DENISE MARIA LOPES DAL-CÓL

**UM ESTUDO SOBRE A TEORIA DA ANGÚSTIA NA OBRA DE
SIGMUND FREUD**

caminhos de construção e de descoberta

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista – UNESP, Câmpus de Assis, para a obtenção do título de Mestre em Psicologia – Área de Concentração Psicologia e Sociedade.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Lúcia de Oliveira.

**ASSIS
2002**

DENISE MARIA LOPES DAL-CÓL

**UM ESTUDO SOBRE A TEORIA DA ANGÚSTIA NA OBRA DE
SIGMUND FREUD**

caminhos de construção e de descoberta

**ASSIS
2002**

Ficha catalográfica elaborada por Terezinha Batista de Souza – CRB-9/351.

D136u Dal-Cól, Denise Maria Lopes.

Um estudo sobre a teoria da angústia na obra de Sigmund Freud: caminhos de construção e de descoberta / Denise Maria Lopes Dal-Cól . – Assis, SP : [s.n], 2002.
232f.

Orientadora: Dra. Maria Lúcia de Oliveira.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências e Letras.

Referências: f. 223 a 226.

1. Angústia - Conceito. 2. S. Freud.- Psicanálise. 3. Clínica - Tratamento psicanalítico. 4. Angústia - Atualidade. I. Oliveira, Maria Lúcia. II. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências e Letras. III. Título.

CDD : 150.1952

DENISE MARIA LOPES DAL-CÓL

UM ESTUDO SOBRE A TEORIA DA ANGÚSTIA NA OBRA DE SIGMUND FREUD
caminhos de construção e de descoberta.

COMISSÃO JULGADORA

DISSERTAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

Presidente e Orientador _____

2º Examinador _____

3º Examinador _____

Assis, ____ de _____ de 2002.

**DADOS CURRICULARES
DENISE MARIA LOPES DAL-CÓL**

NASCIMENTO	23.03.1964
LOCAL	Mirassol - SP
FILIAÇÃO	Wilson Lopes Inês Bergamini Lopes
1984/1989	Curso de Graduação - Psicologia Universidade Estadual de Londrina
1994/1996	Curso de Pós-Graduação em Psicanálise, nível de Especialização, nas Faculdades Integradas da Sociedade Educativa Tuiuti – FASET – Curitiba.
1995	Professor Auxiliar Universidade Estadual de Londrina - UEL

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, meu marido e meus filhos.

Às minhas avós Catarina e Ana (*in memoriam*),
mulheres de grande valor.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Wilson e Inês, sempre presentes, confiantes e incentivadores.

Ao meu marido, Neto, por seu companheirismo, tolerância e sugestões valiosas.

Ao meu filho, Pedro Henrique, por me ceder seu computador e conhecimentos de computação.

À minha filha, Lara, por aceitar a limitação das horas de convivência.

À Universidade Estadual de Londrina e ao Departamento de Fundamentos de Psicologia e Psicanálise, por conceder-me a licença necessária à elaboração deste trabalho.

À minha orientadora, Profa. Dra. Maria Lúcia de Oliveira, por aceitar meu projeto e conduzir-me nos percalços da pesquisa acadêmica.

À Norma S'Antamaria de Angulo, por confiar e sustentar meu desejo nas vicissitudes deste trabalho, prestando-me contribuições teóricas e clínicas importantes.

Às grandes amigas, Cândida, Sônia e Vera, pelo interesse, confiança e contribuições ao meu trabalho.

À Profa. Terezinha, pelo carinho e competência com que realizou a normalização.

Ao Prof. Aluysio, pela excelente correção gramatical e ortográfica.

Em especial, ao meu analista Antonio Godino Cabas, por ajudar-me a manter vivo e presente meu desejo.

Quanto ao resto, nosso jovem investigador [Hans] simplesmente chegou um pouco cedo à descoberta de que todo conhecimento é um monte de retalhos, e que cada passo à frente deixa atrás um resíduo não resolvido.

(S. Freud)

DAL-CÓL, Denise Maria Lopes. **Um estudo sobre a teoria da angústia na obra de Sigmund Freud**: caminhos de construção e de descoberta. 2002. 232f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras. Universidade Estadual Paulista, Assis, 2002.

RESUMO

O presente trabalho tem como objeto o conceito de angústia na perspectiva aberta pelo fundador da psicanálise – S.Freud. Seu objetivo é o estudo da elaboração desse conceito ao longo da sua obra, desde suas origens – quando se encontra, nos casos clínicos, com o fenômeno de angústia -, sua revisão no meio da obra, entre 1915 e 1917, até sua conceituação final da angústia como sinal de alarme. Visa discutir as conseqüências dessa conceituação para o tratamento psicanalítico e faz algumas considerações sobre a angústia na cultura contemporânea. Realiza-se mediante um método que consiste em fazer um levantamento da origem e das mudanças da teoria, procurando apontar os impasses com os quais Freud se deparou na sua clínica e na elaboração do saber, identificando as conclusões a que chegou. Estabelece três períodos do desenvolvimento da elaboração do conceito de angústia na obra freudiana: as origens (1886-1900); período intermediário (1900-1920); última fase (1920-1933). Apresenta e discute as conseqüências para a clínica psicanalítica (tratamento) das descobertas que Freud fez sobre a angústia ao longo de sua investigação, principalmente do seu conceito final como sinal de alarme do perigo que o desejo inconsciente representa para o ego. Conclui que a angústia é um paradoxo porquanto indica, clinicamente, ao mesmo tempo, uma aproximação ao desejo inconsciente e um alerta do ego para colocar em curso medidas de afastamento. A implicação clínica reside em que o praticante da clínica psicanalítica deve acolher a angústia e levar o paciente a acolhê-la pela verdade inconsciente que ela aponta, a saber, que o sujeito é marcado pela perda, tendo isso implicações na sua vida. Enfoca o paradigma contemporâneo da depressão e da designada 'síndrome do pânico' à luz do legado freudiano da angústia. Apresenta a idéia de que as duas manifestações – para as depressões, em alguns casos – são estados de angústia. Faz a consideração de que essas designações mencionadas levam a crer que o sujeito não tem nada a ver com seu sofrimento; isso, numa tentativa de abolir a realidade do conflito e das perdas que o constituem. Conclui que a cultura contemporânea será capaz de considerar a angústia como um estado afetivo que tem importância na vida subjetiva, se reservar um lugar para a história, para as perdas, para a palavra, ao invés do ideal da satisfação garantida do homem-máquina.

Palavras-chave: Angústia - Conceito ; S.Freud - Psicanálise ; Clínica - Tratamento psicanalítico ; Angústia - Atualidade.

DAL-CÓL, Denise Maria Lopes . **A Study of the Theory of Angst in the Works of Sigmund Freud: the roads to construction and discovery.** 2002. 232f. Master Dissertation, Faculdade de Ciências e Letras. Universidade Estadual Paulista, Assis, 2002.

ABSTRACT

The object of this work is the concept of *angst* within the open perspective of the founder of psychoanalysis, S. Freud. It elaborates on the concept of *angst* from its origins, found in his clinical cases together with the *angst* phenomenon, during its review, between 1915 and 1917, until its final conceptualization as a sign of distress. The consequences of this conceptualization to the psychoanalytical treatment and considerations on the subject of *angst* in the contemporary culture are also presented. The method used to carry out this study included a survey of the origins and changes of the theory, as well as the setbacks faced by Freud both in his clinical work and during the development of the knowledge based on his conclusions. Three phases were established for the development of the Freudian concept of *angst*: the origins phase (1886 to 1900), the intermediate phase (1900 to 1920) and the last phase (1920 to 1933). The consequences of his conceptualization to the psychoanalysis clinical treatment, mainly his final conceptualization of the phenomenon as a sign of distress, and the dangers that the unconscious desire causes to the ego are also discussed. It concludes that *angst* is a paradox which indicates, clinically, an approximation to the unconscious desire and an alert for the ego to use withdrawal measures. Clinical implications involve the acceptance of *angst* by the clinician and his patient of the unconscious truth it reveals, i.e., that the subject suffers from a loss which brings consequences to his life. It focus on the contemporary paradigm of depression and the "panic syndrome" under the Freudian legacy of *angst*. It presents the idea that these two manifestations are states of *angst* which make us believe that the subject has nothing to do with his suffering condition, i.e., they are attempts to avoid the reality of the conflict and the losses that constitute it. It concludes that the contemporary culture will be able to accept *angst* as an affective state with importance to the subject's subjective life if history, losses, words, rather than man-machine satisfaction-guaranteed ideals are considered.

Key words: Angst – Concept ; S. Freud - Psychoanalysis ; Clinic - Psychoanalytical treatment ; Angst - Recent developments.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
INTRODUÇÃO	16
JUSTIFICATIVA	29
OBJETIVOS	32
METODOLOGIA	33
1 Pressupostos Metodológicos	33
2 Procedimentos.....	45
A REVOLUÇÃO FREUDIANA	49
PRIMEIRA PARTE	
O Primeiro Desenvolvimento da Elaboração do Conceito de Angústia: as origens (1886-1900).....	56
1 Apresentação e Análise dos Textos	59
2 Discussão e Conclusão acerca do Primeiro Desenvolvimento.....	88
SEGUNDA PARTE	
O Segundo Desenvolvimento da Elaboração do Conceito de Angústia: período intermediário (1900-1920).....	99
1 Apresentação e Análise dos Textos	107
2 Discussão e Conclusão acerca do Segundo Desenvolvimento	144
TERCEIRA PARTE	
O Terceiro Desenvolvimento da Elaboração do Conceito de Angústia: última fase (1920-1933).....	155
1 Apresentação e Análise dos Textos	156
2 Discussão e Conclusão acerca do Terceiro Desenvolvimento	190
ARTICULAÇÕES FINAIS	
O Legado Freudiano: a Angústia na Clínica Psicanalítica e na Cultura Contemporânea	201
REFERÊNCIAS	223
ANEXO A – Transtornos de Ansiedade – DSM IV	227

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho tem como objeto o conceito de angústia na perspectiva aberta pelo fundador da psicanálise – S. Freud. Seu objetivo é o estudo da elaboração desse conceito, ao longo da obra de S. Freud, desde suas origens – quando se encontra, nos casos clínicos, com o fenômeno de angústia – ,sua revisão no meio da obra, entre 1915 e 1917, até sua conceituação final da angústia como sinal de alarme. Com isso, visa discutir as conseqüências dessa conceituação para o tratamento¹ psicanalítico e fazer algumas considerações sobre a angústia na cultura contemporânea.

A angústia é um fenômeno antigo na história da humanidade que pode ser reconhecido desde a tragédia grega até a literatura da renascença, além das produções filosóficas de Santo Agostinho e Pascal, porém, é só na modernidade que foi tomada como um fenômeno a ser conceituado.

A medicina acadêmica concedeu-lhe um estudo que se restringia à descrição de seus sinais fisiológicos e ao conhecimento do trajeto dos nervos por onde passavam suas excitações, demonstrando com isso, um pressuposto organicista.

A filosofia relacionava a angústia a um ‘nada de objeto’, cuja indeterminação designa o ser-para-a-morte.

Paralelamente aos estudos dos filósofos e da medicina acadêmica Freud é levado, a partir da experiência com casos clínicos e na constituição progressiva da teoria psicanalítica, a formular um conceito sobre a causa da angústia e a conceder-lhe um lugar cada vez mais importante para a compreensão dos processos psíquicos.

Assim, somente a partir da segunda metade do século XIX, a angústia foi colocada em questão e investigada com a finalidade de buscar uma explicação para sua causa. Se à medicina interessava seu aspecto fisiológico e a filosofia buscava sua orientação através da ‘especulação ideativa’, Freud iniciou suas investigações a partir de seu trabalho clínico, ligado às investigações que fazia

¹ O termo tratamento, em psicanálise, não tem o mesmo sentido ‘curativo’ que tem em medicina.

sobre a causa sexual das neuroses – causa que não se encontra nem somente no corpo, nem apenas nas idéias.

A abordagem freudiana, ver-se-á, se relaciona à linguagem, ao campo das representações inconscientes, vinculado à reação de angústia. As representações inconscientes estão ligadas a experiências vividas no corpo que determinam a sexualidade do humano, isso porque, para o humano, a diferença sexual não é apenas determinada pela anatomia ou fisiologia, mas também pela inscrição simbólica.

Desde Freud até a clínica contemporânea, testemunha-se a ubiquidade da presença da angústia e sua capacidade de produzir efeitos desastrosos na vida do sujeito, considerada essa angústia por eles como seu maior sofrimento. Se na experiência psicanalítica a angústia é, muitas vezes, razão de demanda, sabe-se que não é prerrogativa apenas do início, pois ela permeia passo a passo a experiência psicanalítica.

Embora o homem contemporâneo tenha passado por diversas mudanças, a vivência de angústia atravessou os tempos e constitui, ainda, um importante problema clínico, demandando ser tratada, seja pelo grande sofrimento que ela mesma causa ao sujeito, seja pelas conseqüências desastrosas que produz – físicas e psíquicas. O problema clínico que se impõe é o tratamento da angústia: o que se entende poder fazer com ela vai depender da concepção que se faz dela, isto é, o que se entende que ela significa.

O legado freudiano do conceito de angústia orienta a resposta a este problema clínico, e a recuperação do percurso de sua elaboração permite resgatá-la.

O método realiza-se mediante um levantamento da origem e das mudanças da teoria, procurando apontar os impasses com os quais Freud se deparou na sua clínica e na elaboração do saber identificando as respostas que deu, isto é, as conclusões a que chegou. Na presente pesquisa, pois, ler o texto significa extrair a problemática conceitual que ele encerra.

Este método permite verificar a lógica daquilo a que chegou, ou seja, os fundamentos do conceito final sobre a reação e/ou estado de angústia e possibilita a produção de um caminho de reconstrução do texto original, proporcionando a discussão de suas conseqüências para o tratamento.

Na sua perspectiva histórica, abordará o texto freudiano buscando os fatos clínicos e teóricos que marcaram a mudança conceitual do fenômeno de angústia, demonstrando que os próprios fatos constituem os resultados a serem descritos.

A história da construção dos conceitos psicanalíticos constitui um saber cujos conhecimentos posteriores não ultrapassam as hipóteses precedentes, incluindo-as, e a elaboração do conceito de angústia demonstra isso.

Entretanto, a estrutura deste trabalho e sua apresentação seguem períodos ou fases pelo fato de se considerar que percorrer o vasto campo da obra de S. Freud, sem estabelecer períodos, pode resultar em dificuldade tanto de estudo e exposição, quanto de entendimento pelo leitor.

Sendo assim, estabelece três períodos de desenvolvimento da elaboração do conceito de angústia na obra freudiana, os quais apresentam-se neste trabalho por partes: as origens (1886-1900); período intermediário (1900-1920); última fase (1920-1933).

Antes, porém, dedica um capítulo introdutório – a revolução freudiana – ao contexto teórico-clínico (científico) do nosso autor à época que iniciou sua pesquisa. Buscou-se situar o saber que constituía a ciência da época e que se tornou a herança teórica de Freud a partir da qual ele promoveu uma verdadeira revolução, fundando o campo psicanalítico.

Em cada um dos citados períodos, faz um percurso pelos textos de Freud, que reconhecidamente tratam da angústia, selecionados após uma primeira leitura com base no critério de ser mais representativo dos fundamentos da teoria da angústia em cada período indicado.

Dos textos, realiza uma minuciosa análise com o objetivo de conhecer e extrair as problemáticas e elementos conceituais com os quais Freud trabalhava na época, além de apresentá-los o mais amplamente possível ao leitor.

Essa análise possibilita o passo seguinte que consiste em um texto reconstruindo o caminho de investigação de Freud e as idéias principais tratadas no período. Nesse texto conclusivo, em um novo discurso, são resumidos e discutidos os caminhos de investigação que segue Freud, concluídos os problemas com os quais lida e examinada a interpretação que dá, interpretação que culmina no conceito por ele elaborado.

Em seguida, após o trajeto que se faz pelos três momentos ou desenvolvimentos da elaboração teórico-clínica acerca da angústia, apresenta-se uma articulação desses três desenvolvimentos, expondo o que Freud ensinou e transmitiu no seu percurso sobre a angústia, e apresenta uma idéia em especial, a saber, que a angústia é o medo que todo humano tem do seu próprio desejo.

