustia-se quando não se sabe o que o Outro quer, sendo precisamente esse sentido de que a angústia não é sem objeto. A presença do Outro está em causa. Lacan torna legíveis os desenvolvimentos da teoria freudiana da angústia. Dos primeiros trabalhos sobre a neurose de angústia até “Inibições, sintoma e angústia” (1926), a angústia é a presença do desejo do Outro. Desangustiar quer dizer que se trata, a um só tempo, de introduzir uma questão sobre o desejo e de interpretar o desejo que está em jogo (LAURENT, 2007, p. 113).

Portanto, afirma o autor, desangustiar é fazer surgir a questão do desejo, e sua interpretação, a partir do momento em que se faz constituir o sintoma. “Quanto mais o sintoma se torna consistente, mais é possível desangustiar. Inversamente, quando o sintoma não é consistente, a angústia não chega a circunscrever” (LAURENT, 2007, p.113).

Considerando-se a angústia como sinal do objeto *a*, o resto do gozo, a esse resto que sobra, como fora elaborado por Lacan, qual seria então o papel do analista no tratamento analítico?

Se a angústia for entendida como traço fundamental das crises de pânico, segundo Basset *et al.* (1999), “a adequação do tratamento analítico para as patologias” do pânico e da fobia depende da:

referencia à concepção do sintoma como substituto e, ao mesmo tempo, manifestação da angústia. Angústia que aponta para o que se revela de singular no sujeito, o desejo que o anima e do qual não se trata de abdicar. Isto supõe a concepção de um inconsciente estruturado como uma

linguagem, regido pela lógica do significante e restringe a experiência analítica ao campo da fala e da linguagem (BESSET *et al.*, 1999, p. 179).

A partir de toda a elaboração lacaniana é possível compreender que o sujeito, enquanto ser falante, não pode escapar da angústia. Assim, o papel do analista é fazer o manejo necessário do limiar da angústia de tal forma que faça avançar o tratamento sem ultrapassar o limite do sujeito de suportabilidade da angústia. E, a partir da angústia, circunscrever seu sintoma, como seu modo singular de gozo, se implicando e se responsabilizando por um saber-fazer com esse sintoma, da melhor maneira possível.

## Considerações Finais

O percurso desse trabalho foi concluído e diante do referencial teórico, tanto da psicanálise como da psiquiatria, podemos destacar alguns pontos relevantes de nossa pesquisa. Abordamos aqui o Transtorno do Pânico e as Fobias, sintomas do mal-estar humano desde os tempos remotos e que estão presentes de forma intensa e significativa na contemporaneidade, seja na clínica, no cotidiano das pessoas ou no imaginário social.

Essa pesquisa teve como objetivo a abordagem desse tema a partir da contribuição dos estudos psicanalíticos, baseados nas formulações teóricas de Freud e Lacan. Partindo dessas contribuições teóricas e clínicas pudemos averiguar aquilo que permeia as relações entre essas patologias e a angústia.

Assim, pudemos verificar que, em suas formulações a respeito da angústia, Freud articulou que sua função efetiva seria a de um sinal perante um perigo, alguma forma de ameaça. Ele já nos apresentava os sintomas que provinham da angústia e que pudemos comparar aos sintomas do pânico e da fobia na atualidade. Desde o início, já relacionava as manifestações da angústia com a sexualidade, ou seja, com a satisfação pulsional. Se em sua primeira teoria, Freud supõe que a angústia seja um efeito do recalque, a evolução de sua teoria sobre o aparelho psíquico e sobre as pulsões o leva a constatar que a angústia é, na verdade, a origem do recalque, na medida em que constitui o sinal da repetição, da atualização da experiência fundamental da castração.

Lacan, a partir do momento em que retoma Freud, faz novas articulações e avança para uma nova leitura da angústia. Em relação ao perigo

identificado por Freud, a teoria lacaniana traz o perigo real, isto é, o perigo do real que retorna. Articula a angústia como o único afeto que não engana porque seria um sinal do real pulsional e do gozo que insiste em não se escrever. O real que se apresenta na experiência do sujeito como intenso, avassalador, sem sentido, impossível de nomear e de circunscrever pelos significantes. A angústia evidencia a presença do real, do resto de gozo, do objeto a. Mas é preciso lembrar, como apontado nesse trabalho, e de acordo com a teoria psicanalítica lacaniana, que para suportar o mal-estar inerente à existência humana na ordem simbólica e da linguagem, o sujeito precisa saber lidar com a falta fundamental, com a perda de gozo, portanto, com a angústia.