Na seqüência, apresenta e discute as conseqüências para a clínica psicanalítica (tratamento) das descobertas que Freud fez sobre a angústia ao longo de sua investigação e, principalmente, sobre o conceito final da angústia como sinal de alarme diante do perigo que o desejo inconsciente representa para ego.

Com esse conceito, Freud lega para a clínica o saber de que a angústia é um paradoxo porque é um enigma que em si não é decifrável – ele o é porque aponta para algo que se pode decifrar – o desejo inconsciente – e, porque é uma reação que coloca em ação um afastamento, por parte do ego, do desejo inconsciente que habita o sujeito, que por isso indica, dinâmica e clinicamente, uma aproximação a esse desejo e à perda que ele representa (castração). Por isso a angústia sinaliza, ao mesmo tempo, a aproximação ao desejo excluído (inconsciente) e um alerta para pôr em curso medidas de afastamento.

Isso implica que na clínica psicanalítica não há que ‘desprezar’ a angústia ou desfazer-se dela, aliviando-a, mas vir a saber sobre sua causa. Significa que o praticante da clínica psicanalítica deve acolher e levar o paciente a acolher a verdade do seu desejo inconsciente que a angústia indica, colocando em curso um caminho para saber de si em relação ao seu sexo.

Por fim, toma a questão da angústia na atualidade, fazendo algumas considerações sobre ela na cultura contemporânea, com base tanto nas elaborações de E. Roudinesco acerca do paradigma contemporâneo da depressão, quanto nas considerações postas na introdução da presente pesquisa sobre a maior exigência de satisfação dos tempos atuais e sobre a emergência de ataques bruscos de angústia, designados ‘síndrome do pânico’ pela psiquiatria moderna. Essas referências são examinadas à luz do legado freudiano da angústia, em especial, à luz da principal questão elaborada pela autora do presente trabalho: a angústia é produto das relações entre o corpo e a mente da qual resultam o desejo e suas representações – desejo e angústia, efeito da dialética entre a satisfação e a castração (perda) que se dá na constituição subjetiva.

Na sociedade atual, o feroz ideal de satisfação busca esconder a realidade do conflito subjetivo que as perdas – a morte, a sexualidade, o infortúnio – determinam. Sendo assim, o “drible” da insatisfação, representado, por exemplo, pela oferta de objetos, tenta fazer parecer que nada falta ao homem.

Entretanto, aprendemos com Freud que a satisfação faz o sujeito se deparar com a falta nele próprio – não há escapatória.

Por outro lado, também a medicina científica, apoiada no ‘mercado dos medicamentos’ e na crescente valorização do homem-máquina, oferece a solução para os males humanos, esbarrando-se, porém, na impossibilidade de cumprir a promessa do fim do sofrimento psíquico pela ingestão de pílulas.

O panorama tecido sobre a cultura atual - sociedade narcísica e sociedade de direito na qual não se pode manifestar o conflito, o sofrimento psíquico e a falta de satisfação e, ainda, não se pode expor a falta e as perdas (há o direito de se calar) - demonstra que o homem atual não só evita, mas pretende abolir a subjetividade de sua vida, preocupado que está em retirar de si todo conflito.

A despeito disso, o sujeito (do desejo inconsciente, o sujeito da perda, da falta) acaba por se expressar de algum modo.

Dois modos de manifestação do sujeito, manifestação patológica, prevalecem na atualidade e são as designadas ‘depressões’ e ‘síndromes do pânico’.

As duas designações, resultado do paradigma fenomenológico contemporâneo, fazem crer que o sujeito não tem nada a ver com o estado do qual sofre, com aquilo que o aflige: não há conflito, perda, falta.

Tomando por base o legado freudiano, considera-se que assim como a subjetividade, também a angústia e a questão clínica que ela traz, estão encobertas sob essas designações.

As ‘síndromes do pânico’ são claramente ataques de angústia - ataques bruscos que revelam a dificuldade, proeminente na atualidade, de simbolização, ou, em outras palavras, de encontrar um modo de resposta, ainda que deslocado, como o sintoma, para a perda que a estruturação subjetiva determina.

O tratamento da chamada síndrome, segue o paradigma do homem-máquina.

Quanto às designadas depressões, pode-se pensar que incluem desde respostas ‘normais’ de tristeza e abatimento comum às perdas que fazem

parte da condição humana, até sintomas que compõem o quadro clínico, por exemplo, da histeria; e que incluem, ainda, estados de angústia. Estes estados de angústia, manifestados de modo crônico e sem resposta na cultura, representam a desistência do sujeito do seu desejo inconsciente e culminam na apatia e no abatimento.

Essas considerações levam a autora a concluir que a cultura contemporânea será capaz de considerar a angústia um afeto que tem importância subjetiva, se reservar um lugar para a história, para a palavra, para as perdas, ao invés do ideal da satisfação garantida do homem-máquina, e, conseqüentemente, uma importância para os laços sociais

Se for assim, também será capaz de solicitar ao dispositivo analítico, um tratamento para a angústia, tratamento esse que consiste em, para além do alívio, o enfrentamento.

INTRODUÇÃO

Embora a angústia seja um fenômeno antigo na história da humanidade, que pode ser reconhecido desde a tragédia grega, com 'Antígona', por exemplo, até a literatura da renascença, com Shakespeare, além das produções filosóficas de Santo Agostinho e Pascal² é só na modernidade – a partir da segunda metade do século XIX - conforme aponta Bass (2000, p.249-63), que a experiência de angústia foi tomada como um fenômeno a ser conceituado pelos filósofos – Kierkegaard e posteriormente Heidegger. Esses filósofos, cada um a seu modo, relacionam a angústia a um 'nada de objeto' isto é a angústia não tem objeto que a causa, e não provém de nenhum 'espaço intramundano' demarcado; tem, por sua vez, um valor de verdade, à medida que sua indeterminação designa o ser-para-a-morte.

Bernard Bass (2000, p.256-62), observa ainda – o que é o centro do nosso interesse - que paralelamente aos filósofos, Freud é levado, a partir da experiência com casos clínicos e na constituição progressiva da teoria psicanalítica, a formular um conceito sobre a causa da angústia e a conceder-lhe um lugar mais e mais importante para a compreensão dos processos psíquicos, já que procurava entender a lógica e a economia do fenômeno do afeto valendo-se de uma teoria dos investimentos psíquicos. Sendo assim, a inquietação que anima Freud em sua explicação metapsicológica da angústia é contrária a desses filósofos, uma vez que desejava determinar o objeto causa da angústia, insistindo em sua posição excepcional na economia psíquica e conferindo a ele o status de 'sinal' "[...] de que a verdade do estado de consciência não pertence a essa consciência mas sim, além dela, à verdade metapsicológica, entendo-se isso, como a verdade do recalque ou como a verdade da pulsão" (BASS, 2000, p. 258).

Bass (p.263) explica que essa inquietação em determinar o objeto causa da angústia é o que prevalece em toda 'evolução' da teoria freudiana da angústia, fato este que pretendemos investigar e pôr à prova. Essa investigação é parte integrante do objetivo de estudo da história de elaboração do conceito de

² Autores citados por Bass.

angústia, uma vez que nesta elaboração Freud busca a causa (da angústia), que crê ser possível encontrar, em última instância, em um objeto.

Também contemporânea à filosofia e a Freud, a medicina acadêmica procurava abordar o fenômeno da angústia e a conceder-lhe um estudo, entretanto, conforme o próprio Freud (1990f, p.458) relata, restringia-se à descrição de seus sinais fisiológicos e ao conhecimento dos trajetos dos nervos por cuja extensão passavam suas excitações. Demonstra, com esta abordagem, a concepção de que a causa está no corpo, mais especificamente no sistema nervoso.

Com a psicanálise, Freud abre uma outra perspectiva de abordagem do fenômeno de angústia que lhe permite elaborar um outro conceito, especificando sua causa e sua função. Esta abordagem se relaciona à linguagem, ao campo das representações simbólicas, ou, nas palavras de Freud, ao conteúdo ideacional inconsciente vinculado à reação de angústia. As representações inconscientes estão ligadas a experiências vividas no corpo que determinam a sexualidade do sujeito humano, porque a diferença sexual não é apenas determinada pela anatomia ou fisiologia, mas também pela inscrição simbólica. Essa inscrição simbólica da sexualidade é a representação no inconsciente da soma de excitação ou estimulação interna do organismo. É o que Freud denomina pulsão, termo diferenciado para demonstrar o fato dessa excitação não se encontrar tão estritamente ligada à sua determinação fisiológica ou orgânica. Assim, o simbólico do sexo é a pulsão recalcada: a inscrição simbólica ou a representação do que se sente no corpo. A concepção de angústia também determina um modo particular de tratá-la na clínica.

Assim, conforme colocado, somente a partir da segunda metade do século XIX, a angústia foi colocada em questão e investigada com a finalidade de buscar uma explicação para sua causa. Se à medicina interessava seu aspecto fisiológico e a filosofia buscava sua orientação através da 'especulação ideativa', Freud iniciou suas investigações a partir de seu trabalho clínico, ligado às investigações que fazia sobre a causa sexual das neuroses – causa que não se encontra nem somente no corpo, nem apenas nas idéias.

De qualquer modo, quer-se salientar que todos os campos do conhecimento que se propõem a compreender a angústia e a dar uma explicação sobre ela, seja qual deles for, a filosofia, a medicina, a psiquiatria ou a psicologia, além

da psicanálise, procuram questioná-la desde sua causa. Segundo Bass (2000, p.249), a pergunta sobre a causa, em qualquer teoria se desdobra em duas: o objeto ou coisa que a causa e a finalidade ou função que tem.

A resposta – a teoria – esta sim, é obtida de acordo com o modo de abordagem do fenômeno ou objeto que se interroga.

Assim, podemos perguntar-nos: Que lugar Freud concedeu à angústia e o que compreendeu sobre este afeto, a partir da dialética teórico-clínica? Se considerarmos que nos dias atuais se experimenta angústia sob diversas formas: desânimo e desalento, inquietude e aflição; até reações de ataques com seus correspondentes físicos, conforme atesta a clínica da autora desta pesquisa e a clínica psiquiátrica, podemos perguntar-nos: Por que a angústia atravessa os tempos e o homem não se livra? Deve-se considerar que há causas atuais ou o estatuto freudiano ainda nos serve como referência na prática clínica?

Neste ponto, já estabelecido o ‘campo de pesquisa’ – a teoria da angústia na obra freudiana - podemos avançar outras perguntas singelas, que, entretanto, têm o mérito de iniciar uma certa distinção do foco desta pesquisa: Quando e como Freud começa a se interessar por este tema? Qual a relação que tem com as investigações que faz inicialmente sobre as neuroses? Sabemos que desde o princípio ele encontra ligações entre as neuroses, a sexualidade e a angústia. De que modo desenvolvem-se estas investigações? Enfim, quais os fatos clínicos e teóricos que fazem com que se interesse pela angústia e **em que direção desenvolve sua pesquisa?**

Da atualidade

Desde Freud, as elaborações de saber da ciência sofreram muitas modificações e os ‘novos tempos’ trouxeram um homem marcado pela valorização e até exigência da busca de satisfação, do acúmulo de informações – principalmente no âmbito da sexualidade – e pela busca cada vez maior da exatidão e da rapidez. As idéias e os costumes tornaram-se efêmeros, e a imagem, supervalorizada. A concepção freudiana da angústia teria ficado ultrapassada diante dessas modificações?

Parece que nunca se viu, até então, uma época em que o preceito de 'felicidade' e 'bem-estar' correspondesse tão intensamente à busca de satisfação e que fosse tão longe nessa finalidade: a satisfação torna-se uma exigência veiculada pela tecnologia advinda do saber da ciência contemporânea.

A satisfação, parece ser uma exigência levada às últimas conseqüências, como prevê o psicanalista J. Lacan desde 1960, quando diz que a ciência chegou a um tal ponto de desenvolvimento tecnológico - a era da automação - que parece propor uma renovação do imperativo categórico que poderia ser traduzida na linguagem eletrônica da seguinte forma: "nunca hajas senão de modo que tua ação possa ser programada" (LACAN, 1991, p. 99).

Para o filósofo Slavoj Zizek, a partir da análise feita pelo psicanalista J. Lacan, a economia libidinal atual passou a ser regida pelos princípios de uma exigência da ciência, aliada à economia de consumo que chegam a criar os objetos de desejo que dizem satisfazer. É nesse sentido que proliferam, se considerarmos, por exemplo, o domínio estritamente sexual, "[...] os acessórios inventados para dar diversidade e excitação à nossa vida sexual" (ZIZEK, 2001, p.10).

É nesse mesmo sentido que os psicanalistas Fábio Herrmann e Marion Minerbo (1998, p.26) consideram que o que está em jogo nos dias atuais é "a multiplicação das oportunidades de gozo – tecnologicamente instrumentadas" que além de nos tornar escravos de um prazer possível, toma-nos como objeto de sua ação. O corpo ganha um *status* de instrumento programável, e o sujeito relaciona-se com ele numa posição de exterioridade, devendo tratá-lo como a qualquer outra máquina: com a responsabilidade de sua manutenção, revisão e abastecimento adequado, revelando uma franca recusa ao envelhecimento e à morte - quando ela acontece, deve-se ao 'desleixo técnico'.

As modificações nas elaborações de saber da ciência, que, conforme colocado, participam da premência à satisfação e ao bem-estar dos novos tempos, também transmitem a idéia de um avanço no campo do saber. Entretanto, para a psicanalista Maria Aparecida Telles Bueno (2000, p.294), os novos produtos do mercado científico – com os nomes da moda e sua manipulação eficiente, principalmente através das mudanças no vocabulário da nosografia médica, transmitem apenas uma certa ilusão de um progresso no campo do saber.

Exemplo disso é a nova classificação nosográfica da psiquiatria contemporânea que faz constar um 'novo' termo - o 'transtorno ou síndrome de pânico' (ANEXO A), que se constitui principalmente por ataques de angústia caracterizados por reações agudas, inexplicáveis e paralisantes. A 'novidade' é que S. Freud já havia descrito essa modalidade de angústia desde 1895, inserido-a no contexto das neuroses.

A introdução de uma nova entidade nosológica na classificação psiquiátrica fez-se em razão de uma resposta clínica a um tratamento psicofarmacológico, passando a constituir um elemento essencial do diagnóstico, e não em razão de uma observação clínica que fornecesse um elemento diferencial consistente de uma nova doença. Com isso, a psiquiatria contemporânea, demonstra uma hipótese pragmática relativa à emergência de angústia (NICÉAS, 2000, p. 95). Seu maior interesse, portanto, muito ao gosto das exigências atuais, parece ser o de aplacar ou evitar a angústia.

Essa também é a avaliação de Jacques Alain-Miller (1987, p.113) relativa à clínica psiquiátrica atual. Aponta ele que a incidência atual dos tratamentos químicos dissolveu o interesse dos psiquiatras pela clínica, à medida que os fenômenos clínicos somente são pensados "a partir dos efeitos que se pode (sic) obter do medicamento que, passou a ser o elemento organizador da clínica" (ALAIN-MILLER, 1987, p.116). Esse princípio organizador do diagnóstico e do tratamento se sustenta, portanto em traços diferenciais muito limitados, como é o caso, no entender da pesquisadora, da "síndrome do pânico".

Desse modo, Alain-Miller sustenta que os psiquiatras perderam o interesse por uma clínica psiquiátrica, ou seja, pela descrição de entidades clínicas que se obtém mediante a observação dos fenômenos, e passaram a produzir um trabalho de pesquisa sociológica (soluções políticas e sociais para a doença) e uma abordagem de tratamento – ao menos na França – eminentemente de 'assistência social'.

Se a psiquiatria encontrou um novo remédio para os ataques de angústia, outros 'remédios atuais' também são utilizados para aplacar a angústia crônica que acompanha certos sintomas fóbicos e obsessivos: exercícios físicos, ioga, terapia cognitiva-comportamental. Vemos nessa busca de aplacar a angústia, uma

terapêutica - psiquiátrica, psicológica ou outras práticas – que se esforça em restituir ao sujeito um estado de estabilidade, atendendo a premissa de ‘consertar as coisas’ com uma premência ou exigência, talvez maior do que em outras épocas. Estar ou sentir-se bem, ainda que tenha sido uma finalidade de todos os tempos, parece assumir atualmente um caráter de feroz exigência. Para o psicanalista, resultado de sua ‘concepção’ de angústia, o tratamento não consiste em ‘livrar’ o sujeito dela e devolver-lhe um equilíbrio, mas, sim, questionar sua causa e depreender seu sentido. A concepção de angústia tem, portanto, conseqüências significativas em sua abordagem clínica.

Se, do ponto de vista dos psicanalistas, o que se transmite nos tempos atuais é apenas uma ilusão de progresso no campo do saber científico, em relação às novas entidades nosológicas, por outro lado, para alguns médicos, psiquiatras e psicólogos, são os psicanalistas que estão desatualizados diante dos novos produtos do mercado científico porque mantêm um paradigma que não se ajusta à ciência atual. Nas palavras de Bueno (2000, p.294), “porque persistem em se colocar como herdeiros de um saber excluído da ciência contemporânea”. Observa ainda que, “[...] para esses representantes do discurso da ciência, 100 anos depois da invenção da psicanálise, há um ‘Admirável Mundo Novo’³ onde Freud nunca aconteceu”.

Dá mostras disso uma reportagem recente de Tarantino & Zaché (2001, p.72-8) sobre uma pesquisa realizada por um grupo de psiquiatras (entre os quais, surpreendentemente uma psicanalista!) demonstrando a grande incidência de brasileiros que padecem de ‘sofrimentos de ansiedade’ (sic), onde nenhuma menção se faz sobre a subjetividade implicada na reação de angústia – descoberta de Freud (isto é, que há alguém que reage com angústia). Do mesmo modo, a psicanálise nem sequer foi apontada como uma forma de tratamento. A idéia que se transmite de que há atualmente um avanço no saber, desconsiderando-se por exemplo, as descobertas freudianas, pode ser observada, ainda, na seguinte conclusão dos jornalistas: “[...] os médicos hoje, entendem muito melhor a natureza do mal e suas manifestações” (TARANTINO & ZACHÉ, 2001, p.77). Observa-se, entretanto, que parte das manifestações de angústia apontadas foram descritas por Freud, há mais de cem

³ Maria Aparecida Telles Bueno refere-se à obra “Brave New World” – Aldous Huxley

anos atrás e que ‘a natureza do mal’ atribuída a causas fisiológicas, hereditárias e educacionais pode ser encontrada em ‘outro lugar’ – no inconsciente.

A clínica do mundo moderno – médica, psicológica, psiquiátrica – em compasso com as exigências de bem-estar dos novos tempos, visa obter sucesso em aplacar a angústia com a abordagem medicamentosa e terapêutica. Isso parece ter seu valor quando se trata de diminuir a intensidade de reações agudas diante das quais onde o sujeito se paralisa e não pode encontrar saídas.

Entretanto, firmes na idéia de que podemos ainda encontrar um espaço no mundo contemporâneo que possibilite que o sujeito afetado pela angústia dê lugar a sua palavra, enfrentando sua causa, mais do que procurando aliviá-la, e considerando que Freud legou-nos as bases para este entendimento da angústia, isso nos leva a retomar a história de sua conceituação, a fim de pôr à prova os fundamentos teórico-clínicos do seu legado acerca da angústia, procurando recuperar sua dimensão, alcance e importância para o tratamento e para a clínica psicanalítica atual.

Recolocando a questão, entende-se que as descobertas de S. Freud em relação à angústia abrem uma importante perspectiva quanto ao conhecimento da forma da estruturação psíquica (ou da construção da subjetividade humana) e de seu funcionamento, em seus processos tanto patológicos quanto normais, proporcionando desse modo, uma abordagem clínica diferenciada.

Sendo assim, este trabalho visa a sistematização da elaboração da teoria da angústia no discurso freudiano desde sua origem, através de suas referências clínico-conceituais para recuperar o estatuto e o lugar que deu à angústia e discutir suas conseqüências, importância e pertinência na clínica psicanalítica atual.

Assim, um estudo histórico-conceitual da teoria da angústia em Freud, que bem poderia levar o subtítulo de: ‘a história da descoberta da angústia em Freud’, é o trabalho que se quer realizar.

A escolha do enfoque de abordagem do tema - um estudo histórico-conceitual da teoria da angústia em Freud - tem por objetivo fazer um levantamento da origem e das mudanças da teoria, procurando apontar os impasses com os quais

Freud se deparou na sua clínica e na elaboração do saber, e as respostas que deu, isto é, as conclusões a que chegou.

Este método permitiria verificar a lógica daquilo a que chegou, ou seja, os fundamentos do conceito final sobre a reação, e/ou estado de angústia, e discutir suas conseqüências para o tratamento.

O conjunto das elaborações produzidas pela pesquisa freudiana oferece uma resposta ao enigma da angústia, cujo estatuto pretende-se investigar, e, adianta-se aqui, é um efeito ou reação que se liga à “vida pulsional” do sujeito e à sua dimensão de perigo para o ego, conforme atesta o próprio título que S. Freud deu ao texto que trata de suas últimas elaborações sobre o tema: *Angústia e vida instintual*. Da vertente teórica temos, então, uma herança, cuja elaboração nos arriscamos a sistematizar, por entendermos que o reconhecimento de seu estatuto discrimina uma posição, entre outras.

Dentre os trabalhos do campo psicanalítico que tratam da questão da angústia na última década, período estabelecido para a revisão da bibliografia referente ao tema, destacamos o trabalho de Zeferino Rocha (2000), recentemente publicado; a obra clássica de Jean Laplanche (1998) – *Problemáticas I - A angústia*; a dissertação de Maria Luiza D’Ávila Pereira (1990) e de Renato Mezan (1989), além de vários artigos publicados em periódicos de instituições psicanalíticas. Esses trabalhos abordam, em sua maioria, as mudanças do conceito de angústia na obra freudiana e comportam, em suas linhas gerais, um dos objetivos iniciais da presente pesquisa, representando, assim, tanto um auxílio, quanto uma possibilidade de tornarem-se um ponto-pivô para estabelecer um elemento diferencial.

Rocha (2000) visa sistematizar a teoria da angústia na trajetória evolutiva do pensamento psicanalítico de Freud, mostrando, simultaneamente, de que modo os modelos teóricos ajudaram-no a elucidar alguns enigmas nos quadros clínicos de sua prática terapêutica. Com isso pretende analisar a contribuição de Freud para a solução do enigma da angústia. Localiza na última fase da sistematização da teoria da angústia em Freud – que situa entre 1920 e 1938 - a abertura de uma perspectiva que entende poder chamar de existencial e que afirma não ter sido explorada pelo próprio Freud. Busca, então, uma abordagem filosófica da dimensão

existencial da angústia, entendendo que ela pode contribuir para a compreensão de certas nuances da análise freudiana da angústia.

J. Laplanche (1998) desenvolve o tema da angústia na obra freudiana, através de uma dimensão histórica que visa a interpretação, 'aplainando' o nível de leitura dos seus textos e levando em conta as categorias conceituais elucidadas por Freud, como o recalque, a repetição e o retorno do recaiado. Busca situar a função da angústia e de outros afetos negativos - desprazer e dor - no desencadeamento do processo psíquico e na formação dos sintomas, além de definir suas relações recíprocas. Observa que essas relações podem ensinar algo acerca da relação do psiquismo com o corpo.

Além disso, baseado nessas reflexões visa o esclarecimento acerca da teoria e da função geral dos afetos e acerca do registro econômico da metapsicologia freudiana.

Evoca a evolução da teoria freudiana da angústia que vai, segundo ele, de uma concepção puramente econômica da angústia, como simples descarga quantitativa, à angústia considerada como um "sinal", demonstrando que o próprio afeto - que localiza como quantidade - pode assumir o valor de representação.

Em sua dissertação de mestrado, publicada em forma de livro, Maria Luiza D'Ávila Pereira (1990, p.20), "[...] aborda o tema da angústia questionando o que é, como aparece e como se dar conta dela". Relaciona a pesquisa teórica sobre o tema em Freud e Melanie Klein com a investigação clínica realizada através de duas pacientes que atendeu. Dos estudos de Freud faz uma certa retrospectiva histórica sobre o conceito, assinalando o que considera principal em suas descobertas, centrando, principalmente a sua conclusão sobre as fobias. Apresenta um contraponto à teoria de Freud, através do trabalho de Melanie Klein, apontando suas divergências principais com o pensamento freudiano. Observa que sua clínica é a fonte da qual depreende a diferença da constituição de um sintoma fóxico formado a partir da angústia de castração e da presença anterior de medos naturais aos quais nomeia ânsias.

Afirma que a fobia por definição, é um sintoma e que o medo não é fobia, indicando que na criança pequena, no período anterior ao complexo de castração e à organização edípica, não se pode falar de fobia porque somente nesse

período é que as experiências de perda (os perigos) são simbolizadas, isto é, tomam um sentido.

Sua tese principal versa sobre a importância da angústia como meio de indicar análise a uma criança, concluindo que o melhor momento de indicá-la seria após a emergência de uma angústia e a constituição do sintoma fóbico, e não apenas após a emergência de ânsias pouco clarificadas.

Renato Mezan (1989), em um trabalho que foi originalmente tese de mestrado – ‘Freud: a trama dos conceitos’ - visa a leitura de Freud pela abordagem sistemática de sua obra. Observa a dificuldade deste empreendimento pelo fato das concepções de Freud não serem sempre as mesmas e de, por vezes, se contradizerem. Entretanto, adota critérios lógicos, não sincrônicos, para delimitar sua obra em ‘etapas’ e compreender de que modo a teoria se constitui em cada uma delas, procurando demonstrar sua articulação interna. Seu extenso objetivo de sistematizar os conceitos psicanalíticos freudianos passa, necessariamente, pela teoria da angústia, centrando sua análise na chamada segunda teoria da angústia em Freud, desenvolvida a partir de 1925 e focando o aspecto das defesas do ego, como indica o subtítulo: a angústia e as defesas do ego.

Embora o trabalho de Ana Maria Lofredo Seva (1975) esteja fora do âmbito cronológico definido na presente investigação, decidiu-se incluí-lo entre os trabalhos que tratam do tema, por abordar um aspecto do problema: as relações entre a angústia e o recalque.

Trata-se então de um trabalho cujo objetivo mais específico é efetuar um estudo sobre a relação entre repressão e angústia na obra freudiana. A autora utiliza a obra *Inibição, sintoma e ansiedade* (Freud, 1926), por considerá-la particularmente importante em razão de ela permitir maior esclarecimento sobre o tema da angústia.

Considera, que nesse texto, Freud faz uma formulação essencial que define o surgimento de uma nova teoria da angústia. A partir daí retoma suas elaborações anteriores no que diz respeito às relações da angústia e recalque, examinando a influência de suas descobertas metapsicológicas (segunda topografia do aparelho psíquico) na elaboração de sua nova teoria da angústia.

Pretende demonstrar, nesse trabalho, que as três teorias que retira da obra freudiana são componentes de uma mesma teoria e referem-se a etapas de um mesmo processo. As três teorias que extrai da obra de Freud são: 1 – angústia econômica ou automática; 2 – angústia, produto da repressão (1909); e 3 – angústia, causa da repressão.

Entre os artigos que tratam da questão da angústia na psicanálise, encontramos aqueles que compõem publicações temáticas periódicas, como o quarto número de *Latusa*, cujos autores retomam e amarram, à sua maneira, pontos diferentes das questões suscitadas por Freud e Lacan.

Dentre estes artigos destacamos *Sobre a angústia em Freud* (MAIA, 2000, p.49-66), que faz um pequeno percurso das modificações na teoria da angústia em Freud, suas incidências na histeria e neurose obsessiva e suas relações com a castração; *Pânico e angústia* (NICÉAS, 2000, p. 91), que interroga o termo psiquiátrico – ‘transtornos de pânico’- e expõe a diferença entre a abordagem da angústia feita pela psiquiatria e a abordagem da psicanálise, que desde Freud concebe que a formação do sintoma está estabelecida estruturalmente como resposta ao sinal de angústia que, por sua vez, se articula ao complexo de castração; e *A angústia e a verdade* (BASS, 2000, p.249-81), que desenvolve algumas relações entre a filosofia e a psicanálise a respeito da angústia e, situando-a como uma questão - não um fenômeno - moderna, justifica que a angústia é a afecção mais importante porque toca a questão da verdade do desejo.

Além destes, outros dois artigos, que compõem outros periódicos, tratam especificamente da presença da angústia na clínica psicanalítica, e são especialmente importantes por testemunhar a presença freqüente deste estado afetivo na clínica psicanalítica e sua gravidade na vida do sujeito. Costa & Angulo (1994, p.195-210), sublinham que a dimensão clínica freudiana da angústia é uma dialética entre a satisfação e a castração e que o sentido da angústia é o de sua significação para o sujeito, o que, a nosso ver, dá peso à angústia como uma possibilidade de nortear o acesso ao saber inconsciente. Cabas(1997) descreve a crise de angústia (crise aguda) e suas conseqüências no corpo – são fenômenos que correspondem a um desarranjo funcional, como as oscilações da pressão arterial, taquicardia, náuseas, vômitos, dores musculares, para citar alguns; juntamente com um estado psicológico

que vai desde uma aflita apreensão até o franco desespero. Não menos importante, conforme diz, são as lesões no corpo que vem 'por acréscimo', como feridas e lesões ventriculares e aborto. Por fim, evoca, em relação ao tratamento psicanalítico dessa afecção: "a angústia, tal como Freud a concebe, é um destino pulsional, e assim sendo [...] que visa a clínica senão a transformação desse destino?" (CABAS, 1997, p.117).

Várias foram as contribuições dessas obras para pensar esta pesquisa. Facilitaram a localização dos estudos de Freud acerca da angústia, tanto no que diz respeito à cronologia de suas descobertas clínicas e de sua elaboração teórica, quanto em certas teses metodológicas que defendem e as quais a autora desta pesquisa compartilha, como, por exemplo, o fato da leitura conceitual de sua obra envolver necessariamente uma dialética e não um percurso linear, isto é, uma historicidade, como coloca Laplanche (1998, p.1-14), que supõe um 'retorno cíclico' das descobertas de Freud, ou, como diz Mezan (1989), na aposta em estabelecer critérios que priorizem a articulação interna da teoria freudiana, sem se ocupar de uma sincronia de suas concepções.

Além de nortear a 'cronologia' e metodologia, esses trabalhos possibilitaram o esclarecimento dos eixos principais da elaboração da teoria da angústia em Freud: o apontamento de duas teorias ou concepções da angústia, a teoria econômica, que considera a angústia como descarga quantitativa, isto é, como fator de transformação de tensões sexuais e a teoria da angústia-sinal como fruto de reelaborações na sua metapsicologia.

Apesar de apontarem teorias distintas da angústia na obra de Freud, os autores concordam implícita ou explicitamente, como é o caso do trabalho de Seva (1975), que essas teorias referem-se a etapas de um mesmo processo. Esta última autora, em especial, ao centrar seu trabalho nas relações da angústia com o recalque, sugere que este conceito articula a teoria da angústia em Freud. Com efeito, entendo que é em torno da descoberta do processo de recalque do representante da pulsão sexual (da sexualidade) que Freud desenvolve sua teoria dos sintomas neuróticos e da angústia e posteriormente questiona os 'estados normais'. Pensa-se, portanto, que o conceito de recalque (primário e secundário) ou ação de defesa pode esclarecer o problema em razão de a angústia estar em conexão com a sexualidade (pulsão)

recalcada. Considera-se que Freud descobre que a defesa ou recalque da sexualidade é uma necessidade, não uma moralidade, o que torna a 'causa sexual' da angústia não ultrapassável nos tempos modernos, ainda que esteja havendo maior 'liberdade' sexual nos tempos atuais.

A retrospectiva da teoria da angústia na obra freudiana é um objetivo comum com alguns desses autores – Z. Rocha e principalmente J. Laplanche – porém, o que dá um caráter distintivo ao presente trabalho é a redescoberta desse percurso. A redescoberta visa pôr à prova o percurso freudiano na elaboração de sua teoria da angústia, demonstrando alguns caminhos dessa construção em sua articulação para rediscuti-lo em seu alcance, dimensão e importância para a clínica psicanalítica.

No que se refere ao trajeto, encontra-se uma semelhança dessa pesquisa com o trabalho dos autores citados, entretanto, a coincidência não é exata pelo fato de a fonte utilizada (textos) não guardar uma correspondência unívoca ou mesmo seqüencial.

Além disso, esse percurso tem um objetivo em particular, não contemplado do mesmo modo por esses autores: seu objetivo final é a **discussão das conseqüências** da conceituação freudiana de angústia na clínica psicanalítica e na atualidade.