Vimos que a noção de Pânico vem desde a Mitologia Grega tendo sua origem relacionada a uma divindade grega que assustava as pessoas causando medo. Podemos pensar que o mito foi a forma de dar lugar (e um sentido) para essa experiência fundamental do humano que é o horror do encontro com o real da castração, do gozo. Ao longo da história, diferentes campos do saber (religião, filosofia) tentaram dar conta da mesma tarefa. Relevante perceber como na contemporaneidade, o conceito do pânico é abarcado pelo discurso da ciência, particularmente da psiquiatria, área na qual a classificação das doenças vem ganhando cada vez mais espaço e se tornando cada vez mais presente. Os sintomas que foram destacados por alguns autores contemporâneos são praticamente os mesmos já verificados nos tempos de Freud quando o sujeito vê-se angustiado ou com crises de pânico justamente porque se depara com situações que desencadearam as crises. Os autores contemporâneos pontuaram que o pânico ocorre em conjunto com alguma perturbação física e comportamental que acabam

interferindo no cotidiano do sujeito. Nessa lógica objetivante e classificatória, o pânico e as fobias são explicados a partir de bases biológicas (orgânicas) e descritos, em termos comportamentais, a partir de uma lista de sinais e sintomas que denunciam um “funcionamento inadequado” a ser corrigido.

Se para a medicina/psiquiatria o sintoma é uma disfunção e o tratamento (objetivando o bem do organismo e do paciente) visa à sua eliminação, para a psicanálise o sintoma traduz e enuncia a economia psíquica de um sujeito, ou seja, sua relação com o desejo e com o gozo.

Nesse sentido, pudemos percorrer o caminho das articulações de Freud sobre a angústia, quando elaborou a primeira teoria da angústia a partir das observações clínicas nas quais o recalque (privação pulsional) figurava como gerador da angústia, o que perdurou até 1926. Após sua segunda teoria pulsional, e sua segunda tópica, Freud muda sua teoria ao compreender a angústia como a causa do recalque, culminando no texto da virada: *Inibição, sintoma e angústia* (1926) no qual expressou a angústia como um sinal. Fez então, a relação entre angústia, defesa (recalque) e medo (fobia) quando explorou o caso que foi um marco para a psicanálise – *Análise de uma fobia em um menino de cinco anos* (1909), o caso do Pequeno Hans, que tinha um sintoma fóbico: o medo de cavalos. A constatação freudiana foi justamente que o medo do cavalo fora gerado por uma formação substitutiva perante a angústia de castração. A angústia, os sintomas fóbicos do menino, eram justamente sinais da angústia de castração.

Esse caso de Fobia foi retomado por Lacan no *Seminário IV- A relação de objeto* (1956-1957), recuperando a noção freudiana da relação do sujeito com o objeto, como uma busca de um objeto de satisfação para sempre

perdido. Lacan articulou essa busca do sujeito por uma satisfação plena que nunca é satisfeita com uma falta fundamental, inerente a todo sujeito humano, uma vez que se constitui num ser de linguagem, inserido em uma ordem cultural e simbólica. Lacan, em sua retomada a Freud a respeito do complexo de Édipo, articula a constituição do sujeito a partir da relação com essa falta fundamental (a castração) vivenciada pelo sujeito nos três registros por ele elaborados – Real, Simbólico e Imaginário. O sujeito tem esta vivência nos três registros e vive essa falta primordial com privação, frustração e castração. Por esta via, a angústia estaria relacionada ao desejo do Outro, isto é, para dar sentido ao seu ser-em-falta, o sujeito vai buscar no Outro essa falta.

No entanto, à medida que seu ensino avança cada vez mais na direção do real, a grande virada de Lacan, na abordagem da angústia, foi justamente articular a angústia com o real e a elaboração do objeto a. Ou seja, a angústia na teoria lacaniana é o sinal da presença do objeto a.