JUSTIFICATIVA

Freud (1990f, p.457), à sua época, atesta que a perturbação que levava as pessoas com maior frequência a procurar um psicanalista em busca de auxílio eram as diversas formas de angústia, e que seus pacientes se queixavam desta como seu pior sofrimento. Testemunha sua maior frequência, exagero e capacidade de produzir efeitos desastrosos na vida do sujeito neurótico, mais do que no sujeito 'normal'⁴ que, por certo, também experimenta angústia em uma ou outra circunstância de sua vida.

Nos tempos atuais, também verificamos a ubiqüidade dessa presença tanto na vida cotidiana de um 'sujeito comum', como na experiência clínica, seja na nossa, seja na de outros praticantes da clínica psicanalítica.

A experiência clínica nos demonstra que a vivência de angústia é a motivação mais freqüente da procura de um sujeito por ajuda, apresentando-se como fenômeno episódico ou sob a forma de crise aguda. Os pacientes a relacionam aos mais diversos 'motivos externos', normalmente associados a uma mudança em sua vida ou a um novo empreendimento que querem realizar. Mesmo quando não a identificam como angústia, referem-se a um sentimento de vago mal-estar que faz supor sua presença sob a forma de angústia crônica. Sob a forma de ataque ou crise aguda, ela se caracteriza por sensações de ameaça devastadora e sensações físicas como dispnéia e taquicardia. Assim, a reação de angústia (ou medo), aparece, por vezes, sob a forma de uma manifestação mais irreconhecível, com sensações de um vago mal-estar ou de uma expectativa angustiada indefinida, e, outras vezes, com manifestações mais explícitas, com sinais físicos, associados ou não a uma vivência psicológica (representações), até o extremo do pânico.

⁴ A cisão entre neurose e normalidade é discutível, mesmo para os parâmetros de Freud, uma vez que ele, desde muito cedo (a partir de 1900, quando estudou os sonhos) encontrou os mesmos mecanismos de funcionamento do inconsciente nos 'estados normais' e neuróticos.

Com efeito, não surpreende, antes nos serve também de testemunho a constatação da angústia como razão de demanda, na experiência de outros praticantes da clínica psicanalítica, relatada neste trecho de um artigo:

A angústia, [...] se impõe a todo praticante, porque não há caso em que ela não esteja presente, a exigir uma intervenção. Assim é, ao início, porque uma análise, via de regra, não começa sem angústia. Prova disso é que se estabelece em função da demanda de alguém que sofre, estando entendido que o sofrimento afeta. Senão por isso, que outra razão teriam os que nos procuram para chegarem ali? (COSTA & ANGULO, 1994, p.207).

Além disso, sabemos que a angústia não é prerrogativa apenas do início; ela permeia passo a passo a experiência analítica, uma vez adentrando a trama do inconsciente em sua relação ao desejo e à pulsão.

Além destes testemunhos advindos da prática psicanalítica, também a clínica psiquiátrica atesta sua presença constante na atualidade com a chamada 'síndrome do pânico', o que se tornou razão para uma mudança na sua classificação das doenças, conforme já abordado. Do mesmo modo, a reportagem citada anteriormente sobre uma recente pesquisa (TARANTINO & ZACHÉ, 2001) feita por uma equipe de médicos e psiquiatras, fornece dados estatísticos sobre a grande incidência atual de ansiedade (angústia) entre os brasileiros e sua gravidade, com todas as suas conseqüências que vão desde afetar a vida social, familiar e profissional do sujeito, até a produção de doenças cardíacas, infecções, tumores, pela diminuição das defesas do organismo que ocorrem por ocasião do surgimento da ansiedade.

Se evocamos o testemunho de Freud sobre a constante presença e gravidade da angústia na sua clínica, aliada à realidade clínica atual, é no sentido de fazer ver que, embora o homem contemporâneo tenha passado por diversas mudanças, a vivência de angústia atravessou os tempos e constitui ainda um importante problema clínico, demandando ser tratada, seja pelo grande sofrimento que ela própria causa ao sujeito, seja pelas conseqüências desastrosas que produz – físicas e psíquicas. O problema clínico que se impõe é o tratamento da angústia: o que entendemos poder fazer com ela, que vai depender da concepção que fazemos dela, isto é, o que entendemos que ela significa.

Para o praticante da psicanálise importa saber se a concepção de Freud acerca da angústia constitui um legado atual que pode orientar a resposta a este problema clínico e consideramos que a recuperação da história da sua elaboração, permite resgatá-la.

Para os outros profissionais – médicos, psicólogos e psiquiatras - a presente pesquisa pode contribuir para uma reflexão sobre o significado da reação de angústia na clínica psicanalítica. Além disso, permite o (re)conhecimento e a valorização do saber sobre a angústia, adquirido pela pesquisa de Freud, isto é, sua importância histórico-científica.

Além da já apontada relevância teórico-clínica deste trabalho, assinala-se uma outra, não menos importante. Considera-se ser possível encontrar um espaço para a psicanálise no mundo contemporâneo - mesmo sendo ele tão afeito a soluções rápidas e 'programáveis'. A psicanálise torna-se um trabalho útil e crítico da sociedade atual, justamente porque está 'fora de moda' por não contemplar soluções pragmáticas. À medida que expõe o avesso ou outro lado de uma questão, individual ou social, possibilita soluções mais criativas e a oportunidade de mudanças socioculturais, enquanto que o que está na moda, tende a fixar posições de seu tempo.

Mesmo que aplacar ou evitar a angústia seja o que todos buscam, a psicanálise oferece um outro caminho: dá oportunidade ao sujeito de saber por que se angustia, produzindo com isso um efeito de modificação interna real, dando-lhe condições de administrá-la, porém, sem "remediá-la".

Este trabalho possibilita ainda uma contribuição pessoal, visto que coopera para a formação da autora, pelo fato de se constituir um exercício de leitura e interpretação que tem como 'realidade', ou fonte de pesquisa, o texto. Interpretar aqui significa reconhecer a problemática que encerra o conceito e poder formalizar essa experiência, fazendo-a passível de transmissão. À sistematização, necessária ao campo do saber, se acresce a possibilidade de uma reflexão sobre a clínica da angústia: seus fundamentos teóricos e suas conseqüências práticas.

OBJETIVOS

1 Objetivo Geral

Recuperar o alcance e a dimensão do estatuto freudiano da angústia, discutir suas conseqüências na clínica psicanalítica e fazer considerações sobre a angústia na cultura contemporânea.

2 Objetivos Específicos

➤ Realizar uma retrospectiva da teoria da angústia na obra de S. Freud, identificando os elementos essenciais na construção teórico-clínica que darão sustentação ao seu estatuto final;

➤ Examinar o conceito final da angústia na psicanálise freudiana, discutir suas conseqüências no tratamento psicanalítico e realizar considerações sobre a angústia na cultura atual.

METODOLOGIA

1 Pressupostos metodológicos: uma posição

Embora a psicanálise atualmente seja reconhecida como uma modalidade de saber legítimo e tenha conquistado grande difusão social, importantes debates ainda se realizam em torno deste campo, com relação ao seu método, no que diz respeito à pesquisa acadêmica.

Uma das questões em que se assentam os debates refere-se às condições de possibilidade de realização de pesquisa acadêmica em psicanálise, isto é, utilizando sua metodologia própria de investigação e interpretação, aplicada a seu objeto específico, e de acordo com os objetivos pertinentes à sua prática.

Dentre os acadêmicos e psicanalistas brasileiros que debatem atualmente estas questões acerca da pesquisa em psicanálise, vale destacar alguns e expor as discussões que fazem a respeito do estatuto que dão à pesquisa psicanalítica no campo da universidade⁵.

Da exposição desse debate espera-se colocar uma posição e alinhar o critério metodológico que irá reger a pesquisa da autora.

Três dos autores que debatem a questão metodológica da pesquisa em psicanálise, e cujas discussões serão aqui expostas – Joel Birman (1992), Luiz Alfredo Garcia-Roza (1991) e Renato Mezan (1992) - concordam em um ponto fundamental: a pesquisa psicanalítica só ocorre na, ou a partir da "experiência clínica". Veremos adiante o que entendem por "experiência clínica".

⁵ GARCIA-ROZA, L. A. Pesquisa de tipo teórico. In: ENCONTRO DE PESQUISA ACADÊMICA EM PSICANÁLISE, 1. Nov. 1991, São Paulo. **Atas. Psicanálise e Universidade**. São Paulo: Imprensa Universitária da PUC. 1991, p. 9-32.

MEZAN, R. Pesquisa teórica em psicanálise. In: ENCONTRO DE PESQUISA ACADÊMICA EM PSICANÁLISE, 2. Nov. 1992, São Paulo. **Atas. Psicanálise e Universidade**. São Paulo: Imprensa Universitária da PUC. 1992, p. 51-76.

BIRMAN, J. A clínica na pesquisa psicanalítica. In: _____. Nov. 1992, São Paulo. **Atas. Psicanálise e Universidade**. São Paulo: Imprensa Universitária da PUC. 1992, p. 7-38.

HERRMANN, F. Problemas na orientação de teses de psicanálise. In: ENCONTRO DE PESQUISA ACADÊMICA EM PSICANÁLISE, 1. Nov. 1991, São Paulo. **Atas. Psicanálise e Universidade**. São Paulo: Imprensa Universitária da PUC. 1991, p. 33-49.

O outro autor que debate a questão do método em psicanálise e se dedica a explorá-la e desenvolvê-la em sua capacidade de produzir saber é Fábio Herrmann.

Herrmann busca recuperar a “operação essencial” fundada por S. Freud – a interpretação - e desenvolvê-la no sentido de que seja utilizada para a compreensão do mundo, de grupos e estruturas sociais, conforme veremos posteriormente com mais detalhes. Embora não utilize o termo “experiência clínica”, considera que a clínica, em sentido estrito - isto é, nos consultórios - merece extremo cuidado, porém, indicando que “a pesquisa psicanalítica não é terapia feita na universidade, mas algo que se dá dentro dos quadros da psicanálise, fundamentalmente dentro do método psicanalítico” (HERRMANN, 1991, p. 39).

Iniciar-se-á a exposição com este último autor.

Para Herrmann, a psicanálise é um método eficiente de produção de saber – uma forma do homem saber de si mesmo.

Considera ele que o pensamento da ciência tem uma lógica restritiva, à medida que tenta ver as condições de verdade e verificar se aquilo é verdadeiro ou falso, e que a psicanálise não se enquadra nessa tradição, ao contrário, trabalha com uma epistemologia heurística. Assim, continua o autor, a questão da pesquisa em psicanálise consiste em saber o modo pelo qual se podem produzir coisas interessantes, valiosas, e verdadeiras. Entende que o controle da pesquisa, aquele que torna a pesquisa científica, produz uma neutralização heurística, vale dizer, do poder de criação ou produção de algo novo.

A pesquisa assim pensada tem certas características :

1. nasce do cotidiano, isto é, de questões significativas para o conjunto dos humanos;
2. é relevante por propiciar construir certas conceituações, produzir teoria;
3. produz algo novo. Algo novo não é algo genial ou original no sentido de nunca ter sido abordado, mas que se acrescenta ao saber das pessoas.

Para Herrmann, uma tese em psicanálise tem um efeito de formação, à medida que possibilita estar perante à nossa profunda ignorância na área da

psique. A área de ignorância deve ser levada em conta e promovida a fator gerador de teoria, isto é, que realiza o movimento de produção psicanalítica.

Nesse sentido, a área de ignorância leva à originalidade, que aqui se refere “[...] àquilo que vai às origens, não àquilo que nunca foi dito” (HERRMANN, 1991, p. 46). Sendo assim, Herrmann entende que numa pesquisa é válido descobrir até o já descoberto, desde que não se parta do já sabido.

Herrmann compara o campo da clínica ao campo da pesquisa psicanalítica através da qual ‘surgem’ as interpretações.

A interpretação em uma análise é realizada pelo seu sentido denotativo, não pelas denotações explícitas. A apreensão, num outro campo, do que o outro diz é engendrado pela forma de pensar do analista – o interpretante. O interpretante não é a aplicação direta da teoria à interpretação, uma vez que não se interpreta o paciente, mas interpreta-se com o paciente e baseia-se no método de ‘ruptura de campo’, o qual será exposto posteriormente.

Na pesquisa psicanalítica, Herrmann considera que o campo ora descrito também se estabelece pela aplicação do método, o que possibilita a interpretação.

Aqui se faz necessário aludir a outro texto de Herrmann (1999, p.6-17), para expor melhor o método que preconiza, tanto na clínica psicanalítica, quanto em situações fora da clínica, como na pesquisa psicanalítica acadêmica.

O autor se dedica à recuperação do método psicanalítico fundado por Freud, método este que consistiu em “certa operação essencial” que permitia o caminho da descoberta do inconsciente.

Além de recuperar a operação essencial do método, Herrmann refere que tinha em vista extrair da própria psicanálise uma nova epistemologia científica que pudesse aproximar-se ao homem real e incluir a verdade da ficção na teoria das ciências. Com isso a psicanálise pode ser mais utilizada para a compreensão do mundo, isto é, uma ciência geral da psique humana.

Suas investigações levaram-no a extrair do método psicanalítico a operação essencial que o constitui e o modo como funciona: a interpretação. Herrmann verifica que a interpretação promove a “ruptura de campo” e possibilita a revelação das regras inconscientes que determinam tanto a vida individual como a coletiva.

Portanto, interpretar é romper o campo:

Tensionar as representações do paciente, escutando-o fora do campo de sentido que ele oferecia intencionalmente ao analista, até que este campo, formado pelas regras inconscientes que determinavam o conjunto de representações, se rompesse (HERRMANN, 1999, p.10).

Corrigiu, posteriormente, o fato do analista estar fora de campo, considerando que se esforça por descentrar-se dele.

O conceito de ruptura de campo, aplicado a outros contextos – estudo de mitos, das representações sociais, de demonstração de novas patologias – mostra-se útil para demonstrar o método psicanalítico e para obter resultado de interpretação da realidade.

Maria Lúcia de Oliveira está de acordo com Herrmann no que diz respeito à importância da herança metodológica de Freud e à sua aplicabilidade a outros contextos que não à clínica, principalmente como método de investigação “para a compreensão e descrição dos processos de elaboração que o homem faz do seu mundo” (OLIVEIRA, 1984, p. 43).

Em seus trabalhos de mestrado (1984) e doutorado (1992), Oliveira utiliza-se dos desenvolvimentos que Herrmann faz do método psicanalítico, sobretudo no que diz respeito ao privilégio do método sobre a teoria (interpretante).

Na dissertação de mestrado, a análise da história de adolescentes - selecionados com o objetivo de estudar a rebeldia e apreender o sentido do seu modo de ser - se faz a partir da interpretação, que consistiu em reconstruir fragmentos de seu discurso, buscando regras organizadoras de significação e formulando microteorias que funcionaram como unidades do discurso interpretado, sendo utilizadas como interpretantes.

A autora escreve:

Para a realização desse estudo tomamos como interpretante as teorias psicanalíticas em geral, porém sobretudo micro-teorias formuladas no decorrer da realização do próprio trabalho, ou seja, lançamos mão de unidades do discurso interpretado e as utilizamos como interpretantes (1984, p. 47).

Portanto, Oliveira tomou, como objeto material de sua análise, as comunicações verbais dos adolescentes – segundo a autora, expressão subjetiva da

própria conduta, chamando a isso discurso. Inicialmente considerou os relatos na sua superficialidade, extraindo posteriormente de partes distintas do discurso certas regras comuns que determinassem formas características de cada um dos adolescentes. De acordo com Oliveira (1984, p.48), “[...] esse trajeto da operação interpretativa, permitiu a reconstrução significativa das histórias”, em seu sentido atual e considerado apenas como uma versão possível.

Nosso outro autor, J. Birman (1992), ocupa-se dos critérios que se podem depreender do campo psicanalítico para falar em pesquisa, cujo desdobramento, segundo ele, é a questão sobre o estatuto da clínica, da experiência e da teoria psicanalíticas, no sentido epistemológico.

Considera insustentável a afirmação de que haveria uma disjunção entre a pesquisa e a clínica em psicanálise, em razão de que a pesquisa se referiria apenas à teoria psicanalítica - "psicanálise pura" - e a clínica seria uma espécie de "psicanálise aplicada", cuja finalidade seria de aplicar o saber ao paciente; ou, ao contrário, a teoria teria uma posição hierárquica inferior à clínica, uma vez que seria esta última que fundaria a possibilidade de teorização em psicanálise.

De acordo com Birman, a construção da pesquisa de Freud, isto é, os atos de interpretação baseavam-se numa relação de um sujeito ao outro (transferencial) que se constitui numa troca de palavras, o que o leva a construir modelos que advinham do campo das ciências da cultura. Entende que, para Freud, o psiquismo é um aparelho de linguagem, investido pela economia libidinal - não a consciência, como pensava a tradição cartesiana, nem tampouco se resume a um epifenômeno do organismo.

Sendo assim, considera que o campo da "empíria freudiana" ou da experiência psicanalítica é o campo da experiência transferencial, o que se diferencia da empíria neopositivista. O campo da experiência psicanalítica é centrado naquilo que clinicamente é denominado experiência da transferência que é calcada em dois pólos fundamentais: o pólo da pulsão, exigência de trabalho feito à linguagem pelo fato de o sujeito ter um corpo, e o pólo do trabalho de simbolização, de interpretação realizado pelo aparelho de linguagem.

Portanto, o autor entende que a pesquisa psicanalítica sentido estrito é o campo fundado nessa experiência transferencial, polarizada entre a força pulsional e

o aparelho de linguagem. Dessa forma, entende que não se pode falar de teoria sem a ancoragem nessa experiência, porque os conceitos psicanalíticos remetem, no sentido preciso e rigoroso, ao campo da transferência.

J. Birman, conclui então, que, se a clínica funda e ancora a possibilidade de teorização em psicanálise, a teoria é seu correlato, pois teorizar é organizar um campo de representações, de interpretação da experiência de cada analista em relação ao objeto com o qual trabalha, sendo, portanto, necessária para a compreensão desta e de interlocução com outros.

Garcia-Roza (1991), autor que veremos a seguir, concorda que a pesquisa que se qualifica psicanalítica, se dá na experiência clínica psicanalítica. Conceitua a clínica psicanalítica como a prática fundada e alicerçada na transferência, fenômeno que permite a produção de um saber sobre o inconsciente - saber esse que é um discurso; porém acha discutível transpor a clínica psicanalítica às universidades. Isso porque, mesmo procurando-se manter o "discurso psicanalítico" - conjunto de enunciados e enunciações produzidos na experiência clínica - como objeto dessa pesquisa, haveria uma reprodução, uma repetição da experiência clínica na academia, isto é, uma transposição da clínica privada para a universidade, o que descaracterizaria a especificidade de uma pesquisa acadêmica. Acredita que, nesse caso, a universidade seria um campo apenas de divulgação das descobertas da psicanálise.

Propõe daí uma modalidade teórica de pesquisa em psicanálise, na academia, como forma de atender com maior proximidade às exigências do método psicanalítico e à necessidade de produção de saber da universidade, constituída em seu campo próprio.

Este método é a releitura dos textos freudianos. A releitura de um texto permite produzir a partir dele, um outro discurso - que se propõe, por isso, transformadora. Garcia-Roza indica que isso é viabilizado pela textualidade, no sentido de que designa a potência do significante como produtor de múltiplos sentidos, proporcionando outras tentativas de escritura. Porém, assinala que, se esta textualidade e suas múltiplas possibilidades de sentido forem levadas ao extremo, elas podem destruir a especificidade do texto e da pesquisa, caindo na opinião, na doxa, o que o discurso universitário pretende superar. Essa textualidade conduziria, então, a

uma "desconstrução do texto", positiva como arma crítica, negativa se levada ao extremo.

Valendo-se da noção de releitura, Garcia-Roza pretende atender à exigência do rigor teórico, sem sacrificar a potência do significante.

Observa que a releitura é um procedimento que toma, em relação ao texto, uma atitude semelhante à do analista em relação ao analisante: a de não impor ao texto suas próprias questões, mas de tentar identificar as questões colocadas pelo texto.

Em outras palavras, considera que, na pesquisa teórica, o procedimento pode ser ler o texto como quem escuta a fala do paciente, não colocando para ele nossos próprios problemas, mas identificando qual é seu problema, num determinado momento, e qual a resposta que dá. Considerando-se que o conceito tem uma história e que foi elaborado levando-se em conta o outro, a releitura de um texto teórico tem que considerar o conceito como uma singularidade, isto é, ligado a um tempo, lugar, especificidade - portanto, a sua história - não como uma abstração lógica, uma entidade destacável.

Todavia, entende que, apesar de sua singularidade, o conceito não pode ser tomado isoladamente, pois implica outros elementos conceituais, implica um campo conceitual no interior do qual ele surge e mantém suas articulações que definem um universo próprio de questões.

É nesse sentido que concebe a releitura como um trabalho de transformação, de produção e, tal como na prática clínica, essa releitura implicaria um processo de transformação do texto em discurso.

Dessa forma, Garcia-Roza (1991) aponta que uma das finalidades da pesquisa acadêmica em psicanálise consistiria em destacar a gênese do conceito, portanto a gênese da teoria, e identificar os problemas a que ele responde.

O terceiro autor, na nossa seqüência, que participa dos debates acerca do estatuto da pesquisa em psicanálise, é Renato Mezan (1992).

O autor pensa que, sob o rótulo de pesquisa em psicanálise cabe tanto a vertente da prática, quanto a vertente da teoria, entendendo a primeira como a "experiência transferencial" e a segunda como a "leitura dos textos", dando-se esta

última em conformidade com um modo específico de realização, que será exposto mais adiante.

Sustenta que a maioria dos trabalhos que se fazem na universidade é "psicanálise aplicada", e que esta é uma forma pertinente de trabalhar com a psicanálise. Chama de "psicanálise aplicada" o modo de pesquisa que se utiliza do instrumental psicanalítico para compreender situações, fenômenos, experiências, literatura - o que leva a afirmar que as forças que animam a produção mental, individual e coletiva, podem ser detectadas não apenas na situação clínica mas também em produções secundarizadas.

Entende que em todas as modalidades ou vertentes de pesquisa em psicanálise, a experiência clínica deve ser mantida como referência, como ancoragem para o trabalho de pensamento (secundário) exigido para realizar uma pesquisa.

Afirma que há diferenças entre as duas vertentes de pesquisa em psicanálise – a da experiência clínica e a da teoria, mas que a pesquisa só ocorre, mesmo na prática clínica, quando se organiza os elementos, reflete e escreve para tentar restituir e fazer perguntas sobre a experiência (impactante) que teve. Considera que este trabalho que exige organização, classificação e entendimento, é comum à psicanálise, como o é para outra teoria racional, onde a exigência é intelectual.

Mezan destaca três tipos possíveis de pesquisa em psicanálise:

1. A pesquisa clínica - a partir de "material clínico", o que implica, após o atendimento, tematizar, organizar, refletir e escrever para restituir e fazer perguntas sobre a experiência;
2. A pesquisa aplicada, que visa tanto aplicar o instrumental conceitual da psicanálise a uma situação que originalmente não pareceria ter nada a ver com ela quanto através dessa investigação, demonstrar algumas determinações ou as forças que animam a produção humana de um modo geral;
3. A pesquisa histórica ou conceitual, que visa a dimensão latente do discurso.

Chama o instrumental utilizado neste último tipo de pesquisa de compreensivo, comparando-o à proposta de Garcia-Roza e de Jean Laplanche, autor cujo modelo teórico de pesquisa Mezan apresenta, e que resumiremos a seguir.

Laplanche (*apud* MEZAN, 1992, p. 69) propõe um "modo psicanalítico" para ler textos e interpretá-los. Envolve dois procedimentos:

- Aplainar, achatar o texto e tomar todos os elementos como tendo o mesmo valor, assim como numa sessão de análise;
- A partir do conjunto da obra em que o texto se insere, procurar detectar as exigências de pensamento e as questões fundamentais sob as quais este pensamento se insere.

Mezan explica que, através deste procedimento, se realizaria algo que se aproxima e se correlaciona ao método psicanalítico, uma vez que se apresentaria algo no plano da discursividade, constituindo uma analogia entre as exigências do pensamento e do desejo, tal como aparece na situação de análise.

O que se extrai da exposição desse debate é que as questões acerca do que é pesquisa em psicanálise se assentam e se organizam em torno das duas dimensões que compõem o campo psicanalítico: sua dimensão teórica e sua dimensão prática, questões estas que derivam da especificidade da prática em psicanálise. Pensa-se que este debate se dá pelas especificidades do campo psicanalítico, porque a psicanálise constituiu, historicamente, tanto seu objeto quanto seu método, a partir do tratamento clínico de sintomas neuróticos. A metodologia foi empregada para atingir seus dois objetivos em constituição, a saber, tratamento (transformação de um real) e investigação científica (produção de um saber sobre as causas) e isto se dá sob determinadas condições, nomeadas transferenciais. Essas condições transferenciais podem ser produzidas em outras circunstâncias diferentes das da clínica, porém, apenas nesta pode ser manejada de tal modo a produzir um saber inconsciente que conduza a uma mudança no real.

Os diversos pontos de vista metodológicos apontados aqui e seus respectivos procedimentos permitiram à pesquisadora situar a sua pesquisa no campo da psicanálise e estabelecer a lógica do método do presente trabalho.

A presente pesquisa se insere na modalidade teórica, cuja proposta metodológica se aproxima do procedimento anteriormente situado por Garcia-Roza como releitura, e por Mezan como histórico-conceitual. Apenas se aproxima a esse modelo metodológico porque acompanha seu procedimento somente em parte, uma vez que procurará detectar as exigências de pensamento e as questões fundamentais

nas quais este pensamento se insere, sem, entretanto, visar a dimensão latente do discurso, conforme definido pelo autor.

Esse procedimento histórico-conceitual toma o texto como realidade ou fonte de pesquisa e o aborda de tal modo a identificar o problema conceitual colocado pelo autor em um determinado momento e a definir qual a resposta que dá a este problema, considerando sua história – tempo e especificidade – além de sua inserção num campo conceitual mais amplo, conforme concebido por Garcia-Roza.

Desse modo, na presente pesquisa, ler o texto consiste em extrair a problemática conceitual que ele encerra.

O texto apresentaria, assim, um discurso, através do qual seria possível extrair certas idéias para produzir uma descrição que resgatasse os elementos conceituais mais importantes que se relacionam com o conceito principal visado – o conceito de angústia.

No presente caso, então, ler o texto é ler o discurso – primeiro, em sua superficialidade e, posteriormente, extraindo partes distintivas do relato e destacando certos conceitos, procedimento esse que permite um resgate da elaboração do conceito de angústia, produzindo um caminho de reconstrução do texto original.

O texto é uma possibilidade de material de pesquisa em psicanálise, e, certamente, constitui-se também uma pesquisa fora da situação clínica, conforme discussões anteriores dos diversos autores.

Esta pesquisa não tem, portanto, a pretensão de revelar outros significados do conceito de angústia em Freud, e, certamente, não se trata de um trabalho sobre seu inconsciente, mas visa tão somente extrair a problemática do conceito de angústia que ele elabora.

A perspectiva histórica que seguirá este trabalho em seu método encontra também um ponto de referência na dissertação de mestrado de Jorge Luís Ferreira Abrão.

Abrão (1999, p.16), evidencia que a pesquisa histórica, conforme coloca - na acepção mais ampla do termo – tem uma longa tradição na psicanálise, uma vez que desde Freud “a investigação psicanalítica foi sinônimo de investigação histórica das reminiscências do passado, relegadas ao inconsciente do paciente” , equivalendo assim a investigação psíquica à investigação histórica.

A pesquisa da história da psicanálise como disciplina científica é por ele denominada historiografia psicanalítica. O autor utiliza o termo historiografia no sentido empregado por Willian Woodward (*apud* ABRÃO, 1999, p.16), o qual se refere a um método que, conforme coleta os dados, já apresenta os resultados e discussão (análise das fontes e síntese ou escrita).

Um dos modelos metodológicos que Abrão expõe da pesquisa da história da psicanálise é aquele definido por J. Laplanche (*apud* ABRÃO, 1999, p.17) como história revista, a qual visa reescrever as passagens que compõem a evolução histórica da psicanálise, descobrindo novas fontes de informação, e a partir delas demonstrar uma nova compreensão de fatos já conhecidos. Na história revista, são possíveis alguns recortes metodológicos que vão desde um estilo mais descritivo até “[...] uma postura mais interpretativa [que busca] compreender os fatores culturais, políticos e científicos que permeiam o fato histórico estudado” (ABRÃO, 1999, p.19), constituindo-se, assim, uma análise contextual dos fatos que marcaram sua evolução.

O trabalho de Jorge Abrão segue a historiografia psicanalítica atual, procurando unir ao caráter descritivo do texto, uma análise contextual, tendo como referência o contexto científico que influenciou o desenvolvimento histórico da psicanálise de crianças no Brasil.

Mesmo que os modelos metodológicos evocados por Jorge Abrão se refiram às pesquisas do campo da história da psicanálise, e que este trabalho no sentido mais estrito, não seja um trabalho desse campo, ele seguirá a tendência da historiografia psicanalítica pontuada e discutida por ele, visto que, em sua perspectiva histórica, abordará o texto freudiano buscando os fatos clínicos e teóricos que marcaram a mudança conceitual do fenômeno de angústia, demonstrando que os próprios ‘fatos’ constituem os resultados a serem descritos.

Além dessa, outra concordância metodológica em sua perspectiva histórica refere-se à análise contextual que segue uma tendência interpretativa, à medida que buscará compreender alguns fatos científicos que permearam o início da elaboração do conceito de angústia por Sigmund Freud. Assim, além de seu caráter descritivo, a presente pesquisa se constituirá uma análise contextual, tendo como referência o contexto científico.

Para encerrar, pretende-se abordar os apontamentos feitos por J. Laplanche (1998, p.1-14), ao situar as características da história psicanalítica em relação a outras concepções de história e mesmo as abordagens propriamente cronológicas de alguns psicanalistas como Ernst Jones⁶.

Laplanche concebe a dimensão histórica na psicanálise intrínseca à sua própria constituição, uma vez que Freud constrói sua teoria de descoberta em descoberta, a partir da descoberta fundamental do inconsciente, num certo movimento cronológico que marca datas ou estabelece fases para as descobertas que faz, por uma necessidade de sistematização. Todavia, assinala que na obra de Freud, não se observa um desenvolvimento cronológico com um antes e um depois; ao contrário, esta se apresenta em 'um movimento cíclico em espiral' que faz com que haja uma redistribuição de suas descobertas, à medida que avançam suas pesquisas. Portanto, a cronologia que daí deriva, encerra uma ilusão de que houve um verdadeiro 'corte epistemológico', pelo fato de que as descobertas de Freud não têm apenas uma linearidade.

Assim, a dimensão cronológica que se poderia esperar de um estudo histórico e que tem importância na história das idéias não tem o mesmo lugar na psicanálise. Se na psicanálise datas são marcadas ou fases estabelecidas para as descobertas, é por necessidade de sistematização, o que encerra, segundo Laplanche, uma certa ilusão.

O autor nomeia a característica da história psicanalítica de 'posteridade', noção que se opõe, no seu modo de ver, à noção de corte epistemológico, utilizado por outras ciências. Por corte epistemológico, Laplanche (1998, p.8) entende "um progresso, descontínuo, mas progresso, dos conceitos que subitamente dão uma virada e assumem um valor científico que não possuíam antes". Posteridade significa uma dialética entre a descoberta que se faz e ainda não pode ser compreendida e sua reelaboração posterior, "com todas as suas falhas e retornos".

⁶ Com efeito, o trabalho de E. Jones – "A vida e a obra de Sigmund Freud" - tem uma metodologia descritiva e apresenta uma cronologia mais linear.

Isso se dá no desenvolvimento do indivíduo, na sua análise e no desenvolvimento dos conceitos psicanalíticos.

É nesse sentido que, segundo diz o autor, a psicanálise não pode privar-se de sua história, isto é, da história da construção de seus conceitos, porque não é um saber ‘cumulativo’ em que novas descobertas se somam e se incorporam às anteriores – os conhecimentos que proporcionam não ultrapassam suas hipóteses precedentes, incluindo-as.

Laplanche (1998, p.10) parece resumir a característica da história na psicanálise, com essa bela frase: “Uma história [...] que nunca é tão nova quanto se poderia esperar, mas que também não é tão monótona quanto se poderia supor”

Entende-se, então, juntamente com os autores que foram tratados, que a teoria de Freud não é evolutiva e não pode ser lida na pura linearidade (diacronia), mas também na sua sincronia, em que se recorta um determinado momento e se verificam as relações que cada termo tem com os demais. É nesse sentido que consideramos que, na sua obra, o que ele disse depois não se soma ao que disse antes nem anula a este. Verifica-se, a título de exemplo, que Freud acrescenta “notas de rodapé”, interpolações e adendos posteriores aos seus textos, à medida que faz novas elaborações, mantendo ‘intacto’ o texto original, e demonstrando, de um certo modo, que reconhecia esse caráter de ‘retorno’ de suas descobertas e teoria.