No entanto, quando Lacan teoriza a noção de Metáfora Paterna, articulando a entrada do sujeito no campo do simbólico, ele destaca que essa experiência metafórica é viabilizada pela função paterna. O pai tem uma função fundamental como pivô, como operador da passagem da ilusão imaginária da completude para a experiência da castração simbólica. No caso do pequeno Hans o pai não fez plenamente essa função, deixando o menino imerso na angústia de ser tomado pelo gozo – o gozo do Outro e o gozo do corpo próprio. A saída de Hans para a angústia foi introduzir a fobia e eleger um objeto fóbico (cavalo) como defesa para a fobia. Este objeto é um significante, sendo então um elemento simbólico entre Hans e o pai. Assim, o cavalo entra como substituto, como suplência da função do pai, ou seja, faz a suplência ao

significante Nome-do-Pai (NP) que não operou para barrar o desejo materno (DM), deixando o sujeito submetido a um desejo sem lei, sem regras, sem sentido.

Nesse contexto, com essa concepção da angústia como sinal do real e do gozo, bem como articulada ao desejo do sujeito, podemos pensar o incremento dos quadros de pânico e de fobias como uma tentativa de defesa, de saída para uma relação com a satisfação pulsional que no mundo moderno, se caracteriza por um empuxo ao gozo. Mundo onde nos deparamos com o excesso de consumo em todos os sentidos, na busca incessante do sujeito pela satisfação plena. Retomando a descrição dos tempos do Édipo no caso do pequeno Hans, caberia pensar que o sujeito contemporâneo, imerso nessa lógica de produção e consumo, fica aprisionado no “tempo do engodo”.

Esse excesso de gozo parece imperar nos dias atuais por conta do declínio da ordem simbólica, que falha em circunscrever e barrar a experiência devastadora do gozo à deriva. O que produz intenso mal-estar justamente porque há a exigência do humano ceder neste gozo para que possa existir na cultura. A esse mal-estar, ao desconforto, ao medo de morrer, de enlouquecer e outros sintomas (como descritos no Capítulo I) para a psiquiatria o tratamento é através da medicação, da anulação do sintoma.

Para a psicanálise a angústia não pode ser anulada. Da mesma forma, a angústia também não pode ser esgotada pela interpretação porque o sujeito é falante. A angústia pode ser abordada pela via da linguagem. Ela pode ser tocada pela via da cadeia significante, não para ser decodificada, mas para ser localizada, apontando assim o real, tangenciando-o. Lacan propôs a importância do papel do analista na forma de conduzir o tratamento, no que se

refere ao manejo da angústia do sujeito. Se no segundo ensino de Lacan, a direção do tratamento vai além da elaboração da verdade e do saber inconsciente, vai além da relação com a fantasia e com a castração, ou seja, visa operar sobre a relação com o sujeito com o gozo, levando o sujeito a saber-fazer e a se responsabilizar por seu modo de gozo, a angústia torna-se um norteador para o analista na direção do tratamento, um sinal que aponta ao real.

Assim, o sujeito irá apreender algo do real e da pulsão para suportar o que lhe escapa. Nessa direção do tratamento, ao analista caberá a habilidade de intervir fazendo advir a angústia em alguns momentos e “desangustiando”, reduzindo o nível de angústia do sujeito em outros momentos.

Portanto, na perspectiva da psicanálise com as contribuições teóricas de Freud e Lacan, podemos conceber a angústia como sinal do objeto a, do resto de gozo irredutível, marca mais singular de cada um. Nesse sentido, podemos pensar a angústia como o traço fundamental do Pânico e da Fobia, traço que nos permite identificar e compreender que o sujeito, enquanto ser falante, não tem como escapar da angústia. Cada época, cada organização da civilização, disponibiliza condições e ferramentas (simbólicas e imaginárias) para que o sujeito possa (ou não) se haver com essa marca do real.