Quanto a este aspecto, lembremos também a experiência clínica: quantas vezes um paciente nos conta uma mesma história e ao mesmo tempo verificamos que não se trata da mesma história, pois toma um outro sentido, em outro contexto do discurso.

2 Procedimentos

Embora haja concordância de que as elaborações freudianas, em sua extensão, tenham as características apontadas por Laplanche, como a posteridade, e se entenda que se trata de um trabalho mais lógico do que cronológico ou evolutivo; e, ainda, que no trabalho de Freud haja um ‘movimento cíclico em espiral’ mais do que verdadeiras rupturas em que se anula o que se disse anteriormente, também considera-se que percorrer o vasto campo de sua obra, sem estabelecer períodos ou

fases, pode resultar em dificuldade tanto de estudo e exposição, quanto de entendimento pelo leitor.

Sendo assim, toma-se como base uma divisão clássica de sua obra, que se encontra tanto em autores que tratam a história da psicanálise em sua dimensão cronológica (JONES, 1989), quanto naqueles que se propõem a realizar um estudo dialético (ROCHA, 2000).

Os textos de cada fase – teóricos e clínicos - foram eleitos, em razão de que tratam explicitamente do tema da angústia, de acordo com indicação do editor da Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (FREUD, 1976c, p.201).

Após uma cuidadosa leitura dos textos indicados, seguiu-se uma seleção daqueles mais representativos dos fundamentos da teoria da angústia em cada período indicado. Esses textos selecionados foram objeto de um estudo detalhado, do qual se procurou extrair a problemática com a qual Freud trabalhava - teórica e clínica - e as respostas que deu a elas. Isso foi realizado em cada período do desenvolvimento da teoria da angústia.

Além dos textos arrolados abaixo, foi incluído o texto *A Interpretação dos Sonhos* (1900) porque essa obra contém apontamentos da relação entre a angústia e o inconsciente, os quais se constituíram a semente da elaboração posterior da angústia como sinal do perigo que o desejo inconsciente representa para o ego.

As idéias principais colhidas em cada texto, as quais mantêm ou alteram as anteriores, serviram, no interior deste trabalho, de base para a construção do percurso freudiano sobre a angústia.

Neste ponto se impõe uma observação que reafirma o que foi dito anteriormente. As idéias principais selecionadas tratam da concepção de sexualidade que Freud tem na época, pois é fato conhecido que ele relaciona a angústia à sexualidade. Viu-se principalmente o que descobre sobre os motivos (porque e como) pelos quais a sexualidade angustia; isso, em cada época determinada para este estudo.

Posteriormente foi discutido o que Freud ensina e transmite com seu percurso teórico-clínico de pesquisa da angústia, principalmente com relação às

conseqüências das descobertas que fez acerca desse fenômeno para a clínica psicanalítica.

Além disso, procurou-se localizar e circunscrever a questão da angústia na atualidade com base na principal questão elaborada pela autora, questão essa, extraída do ‘percurso do percurso freudiano’: a descoberta de Freud de que a angústia é o produto das relações entre o corpo e a mente – efeito da dialética entre a satisfação e a castração (desejo) que se dá na constituição subjetiva.

A obra de Ernst Jones, *A vida e a obra de Sigmund Freud* (1989) foi utilizada para um esclarecimento histórico-contextual.

Seguem abaixo as fases e os textos inicialmente propostos:

Primeira parte

O Primeiro Desenvolvimento da Elaboração do Conceito de Angústia: As origens (1886-1900);

Segunda parte

O Segundo Desenvolvimento da Elaboração do Conceito de Angústia: Fase Intermediária (1900-1920);

Terceira parte

O Terceiro Desenvolvimento da Elaboração do Conceito de Angústia: Última Fase (1920-1933).

O primeiro desenvolvimento : textos

- 1- 1893 Rascunho B : A etiologia das neuroses (v.1);
- 2- 1894 Rascunho E : Como se origina a angústia (v.1);
- 3- 1894 Rascunho F : Coleção III (v.1);
- 4- 1895 Rascunho J : Frau P.J. (v.1);
- 5- 1894 Obsessões e fobias: seu mecanismo psíquico e sua etiologia (v.3);
- 6- 1895 [1894] Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada ‘neurose de angústia’ (v.3);
- 7- 1895 Uma réplica às críticas do meu artigo sobre neurose de angústia (v.3).

O segundo desenvolvimento: textos

- 1- 1909 Análise de uma fobia em um menino de cinco anos (v.10);
- 2- 1910 Psicanálise 'silvestre' (v.11);
- 3- 1918 [1914] História de uma neurose infantil (v.18);
- 4- 1915 - 1917 A ansiedade (v.16) .

O terceiro desenvolvimento: textos

- 1- 1926[1925] Inibições, sintomas e ansiedade (v.20);
- 2- 1933[1932] Ansiedade e vida instintual (v.22).

Dos textos propostos acima foram selecionados e analisados os seguintes:

O primeiro desenvolvimento

- 1- 1893 Rascunho B: A etiologia das neuroses (v.1);
- 2- 1894 Rascunho E: Como se origina a angústia (v.1);
- 3- 1894 Rascunho F: Coleção III (v.1);
- 4- 1895[1894] Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada 'neurose de angústia' (v.3).

O segundo desenvolvimento

- 1- 1900 A interpretação dos sonhos – parte II (v.5);
- 2- 1909 Análise de uma fobia em um menino de cinco anos (v.10);
- 3- 1910 Psicanálise 'silvestre' (v.11);
- 4- 1915-1917 A ansiedade (v.16).

O terceiro desenvolvimento

- 1- 1926 [1925] Inibições, sintomas e ansiedade (v.20).

A REVOLUÇÃO FREUDIANA

Antes de iniciarmos o percurso através dos textos de S. Freud que tratam da angústia – leitura esta, organizada em três momentos ou desenvolvimentos de sua elaboração teórica acerca da angústia – situaremos o contexto teórico-clínico (científico) do nosso autor, ou seja, o saber que constituía a ciência da época e que se tornou sua herança teórica a partir da qual promoveu uma verdadeira revolução.

Veremos, pois, brevemente, a inserção de Freud na ciência médico-psiquiátrica da época em que iniciou seu trabalho clínico e o passo que o conduziu a promover uma modificação, até mesmo uma subversão nos conceitos acerca da loucura⁷ ou doença dita mental ou psíquica, inserindo-a no registro da verdade e, sobretudo, possibilitando uma elaboração inovadora da própria 'natureza' humana.

Veremos brevemente, em princípio, porque a presente pesquisa visa circunscrever essa elaboração de maneira mais pontual, tendo como eixo o encontro, a investigação e a conceituação que Freud realiza acerca da angústia, por considerá-la uma das modalidades de fenômeno clínico que permitiu ao autor um acesso original à condição (natureza) humana: sua realidade sexual e a conseqüente concepção inovadora de corpo em sua relação com a mente.

Desse modo, nas origens de sua clínica, o fenômeno da angústia, juntamente com os sintomas histéricos, permitiram a Freud investigar as relações entre corpo e mente, iniciando um esboço de definição do que é a sexualidade no humano. Através da histeria define a mente como representações inconscientes e verifica, conforme afirma J. Birman, como “[...] as pulsões se [articulam] no espaço da representação, delineando sua mobilidade entre as representações” (1989, p.139). Com a angústia, Freud investiga a excitação sexual física e descobre o corpo pulsional

⁷ A loucura nesse texto é entendida como uma categoria abrangente, conforme a utiliza J Birman, isto é, como “o conjunto de experiências mentais que rompem de alguma maneira [...] com o universo da razão [...] e se apresentam numa multiplicidade de formas simbólicas” (1989, p.134).

(corpo representacional) em suas diferentes modalidades de simbolização, isto é, verifica a articulação entre as pulsões e as representações.

Freud descobre o corpo sexual e concebe então, a sexualidade em sua divisão corpo mente, considerando o corpo em sua dimensão de quantidade de excitação – excitação esta que está para além da fisiologia, pois é articulada a representações (inconscientes) e a mente enquanto o lugar dessas representações.

Verifica que essa divisão corpo e mente é problemática, sendo causa de inúmeras doenças, e reconhece, ao longo de suas pesquisas, que essa relação problemática era estrutural (condição de constituição do psiquismo), isto é, nem tudo do sexo é simbolizável.

Nas palavras de J. Birman (1989, p.140), Freud reconhece “os impasses e os limites que se colocavam para a inscrição da força pulsional no campo da representação”, e a impossibilidade de inscrição da totalidade da pulsão, com a conseqüente implicação na economia (formas de descarga).

A angústia é sinal dessa relação problemática entre o corpo e a mente.

De acordo com Birman (1989, p.134-139), no cenário onde se iniciou a constituição da psicanálise, no final do século XIX, se configurava no campo da loucura, o apogeu de um discurso, chamado tradição crítica da loucura, que a definia como um erro da razão – a loucura era uma forma de desrazão – e por isso, a excluía de qualquer registro de verdade.

Este autor considera que, se antes do século XVIII no Renascimento, a loucura era reconhecida como uma modalidade de verdade e inserida no espaço social, a partir daí, a psiquiatria a inscreve na história crítica, operando uma transformação da loucura em doença mental, baseada nos pressupostos da racionalidade.

É R. Descartes que inaugura a tradição crítica no plano do pensamento filosófico, colocando o homem como centro de seus atos, movido pela razão, ou seja, o sujeito é cognoscente, conhece, sabe. Descartes inaugura a divisão do homem em um corpo e uma mente, semeando o solo onde germina a busca da causa da loucura no corpo, entendido como biológico, ou na mente, considerada consciente ou racional.

A psiquiatria do século XIX , portanto, sustentava os pressupostos da tradição crítica que se pautava na razão como eixo distintivo entre o que se denominava saúde o que se denominava doença mental.

Conforme entende Birman (1989), a loucura – doença mental- seria considerada um erro do entendimento ou um desvario da razão que tem como causa uma perturbação que se realiza no corpo somático, perturbação essa provocada por uma alteração anatômica ou desregulação fisiológica. Nessa concepção, o sujeito não estaria envolvido na sua própria experiência e esta experiência estaria destituída de verdade.

Essa é uma concepção somatista da causa da loucura e representava uma das correntes da psiquiatria que precedeu à elaboração do discurso freudiano. Os psiquistas representavam outra corrente da psiquiatria que propunha um sistema explicativo para a loucura e se opunha à primeira. Os psiquistas concebiam a loucura como consequência dos fenômenos psíquicos conscientes: idéias que influenciam o cérebro, promovendo uma alteração da consciência.

Embora houvesse uma oposição entre a corrente somatista e a psiquista da psiquiatria acerca da causa da loucura, ambas revelam, nesse debate, uma mesma concepção de base que Freud soube extrair e tirar conclusões: realizavam um debate de idéias que deixava em segundo plano o fato ou fenômeno clínico em sua dimensão subjetiva. O sentido dessa experiência para o sujeito era excluído – sua história, seu desejo, sua verdade – seja considerando a causa da loucura na alteração do sistema nervoso (corpo), seja creditando sua causa a alterações da consciência (mente).

A investigação da histeria se inscreve nessa tradição crítica da desrazão e nesse saber psiquiátrico que atribuíam sua causa a alterações no corpo biológico ou na ‘mente consciente’ e S. Freud inicia sua clínica médica nesse contexto.

Segundo Birman (1989, p.136), foi com a histeria que a racionalidade psiquiátrica e médica se deparou mais profundamente com seu impasse e acirrou o debate acerca da problemática da loucura, mostrando “[...]seu colapso teórico [pela impossibilidade] de reduzir a histeria à lógica da anatomia e da anatomopatologia” bem como à lógica da consciência.

Foi também com a histeria que Freud estabeleceu seu campo clínico e iniciou seu discurso.

Freud conhecia as elaborações de saber psiquiátricas e os problemas teóricos e clínicos que faziam impasse ao saber psiquiátrico, o qual se revelava, por exemplo, na ineficácia do tratamento.

Se com Charcot – neurologista, psiquiatra e pesquisador da escola francesa – conhece a concepção (herança da corrente somatista) de que a histeria é uma alteração fisiológica do sistema nervoso, isto é, uma alteração funcional, conseqüência de uma predisposição nervosa hereditária; com Bernheim – pesquisador da escola alemã, estuda a teoria de origem psiquista que concebe a histeria como resultado de idéias conscientes que influenciam o cérebro e alteram a consciência, ou seja, a causa parte de fenômenos psíquicos ou mentais.

A controvérsia entre as duas escolas de psiquiatria dizia respeito, então, à localização da causa da histeria ou, no corpo, entendido como corpo fisiológico, ou na mente, considerada um conjunto unitário de idéias conscientes. Note-se o *ou* alternativo que cinde as duas proposições.

Entretanto, embora houvesse essa oposição a respeito da localização da causa, a concepção de base dessas duas correntes acusa sua inserção na racionalidade que considera essas experiências mentais como um erro do entendimento e destituídas de verdade. Assim, para a psiquiatria do final do século XIX, herdeira do dualismo cartesiano – divisão do humano em um corpo e uma mente – a loucura é do registro do erro da razão, produzido pela alteração do corpo fisiológico ou das idéias que constituem o sujeito cognoscente. A mente é concebida, portanto, como a consciência, a razão, o conhecimento, o saber; e o corpo definido pela biologia – como anatomia, fisiologia e neuroanatomia – ou seja, pelas suas funções somáticas.

Freud, por sua vez, em sua investigação, não define o lugar da causa (da histeria, da loucura) nem no corpo biológico, nem na mente consciente.

Ao investigar os sintomas, a princípio pela hipnose e posteriormente através da associação livre de idéias, possibilitou produzir um sentido para eles e elaborar outra formulação acerca do mental. O mental, no discurso freudiano, não é a consciência nem o cerebral, mas a palavra, o simbólico. E, nesse sentido, as

experiências que rompem com a razão e com a unidade da consciência são formas particulares do sujeito de dizer uma verdade – da sua história e de seu desejo.

Do mesmo modo, o corpo, no decurso da pesquisa freudiana e na formulação de seu discurso, embora tenha a biologia ou o soma como base, se desloca para o corpo sexual ou pulsional, dando-lhe uma nova conformação baseada no registro da representação. Em outras palavras, se é à partir do corpo somático que tudo acontece, este corpo é afetado pela palavra (psíquico), constituindo-se em um corpo libidinal (sexualizado).

O discurso freudiano produziu uma subversão teórica e clínica pelo fato de instaurar um novo campo do saber – a psicanálise – que supera a oposição cartesiana entre o corpo e o psiquismo. Com isso, o sujeito produzido pela linguagem (simbólico) articula – no inconsciente - o psiquismo e o corpo sexual. Nas palavras de Birman (1989, p.137), o conceito de inconsciente em Freud é a materialização resultante da articulação entre o corpo sexual e o universo da representação.

Entretanto, se a psicanálise encontra no inconsciente o ponto de articulação entre o corpo e a mente, ultrapassando a oposição cartesiana, é nesse ponto mesmo que encontra também um conflito.

A concepção freudiana de conflito revela que o centro da problemática humana são as relações entre o corpo e a mente – entre as pulsões e sua representação.

Temos então uma problemática descoberta, localizada e investigada por Freud até suas últimas conseqüências (no conceito de pulsão de morte): corpo e mente são distintos, mas têm seu ponto de articulação no inconsciente através de representações; entretanto, mantêm uma relação (articulação) problemática em razão de que nem tudo que é experienciado pelo corpo é representado pela mente, ou seja, há impossibilidade de inscrição da totalidade da pulsão. Assim, o corpo, que também é biológico, traz por isso, problemas à mente (idéias), (por exemplo, a gravidez , a menstruação na mulher e o saber do que isso significa). Por outro lado, o corpo pode representar uma idéia e se conformar de acordo com ela (por exemplo, nos sintomas histéricos). O inconsciente revela assim, uma certa divisão entre o que é vivido (pressão, impulso- satisfação pulsional) e o que é representado, gerando uma

oposição (conflito) e solicitando uma defesa (que em última instância é um destino pulsional) que procura manter a unidade do eu, gerando os sintomas.

Corpo e mente, portanto, não têm nem uma divisão radical, nem uma unidade natural.

Se o dualismo cartesiano inaugura a idéia de divisão entre corpo e mente que pôde dar margem à concepção de que haveria um 'ponto ideal' de consciência e o recobrimento harmônico do corpo pela mente, o discurso freudiano rompe com essa idéia e subverte esse pressuposto, encontrando aí uma relação problemática que revela um impasse ou conflito ao sujeito que se representa no inconsciente.

Nas origens de sua clínica, Freud investiga essa relação problemática entre o corpo e a mente, por exemplo, através dos estados mentais de expectativa (angústia) que se observa por um movimento de diversas forças mentais que desenvolvem maior relação com o aparecimento de doenças físicas.

É com a circunscrição da elaboração freudiana acerca da angústia – o encontro, investigação e conceitualização desse fenômeno – que seguirá este trabalho.

O Contexto da Formação Freudiana

Sigmund Freud era médico por formação e pesquisador por vocação. Desde seus estudos médicos (1881) seu interesse estava voltado para a investigação científica, exercendo pesquisas, primeiro, sobre a histologia do sistema nervoso (1882). Posteriormente, quando exercia estágio no Hospital Geral de Viena (1883-1885), se inclinou para o estudo e trabalho clínico de doenças nervosas, inicialmente voltado para a neuroanatomopatologia (perturbações cerebrais ou doenças nervosas orgânicas).

Entre 1885 e 1886, Freud iniciou seus estudos com Charcot – psiquiatra e neurologista – na Salpêtrière, na França, onde conheceu a pesquisa empreendida acerca das neuroses histéricas e cuja concepção teórica postulada para seus sintomas eram as alterações fisiológicas do sistema nervoso. Com Charcot, a histeria assume um lugar de doença respeitável do sistema nervoso, nessa época

encarada como um caso de dissimulação ou de perturbação desconhecida do útero (JONES, 1989).

Os estudos sistemáticos de Charcot acerca das manifestações dessa doença, aliados ao método de indução hipnótica, demonstraram sua relação com idéias, não obstante preconizasse que as alterações fisiológicas eram sua causa.

Embora Freud estivesse inclinado à neurologia nesse período que se estende por volta de 1882 a 1886, empreendendo diversas pesquisas teórico-clínicas e publicando vários trabalhos que tratavam principalmente da relação entre a atividade cerebral e o funcionamento mental, concomitante e paulatinamente, se interessa em elucidar a histeria, notando que seus sintomas demonstravam pouco se ajustar às bases anatomofisiológicas que a psiquiatria preconizava em relação às doenças nervosas e que o preocupavam a princípio. Esta conclusão ele extrai dos estudos desenvolvidos com Charcot, com Breuer, e de sua própria experiência clínica com as neuroses, que inicia posteriormente, em 1886.

Em 1882, Freud conhece com Breuer, o caso Anna O. e se familiariza com o procedimento de catarse empreendido por ele, o que lhe causa profunda impressão e o instiga a interessar-se pelo assunto, colocando-o, posteriormente, quando volta de Paris, na trilha de sua origem (causa) psíquica.

Assim, em 1886, quando instala sua clínica particular e atende pacientes nervosos, principalmente casos de histeria, Freud inicia sua própria pesquisa acerca de sua causa, levado por essas duas importantes influências. Com a contribuição de Breuer e valendo-se das conclusões que retira do estudo com Charcot, inicia sua “pesquisa psíquica”, isto é, o estudo sobre a origem ideativa dos sintomas histéricos – baseado inicialmente no método hipnótico/catártico e posteriormente na associação livre de idéias.

PRIMEIRA PARTE

O Primeiro Desenvolvimento da Elaboração do

Conceito de Angústia:

As origens (1886 - 1900)

Desde o início de sua clínica das neuroses – em 1886 – S. Freud se deparou com o fenômeno da angústia, empreendendo nos anos seguintes – até 1895 – uma investigação acerca de suas modalidades de manifestação (descritiva) e elaborando uma teoria sobre sua causa.

Nesse período (1893 -1895), além da neurose histérica, os casos que Freud atende na sua clínica de ‘doenças nervosas’ são os quadros patológicos reunidos sob a denominação de neurastenia. Ele observa que, conquanto a angústia fosse encontrada tanto na histeria quanto na neurastenia, havia alguns casos em que este fenômeno de angústia era o sintoma principal, nuclear, o que o leva a considerar a necessidade de separar estas neuroses como quadro independente ou diferenciado – as neuroses de angústia.

Desde 1988, Freud (1990a, p. 85) definia neurose, no sentido estrito, como uma doença em que não foram encontradas “[...] alterações perceptíveis do sistema nervoso, como também não se espera que qualquer aperfeiçoamento das técnicas de anatomia venha a revelar alguma dessas alterações” e, acrescenta “[...] devemos-nos contentar em definir a neurose de um modo puramente nosográfico, pela totalidade de sintomas que ela apresenta”. Isso se deve à impossibilidade, na época, de estabelecer uma conexão precisa entre seus fenômenos.

Tratava-se para ele, portanto, desde essa época, de uma doença que não tinha uma localização cerebral ou no sistema nervoso, deixando implícito que era uma doença cuja causa poderia ser de outra ordem.

Entretanto, Freud escreve que ainda tinha esperanças de que a fisiologia pudesse dar essas respostas sobre a causa das neuroses históricas, estabelecendo uma fórmula fisiopatológica na qual a essência da histeria pudesse ser expressa pelas “condições de excitabilidade nas diferentes partes do sistema nervoso” (1990a, p. 85). Essa sua afirmação decorre dos pontos de vista da escola francesa de psiquiatria, representada por Charcot, opinião que ele modifica posteriormente (no que se refere à localização da excitabilidade no sistema nervoso) em decorrência de sua própria pesquisa clínica acerca da histeria.

De acordo com Laplanche & Pontalis (1991, p. 296), no século XIX era comum classificar sob o nome de neurose uma série de afecções caracterizadas

como doenças do sistema nervoso que têm sede orgânica reconhecida (neurose cardíaca, do estômago) ou postulada (histeria – útero, hipocondria – canal alimentar) e que, além disso, são afecções funcionais, isto é, sem inflamação ou lesão de estrutura do órgão em questão.

Apesar de ter recebido essas definições e classificação da cultura psiquiátrica, nas quais se postulavam causas somáticas, e de certa forma se orientar por elas, Freud parece ter apreendido desde cedo, conforme observa-se nessa definição de neurose de 1888, que a anatomia e a neurologia pouco poderiam descobrir acerca do mecanismo e causa da neurose.

Em relação à histeria, escreve ainda em 1888: “[...] na histeria (como em todas as neuroses) aumenta a influência dos processos psíquicos sobre os processos físicos do organismo, os pacientes histéricos funcionam com um excesso de excitação” (FREUD, 1990a, p.95). São, portanto, para Freud, nesse ano, perturbações da atividade nervosa produzidas pela influência das idéias. As idéias influenciam a atividade nervosa, alterando a “distribuição normal, no sistema nervoso, das quantidades estáveis de excitação”.

Essa concepção teórica é sua hipótese fundamental acerca da causa das neuroses, a qual constitui a base de suas pesquisas posteriores – entre os anos de 1888 e 1895. É também nesse período que identifica que essa ‘quantidade de excitação’, é principalmente de caráter sexual.

Desde então, Freud confirma, paulatinamente, que os sintomas histéricos (e neuróticos de modo geral) se originam de uma ação da mente sobre o corpo. A pesquisa de Freud sobre a angústia está no contexto dessas suas investigações sobre as neuroses, principalmente a histeria.

Nesta primeira parte do trabalho de pesquisa sobre a conceituação da angústia no discurso freudiano, nós o acompanharemos no período das origens de sua clínica, período em que elabora sua primeira teoria da angústia, da qual extrairemos a causa que estabelece para ela e os fundamentos desta causa.

Veremos seus primeiros escritos sobre a angústia – inicialmente os rascunhos B, E, F – datados de 1893 e 1894, esboços do texto mais completo sobre o assunto, publicado em 1895, sob a denominação *Sobre os fundamentos para*

destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada neurose de angústia o qual estudaremos na seqüência.

Nesses escritos Freud se ocupa em estabelecer a descrição da sintomatologia da neurose de angústia, distinguindo-a dos quadros patológicos reunidos sob a denominação de neurastenia, e em definir os fundamentos de sua causa.

Após esse percurso será extraído seu primeiro conceito de angústia, assim como a teoria subjacente de sexualidade, que anuncia as origens da elaboração do conceito de pulsão.

1 Apresentação e Análise dos Textos

1.1 Rascunho B: a Etiologia das Neuroses (1893)

Por volta do ano de 1893, quando escreve esse rascunho, Freud estava preocupado em definir a causa das neuroses que considerava, cada vez mais, segundo ele diz, formas adquiridas, ou seja, conseqüência de experiências traumáticas: as histerias, a neurastenia e a neurose de angústia.

Considerava experiências traumáticas ou ‘traumas psíquicos’, “[...] qualquer experiência que possa causar afetos aflitivos – tais como os de susto, angústia, vergonha ou dor física” (BREUER & FREUD, 1987, p. 43), entendendo que o efeito traumático se dá porque a circunstância não permitiu reação ou porque o próprio sujeito a omitiu – “a reação é reprimida”. Verifica que entre o sintoma e o trauma há uma conexão simbólica.

Suas pesquisas clínicas levaram-no a conferir na origem dos sintomas histéricos a regularidade do trauma de natureza sexual.

Sobre isso escreve em 1893, no texto *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar* :

[...] a sexualidade parece desempenhar um papel fundamental na patogênese da histeria [relações sexuais e maritais] , como fonte de traumas psíquicos e

como motivação para a “defesa” – isto é, para que as idéias sejam recalçadas da consciência. Foram precisamente as observações de natureza marcadamente sexual que nos vimos obrigados a não publicar (BREUER & FREUD, 1987, p. 35).

Embora também estivesse, nessa época, ocupado com a histeria, no texto de que nos estamos ocupando – rascunho B (1893) – aborda especialmente a neurastenia e a neurose de angústia, relacionando alguns fatores patogênicos na vida sexual atual do paciente.

Dessa forma, o exame dos casos de neurastenia e de neurose de angústia o conduz sempre a um único fator etiológico: a ‘perturbação’ na vida sexual. Freud dá, aqui, uma primeira definição dessa perturbação expondo suas causas, o que veremos mais adiante.

Queremos fazer notar que, nessa época, Freud faz duas pesquisas ‘paralelas’: sobre os sintomas histéricos, cuja causa sexual não era imediatamente evidenciada, e sobre os sintomas de angústia, de cuja origem encontra certos fatores patogênicos na vida sexual atual do sujeito, exposta por ele sem maiores resistências.

Nas neuroses de angústia, portanto, a relação entre a angústia e a sexualidade ficava mais evidente, uma vez que a vida sexual em questão era a realidade copulatória da função sexual.

Assim, no contexto de suas pesquisas sobre a causa das neuroses adquiridas (por experiências traumáticas), investiga a apresentação clínica (sintomatologia) da angústia, principalmente em certas formas de neurose, e a origem desses sintomas.

Nesse Rascunho B, Freud nos diz que postula uma fórmula etiológica para as neuroses adquiridas que combina dois fatores: uma precondição e um fator desencadeante. Quando a precondição atua de um modo suficiente, a neurose é consequência inevitável. Os fatores desencadeantes atuam de modo secundário, promovendo a doença com o acréscimo de uma quantidade que se acresce ao primeiro fator.

Aplica esta fórmula aos casos de neurastenia e neuroses de angústia:

Neurastenia

A neurastenia era um quadro clínico caracterizado por uma fadiga física de origem nervosa, ou, em outras palavras, fraqueza sexual e geral. Suas características vão desde impressão de fadiga física, cefaléia, dispepsia, prisão de ventre e empobrecimento das atividades sexuais, até diminuição da auto-confiança, expectativa pessimista, e inclinação para idéias antitéticas.

A tese de Freud expõe que a principal **precondição para a neurastenia nos homens** é o **esgotamento sexual**, produzido pela masturbação excessiva, tendo como conseqüência o prejuízo da potência sexual. Ele considera que apenas o esgotamento sexual pode, por si só, provocar a neurastenia, **produzindo um efeito sobre a disposição do sistema nervoso**.

Sendo assim, os fatores secundários, que são aqueles que têm um efeito sobre o sistema nervoso - como a doença física, os afetos depressivos e o excesso de trabalho - não podem mais ser tolerados, em decorrência do esgotamento sexual.

Assim escreve:

Se essa fórmula etiológica for aplicada a nosso caso atual, chegaremos à seguinte conclusão: apenas o esgotamento sexual pode, por si só, provocar neurastenia. Quando não consegue esse resultado por si mesmo, tem um efeito tal sobre a disposição do sistema nervoso que a doença física, os afetos depressivos e o excesso de trabalho (influências tóxicas) não podem mais ser tolerados sem levar à neurastenia. Sem o esgotamento sexual, porém, todos esses fatores, são incapazes de gerar neurastenia. Acarretam fadiga normal, tristeza normal e fraqueza física normal.

[...] Sua origem [da neurastenia] é a masturbação, cuja freqüência tem completa correlação com a freqüência da neurastenia masculina [...] quando esse fator nocivo atua por um período prolongado e com intensidade, ele transforma a pessoa em questão num neurastênico sexual cuja potência fica igualmente prejudicada [...] (FREUD,1990b, p .257).

Freud identifica o *onanismus conjugalis* (coito incompleto para evitar a gravidez) ou *coitus interruptus* como um segundo fator nocivo (precondição) para a neurastenia nos homens afirmando que ele “afeta homens em idade mais avançada [e] exerce impacto sobre o sistema nervoso que ou está intacto ou foi predisposto à neurastenia pela masturbação” (FREUD,1990b, p. 258).

Freud não encontra muitos casos de neurastenia em mulheres, a não ser em mulheres casadas, segundo ele, conseqüência da neurastenia do homem;

nesse caso, acompanhada de histeria. São neuroses mistas, comuns às mulheres e decorrentes das limitações da potência do homem neurastênico, resultado direto do refreamento da excitação do ato (sexual).

Além desse, afirma que encontrou muitos casos em que a evitação da gravidez é outro fator nocivo à vida sexual da mulher, produzindo a neurastenia e a histeria. Não deixa claro, entretanto, por que isso acontece. Parece ser pelo mesmo fator de refreamento (contenção) e que também é produzido pela limitação da potência no homem.

Neurose de angústia

O surgimento proeminente do fator de angústia em certos casos – expectativa pessimista e inclinação para idéias antitéticas aflitivas - leva Freud a considerar a necessidade de separar um quadro nosológico independente (diferenciado), sob a denominação de neuroses de angústia, ainda que a angústia pudesse ser encontrada na neurastenia e na histeria.

Encontra na sua clínica algumas formas de expressão de angústia (sintomatologia), as quais diferencia em três grupos: 1- o estado crônico; 2- o ataque de angústia; 3- a depressão periódica.

As duas primeiras formas podem combinar-se e o ataque só surge a partir dos sintomas crônicos.

Os sintomas crônicos são:

- angústia relacionada com o corpo – hipocondria;
- Angústia em relação ao funcionamento do corpo: agorafobia, claustrofobia, vertigem de lugares altos;
- Angústia relacionada com as decisões e a memória – isto é, fantasias de alguém a respeito de seu próprio funcionamento psíquico: *folie de doute*, ruminções obsessivas.

Observa que a depressão periódica é uma forma de depressão que tem como característica um ataque de angústia com duração de semanas ou meses, sendo encontrada em formas mistas como depressão-histeria e depressão-neurastenia. Os sintomas de ataques não são apresentados.

Freud aponta que todos esses sintomas descritos são equivalentes de angústia e interroga a sua causa: faz um primeiro apontamento expondo que considera a (neurose de) angústia um estado adquirido através do ‘coito interrompido’, fator esse que, conforme se viu, verificou ser nocivo à consecução normal do ato sexual (a perturbação no ato [vida] sexual).

Conforme diz:

Não há dúvida de que é adquirido [esse estado de angústia], e especialmente por homens e mulheres casados, durante o segundo período de fatores nocivos sexuais, através do *coitus interruptus* [...]. A fórmula causal é a mesma da neurastenia (FREUD, 1990b, p. 260).

A fórmula causal, a mesma da neurastenia, conforme se viu, é o esgotamento sexual e o refreamento da excitação do ato, os quais, para Freud, têm um efeito sobre a disposição do sistema nervoso (impacto).