## Referências

- BESSET, Vera Lopes; NIGRI, Kátia Kac; ALMEIDA, Leonardo Pinto. A fobia e o pânico em suas relações com a angústia. *In: Psicologia: Teoria e Pesquisa, Mai-Ago.* v.15, n. 2, 1999. pp. 177-180. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v15n2/a11v15n2.pdf> >. Acesso em: 15 set. 2013.
- CAETANO, Dorgival. **O pânico**. 4.ed. São Paulo: Contexto, 2000. 62 p.
- CALDAS, Heloisa. Um livro chamado *Angústia* - sobre o romance de Graciliano Ramos. *In: Psicologia Clin.* Rio de Janeiro. v. 18, n. 1, 2006. pp. 137-145. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0103-56652006000100011&lng=pt&nrm=iso&tlang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-56652006000100011&lng=pt&nrm=iso&tlang=pt) >. Acesso em: 15 set. 2013.
- CARVALHO, Maria Teresa Mello. Sofrimento psíquico, acontecimento traumático e angústia pulsional. *In: Psicologia em Estudo*. Maringá. v. 17, n.3, 2012. pp. 487-497. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1413-73722012000300014&lng=pt&nrm=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-73722012000300014&lng=pt&nrm=pt) >. Acesso em: 17 set. 2013.
- CASTILHO, Pedro Teixeira. Uma discussão sobre a Angústia em Jaques Lacan: Um contraponto com Freud. *In: Revista do Departamento de Psicologia – UFF*. v. 19, n. 2, 2007. pp. 325-338. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-8023200700020004&lng=pt&nrm=iso&tlang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-8023200700020004&lng=pt&nrm=iso&tlang=pt) >. Acesso em: 17 set. 2013.
- CHECCHINATO, Durval. Introdução. *In: SAFOUAN, Moustapha. Seminário: angústia, sintonia, inibição*. 2.ed. Campinas: Papirus, 1989.
- DSM-IV. Manual de Diagnósticos e estatísticas das perturbações mentais.** v. [online],1994. Disponível em:< [http://www.psiquiatriageral.com.br/dsm4/sub\\_index.htm](http://www.psiquiatriageral.com.br/dsm4/sub_index.htm) >. Acesso em: 23 jul. 2014.
- EHRLICH, André; DARRIBA, Vinicius Anciaes. "Medô medo": investigação sobre a fobia em Freud, Lacan e autores contemporâneos a partir de um caso clínico. *In: Ágora*. Rio de Janeiro. v.16, n. especial, 2013. pp. 59-76. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1516-14982013000300005&lng=pt&nrm=iso&tlang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-14982013000300005&lng=pt&nrm=iso&tlang=pt) >. Acesso em: 15 set. 2013.
- FILHO, Caio Mattos; BASTOS, Angélica. A resposta sintomática na fobia: o amor em fuga no encontro com o gozo. *In: Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo. v. 15, n. 2, 2012. pp. 265-277. Disponível em: < <http://www.psicopatologafundamental.org/pagina-volume-15-numero-2-junho-de-2012-696> >. Acesso em: 15 set. 2013.

FINGERMANN, Dominique. Apresentação. *In: SOLER, Colette. Declinações da angústia*: curso 2000-2001. São Paulo: Escuta, 2012.

FONSECA, Maria Carolina Bellico. O objeto da angústia em Freud e Lacan. *In: \_\_\_\_\_ Reverso*. Belo Horizonte. v.31, n. 57, 2009. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0102-3952009000100005&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0102-3952009000100005&script=sci_arttext)>. Acesso em: 15 set. 2013.

FREUD, Sigmund. Rascunho B - a etiologia das neuroses, 1893a. *In: \_\_\_\_\_ Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. pp. 223-230. (Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 1).

FREUD, Sigmund. Rascunho D – sobre a etiologia e a teoria das principais neuroses, 1894a. *In: \_\_\_\_\_ Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. pp. 231-234. (Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 1).

FREUD, Sigmund. Rascunho E – como se origina a angústia, 1894b. *In: \_\_\_\_\_ Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. pp. 235-241. (Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 1).

FREUD, Sigmund. As neuropsicoses de defesa, 1894c. *In: \_\_\_\_\_ Primeiras publicações psicanalíticas*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. pp. 51-66. (Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 3).

FREUD, Sigmund. Conferência XXV: a ansiedade, 1916-1917. *In: \_\_\_\_\_ Conferências introdutórias sobre psicanálise – Parte III*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. pp. 393-411. (Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 16).

FREUD, Sigmund. **Inibições, sintoma e ansiedade**, 1925-1926. Rio de Janeiro: Imago, 1996. pp. 81-152. (Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 20).

FREUD, Sigmund. **Análise de uma fobia em um menino de cinco anos**, 1909. Rio de Janeiro: Imago, 1996. pp. 15-133. (Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 10).

FREUD, Sigmund. Apêndice: o termo “*angst*” e sua tradução inglesa, 1895. *In: \_\_\_\_\_ Primeiras publicações psicanalíticas*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. pp. 117-118. (Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 3).

GOLDGRUB, Franklin. As teorias da ansiedade e das pulsões em Freud. *In: \_\_\_\_\_ Revista de psicologia da PUC*. v.19, n.1, 2010. pp. 11-32. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/5225>>. Acesso em: 17 set. 2013.

LACAN, Jacques. **O Seminário, livro 4:** a relação de objeto. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, livro 5:** a formação do inconsciente. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

\_\_\_\_\_. **O Seminário, livro 10:** a angústia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

LAURENT, Éric. Sintomas em intensão. Desangustiar?. *In: \_\_\_\_\_ A sociedade do sintoma: a psicanálise hoje.* Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria. 2007. pp.111-124.

LIMA, Glaucineia Gomes. Criança: objeto a liberado?. *In: \_\_\_\_\_ Educação em revista.* Belo Horizonte, v.25, n.1, 2009. pp. 203-218. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-46982009000100011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-46982009000100011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 15 set. 2013.

MILLER, Jacques-Alain. **A lógica na direção da cura.** Belo Horizonte: EBP-MG. 1995.

MILLER, Jacques-Alain. Placa Giratória. *In: \_\_\_\_\_ Opção Lacaniana.* Revista Brasileira internacional de Psicanálise. São Paulo: 2005, n.43, pp. 33-45.

MILLER, Jacques-Alain. Aquém do desejo. *In: \_\_\_\_\_ Opção Lacaniana.* Revista Brasileira internacional de Psicanálise. São Paulo: 2005, n.43, pp. 46-59.

NETO, Gustavo Adolfo Ramos Mello; MARTINEZ, Viviana Carola Velasco. Angústia e sociedade na obra de S. Freud. *In: \_\_\_\_\_ Psicologia em Estudo.* Maringá, v.7, n.2, 2002. pp.41-53. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v7n2/v7n2a06.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2013.

NICÉAS, Carlos Augusto. **Pânico e angústia.** Revista Latusa. Rio de Janeiro: 2000, n.4/5, pp. 91-103.

PAULINO, Marco; GODINHO, José. Perturbações da ansiedade. *In: CORDEIRO, J. C. Manual de Psiquiatria Clínica.* 2.ed. Rio de Janeiro: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002. pp. 445-486.

PEREIRA, Mario Eduardo Costa. **Pânico e desamparo: um estudo psicanalítico.** São Paulo: Escuta, 2008.

PISETTA, Maria Angélica Augusto de Mello. Considerações sobre as teorias da angústia em Freud. *In: \_\_\_\_\_ Psicologia ciência e profissão.* Universidade Católica de Petrópolis, 2008 (2), pp. 404-417. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v28n2/v28n2a14.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2013.

ROSENBERG, Ana Maria Sigal. **Dialogando com a psiquiatria:** das fobias à síndrome do pânico. Revista Percurso, São Paulo, n.19, a.2/1997, pp. 73-82.

Disponível em: < [http://revistapercurso.uol.com.br/pdfs/p19\\_texto10.pdf](http://revistapercurso.uol.com.br/pdfs/p19_texto10.pdf) >. Acesso em: 07 jun. 2014.

SOLER, Colette. (2012). Aula de 22 de novembro de 2000. *In: \_\_\_\_\_.* **Declinações da Angústia**: curso 2000-2001. São Paulo: Escuta. 2012.

VANIER, Alain. **Temos medo de quê?**. Revista Ágora, Rio de Janeiro, v.19, n.2, 2006. pp. 285-298. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1516-14982006000200009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-14982006000200009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 17 set. 2013.

VIOLA, Daniela Teixeira Dutra; VORCARO, Ângela Maria Resende. **A verdade e o engodo do desejo na leitura do seminário a angústia de Jacques Lacan**. Revista Ágora, Rio de Janeiro, v.14, n.1, 2011. pp. 77-93. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1516-1498201111000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-1498201111000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 15 set. 2013.