Uma análise abrangente desse rascunho nos leva a alguns poucos apontamentos e considerações. Não há, nesse esboço, uma descrição mais pormenorizada das expressões do fenômeno de angústia, nem mesmo um aprofundamento do que a fundamenta: seu mecanismo e sua lógica. Há, aqui, apenas indicações sucintas de uma elaboração que está por vir e que veremos na seqüência, no *Rascunho E* (1894) e no artigo publicado: *Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “neurose de angústia”* (1895).

Freud encontra na masturbação que conduz ao esgotamento e principalmente no coito interrompido que leva ao refreamento da excitação do ato sexual, a précondição para a produção da neurastenia e da neurose de angústia .

Esses fatores são nocivos ou prejudiciais ao desempenho e consecução do ato sexual. “Perturbam” o desempenho normal da sexualidade, à medida que produz um efeito (exerce um impacto) sobre a disposição do sistema nervoso. Embora Freud não elabore explicitamente essas afirmações nesse texto, pode-se entender esse efeito de impacto como a alteração que ocorre na distribuição da excitação no ‘aparelho do corpo’ e sua possibilidade de descarga. Deriva daí a **teoria do refreamento da excitação sexual física como causa dessas neuroses e da angústia que as acompanha.**

Assim, o que parece estar em questão sobre a causa sexual para a manifestação de angústia é a excitação física (do corpo biológico, mais especificamente da fisiologia do sistema nervoso) e sua possibilidade de descarga.

O coito interrompido, por sua correlação empírica com os casos tratados, levando Freud a entender, nesse momento de sua pesquisa, que a faceta somática da sexualidade – isto é, **o corpo excitado** – tem papel fundamental na produção de angústia. A perturbação da faceta somática da sexualidade encontra-se entre as causas mais prováveis da angústia. **A angústia é adquirida em razão de uma descarga interrompida, impossibilitada.**

Assim, é no corpo que encontra a origem ou causa da angústia. Aqui, o corpo parece ser estabelecido desde um ponto de vista fisiológico cuja economia se expressa por um *quantum* de excitação física que aumenta, diminui, acumula. Não muito mais tarde, conforme veremos, Freud observa que essa economia depende das representações, isto é, de um corpo representacional.

Em outras palavras, essa correlação empírica entre a angústia e o coito interrompido, estabelecida por Freud, nos leva à conclusão de que: nesse texto, o corpo - a faceta somática da sexualidade - é a causa mais evidente da angústia, portanto, origem ou fonte da angústia. O corpo é pura excitação que depende da fisiologia – da distribuição de quantidades em partes do sistema nervoso. O corpo é fisiológico – de reação.

No ano seguinte, no texto de 1884 – *Rascunho E*, evidencia que há uma relação das representações da sexualidade (psiquismo – ‘mente’) com as excitações sexuais físicas (relações do sujeito com o seu corpo), quando evoca que a possibilidade de angústia só ocorre se não há ligação entre a excitação e um grupo de idéias.

Também considera-se importante ressaltar que, mesmo à época que escreve o Rascunho B, Freud faz uma importante observação - empírica e ‘interpretativa’ - que nos coloca sob a mira de que há nele, nesse momento, uma idéia, porém vagamente descrita, de que a angústia poderia ter relações também com a faceta psíquica da sexualidade.

Freud nesse rascunho (B) ao qual nos referimos anteriormente, relata ter observado que o coito interrompido era causa de angústia, mais freqüentemente

em homens casados. Entretanto, identifica a presença de angústia em alguns poucos casos de homens solteiros que praticam o coito interrompido com mulheres cujo bem-estar constitui tema de preocupação para ele, o que lemos como: a mulher tem uma significação para o homem.

Nas suas palavras:

Os casos mais raros de neurose de angústia fora do casamento são encontrados especialmente nos homens. No final, revelam-se como casos de *congressus interruptus* em que o homem se envolve psiquicamente de forma intensa com mulheres cujo bem-estar constitui, para ele, tema de preocupação (FREUD, 1990b, p. 261).

Desse modo, estaria indicando que há, na sua casuística, indícios de que, na patogenia do coito interrompido, está incluído tanto o fator somático (interrupção, refreamento da excitação), quanto o fator psíquico, já que a preocupação com o outro parece ser também fator importante a partir do qual se pode produzir o efeito de angústia.

Todavia, trata-se apenas de uma menção. Freud não a desenvolve aqui nesse esboço.

Parece que a preocupação com o outro implicaria, em última instância, uma **renúncia à satisfação (defesa)**, conforme veremos apontado por Freud em 1895, no seu primeiro artigo sobre a angústia.

Vimos que Freud inicia sua pesquisa clínica sobre a angústia com um procedimento empírico, relatando os fenômenos e realizando correlações entre desses fenômenos e a causa provável. Entretanto, suas observações vão além da simples correlação entre os fatos, pois estabelece um esboço de interpretação destes fatos – a interpretação de que o coito interrompido produz um refreamento da excitação do ato sexual. Essa interpretação é sustentada por uma lógica econômica – as perturbações no equilíbrio das excitações e o aumento de dificuldade de descarga das mesmas. Essa economia ainda está atrelada a um pensamento baseado nos processos fisiológicos do sistema nervoso determinados pelas necessidades físicas (fome, sede, necessidade sexual), lógica essa que ‘abandona’ mais tarde, mas não em sua totalidade, porquanto entende que o corpo ancora todas as produções mentais.

Considerar o refreamento como causa da perturbação sexual e relacionada à produção de angústia é, pois, um primeiro e importante passo em sua investigação.

Subjacente a essa tese, supomos que Freud teve como questão norteadora: o que tem no coito interrompido que causa a angústia, ou seja, onde estaria a patogenia nessa interrupção?

Responde, como vimos, que a patogenia consiste na descarga insuficiente da excitação (sexual) física produzida.

No ano seguinte, Freud desenvolve melhor esse fundamento, elaborando um esboço de interpretação mais completo que segue a pista que aqui nos deixou.

Acompanharemos esse desenvolvimento a seguir.

1.2 Rascunho E: como se origina a angústia (1894)

Por volta de 1894, pouco antes de escrever seu artigo sobre a neurose de angústia, Freud elabora um esboço, preliminar a este, em correspondência a Fliess – o ‘Rascunho E’.

Esse texto constitui o desenvolvimento de suas teses apontadas no rascunho anterior.

Aqui Freud faz observações e apontamentos mais esclarecedores a respeito dos pontos dos quais partiu, chegando a mostrar-nos uma categorização dos casos clínicos. Além disso, demonstra o raciocínio que empreendeu acerca da causa sexual da angústia, o que não ocorreu no texto anterior.

Por isso, seguiremos o texto conforme se apresenta, a fim de situar melhor os caminhos percorridos por ele em sua tese e elaboração teórica.

Em 1894, os sintomas histéricos para Freud, eram resultado de idéias recalçadas que retornavam.

Conta-nos que quando iniciou sua investigação sobre o fenômeno de angústia, acreditou que a angústia pudesse ser um sintoma histérico, uma vez que poderia representar um prolongamento da angústia experimentada durante o ato

sexual, por causa do medo da gravidez (fator psíquico), ou seja, uma angústia relembrada.

Duas observações fizeram-no modificar essa idéia de que a angústia seria um sintoma histérico. Observou que o fator ideacional que poderia originar a angústia no coito interrompido— o receio de engravidar ou de não funcionar o preventivo – não estava presente em todos os casos de angústia.

Considerou então, que a angústia tinha um mecanismo e origem diferente da histeria.

Outra observação que colabora para esta tese é o fato de que a neurose de angústia afeta tanto as mulheres frígidas no coito como as que têm sensibilidade o que só pode significar que a origem da angústia não pode ser buscada na esfera psíquica.

Mulheres frígidas – ou seja, que não sentem desejo sexual – são afetadas pela angústia tanto quanto aquelas que sentem desejo sexual, o que o leva à seguinte conclusão: a origem da angústia não deve ser buscada na esfera psíquica, mas na esfera física da vida sexual. Deduz-se a partir daí que o raciocínio de Freud encontra a fonte da angústia aquém do fator psíquico ou do desejo sexual ('sensibilidade'). O que está aquém do desejo? Freud dá a seguinte resposta: é um fator físico da vida sexual que produz angústia ; e se pergunta qual fator.

Nas suas palavras:

Achei que a angústia de que sofrem os pacientes devia ser considerada um prolongamento da angústia experimentada durante o ato sexual – ou seja, que era na realidade, um sintoma *histérico*. Na verdade, são por demais evidentes as conexões entre a neurose de angústia e a histeria [...]. 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 um questão de maior importância. Assim, a angústia da neurose de angústia não era continuada, relembrada, *histérica*.

Um segundo ponto, extremamente importante, ficou definido para mim a partir da seguinte observação. A neurose de angústia afeta tanto as mulheres que são frígidas no coito como as que têm sensibilidade. Esse aspecto é interessante, e só pode significar que a origem da angústia não pode ser buscada na esfera psíquica. Por conseguinte, deve estar erradicada na esfera física: é um fator físico da vida sexual que produz angústia. Mas que fator ? (FREUD, 1990c, p. 270).

Entende, portanto, que há um fator físico da vida sexual que produz angústia, e reúne casos em que ficou evidenciada a angústia que se origina de uma causa sexual, a fim de confirmar a presença desse fator em todos os casos e evidenciar qual é esse fator físico da vida sexual.

A idéia que inicialmente embasa as observações das quais Freud parte aparentemente óbvia, é que a sexualidade é constituída de dois fatores: físico (corpo) e mental (representações ou idéias). Digo **aparentemente** óbvia, porque é com base nessa distinção simples que uma pesquisa mais aprofundada e elaborada pôde se desenvolver: o exame de cada um desses fatores em separado e a constituição de uma concepção inovadora acerca deles; sua correlação, além da relação desses fatores (corpo/mente) com seus efeitos – angústia e sintomas.

Se com a histeria havia encontrado fatores psíquicos da sexualidade na origem dos sintomas – recalque (defesa) das idéias que representavam experiências sexuais traumáticas - com a angústia se depara com o fator físico da sexualidade e interroga sua 'materialidade'. A fonte da angústia é física – é algo do corpo.

Nesse Rascunho E, Freud dispõe sete grupos baseado em sua casuística, os quais veremos mais adiante. Por eles procura evidenciar qual o fator físico da vida sexual que estaria envolvido na produção de angústia .

Nesses grupos, ao coito interrompido apontado anteriormente no Rascunho B acrescenta outros fatores sexuais, como a abstinência obrigatória ou voluntária de relações sexuais

Freud assinala que localiza nesses casos **o fator comum da abstinência**. Este fato mais o fato de que mulheres sem desejo sexual (fríguas) são afetadas pela angústia após o coito interrompido levam-no a considerar que **a angústia é resultado da acumulação de tensão sexual física**.

O fator físico da vida sexual que buscava é assim explicitado: a fonte física da angústia é a excitação, o fator de acumulação de excitação.

Esta acumulação ocorre porque a descarga foi evitada. A descarga da tensão sexual é evitada, causando um represamento, uma acumulação.

Nas suas palavras:

O que há de comum neles [nos casos de angústia], com maior freqüência, é a abstinência. Depois de constatar o fato de que mesmo as mulheres frígidas estão sujeitas à angústia após o *coitus interruptus*, são levados a dizer que se trata de uma questão de acumulação física de excitação – isto é, *uma acumulação de tensão sexual física*. A acumulação ocorre como consequência de ter sido evitada a descarga. Assim, a neurose de angústia é uma neurose de represamento, como a histeria; daí a sua semelhança. A neurose de angústia é uma neurose de represamento como a histeria. E visto que absolutamente nenhuma angústia está contida no que é acumulado, a situação se define dizendo-se que a *angústia* surge por *transformação* a partir da tensão sexual acumulada (FREUD, 1990c, p. 271).

Observe-se que o termo represamento dá o sentido de contenção, bloqueio, ‘muro’ e que os apontamentos de Freud confirmam o ponto de vista de que o utiliza nesse sentido.

Vimos que Freud observa que a angústia não está contida no que é acumulado, isto é, na chamada tensão (excitação), ela aparece sob outra ‘forma’ (afeto), o que o leva a considerar que é o resultado, consequência ou efeito, isto é, a **tensão transformada**.

Portanto, Freud define a angústia como a tensão transformada, consequência do represamento da tensão (excitação) sexual.

A fórmula teórica simples até aqui é: acumulação da tensão, transformação em angústia.

Até então, fica claro que concebe que a acumulação da tensão se dá porque há um represamento da descarga. Afirma também que a descarga foi evitada. Poder-se-ia entender que concebe, já nesta época, o aspecto psíquico desta evitação (representacional), isto é, o recalque que atua sobre as idéias? Concebe um sujeito (o eu) realizando esta evitação ou entenderíamos este mecanismo como puramente ‘mecânico’ ou de reação fisiológica?

Mais adiante Freud indica que há **dois mecanismos ocorrendo como fundamento da produção de angústia: represamento e evitação**. Veremos o desdobramento e o desfecho dessa questão mais adiante, neste texto.

Freud examina o mecanismo normal para lidar com a tensão (estímulo, excitação) acumulada, a fim de compreender o fundamento da sua transformação, em angústia.

Entende que há duas espécies de excitação: a excitação exógena e a excitação endógena.

A primeira se situa fora e envia uma quantidade, um acréscimo de excitação para dentro **da psique**. Não diz para dentro **do corpo**, o que parece indicar que, mesmo tratando-se - neste momento - do fator somático (a excitação), esta excitação tem relação com o fator psíquico. Demonstra que o **mecanismo normal para se lidar com a tensão envolve o fator psíquico; isto é, é normal a inter-relação entre as excitações e suas representações**.

Para descarregar esta quantidade de excitação que vem de fora, basta **qualquer reação** que reduza a **excitação psíquica (!)**.

A outra fonte de excitação é endógena e se situa no corpo do indivíduo, como a fome, a sede e a pulsão⁸ sexual.

Neste caso, somente **reações específicas** têm utilidade. As reações específicas são: "reações que [evitam um novo] surgimento da excitação nos órgãos terminais em questão" (FREUD, 1990c, p. 273). Supõe que a tensão endógena pode crescer contínua ou descontinuamente, mas só é percebida quando atinge um limiar. Entende que somente acima de um certo limiar é que a tensão passa a ter **significação psíquica**, isto é, entra em contato com um determinado grupo de idéias⁹ que passa a buscar soluções tal como a realização de um ato.

Assim, para o ato sexual, diz: "a tensão sexual física, acima de um certo nível, desperta a libido¹⁰ psíquica que induz ao coito" (FREUD, 1990c, p. 273).

No mecanismo 'anormal', a reação específica deixa de se realizar (coito) e **a tensão físico-psíquica – o afeto sexual –** aumenta demais.

Freud observa que a conseqüência do 'aumento desmedido' da tensão físico-psíquica é uma perturbação, o que não implica **ainda** uma transformação desta tensão físico-psíquica em angústia.

Quando a reação específica deixa de se realizar, a tensão físico-psíquica (o afeto sexual) aumenta desmedidamente. Torna-se uma perturbação, mas ainda não há base para sua transformação. Contudo, na neurose de angústia,

⁸ O termo foi assim traduzido no texto em questão.

⁹ Grupo de idéias – exerce um trabalho de transformação sobre a tensão sexual física (que atingiu um certo limiar), manejando-a psicicamente.

¹⁰ Conforme informação do editor, esta é possivelmente a primeira vez que se encontra registrado o termo libido na obra de Freud.

essa transformação de fato ocorre, o que sugere a idéia de que, nessa neurose, as coisas se desviam da seguinte maneira: a tensão física aumenta, atinge o nível do limiar em que consegue despertar o 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 (FREUD, 1990c, p. 273).

Desse modo Freud sugere as condições para que a transformação da excitação em angústia ocorra, tal como é observado nas neuroses de angústia: se a tensão física ocorre até o nível que desperta o afeto psíquico (desejo), no 'mecanismo anormal', **por algum motivo** a conexão psíquica que lhe é oferecida não é suficiente, o que determina que o afeto sexual não possa ser formado. Não é formado porque **falta algo** nos fatores psíquicos. A tensão física é transformada em angústia porque não é psiquicamente ligada.

Note-se que utiliza vários termos como sinônimos: tensão psíquica, libido psíquica, significação psíquica, afeto sexual ou afeto psíquico. Trata-se de termos que indicam o laço (que encontra) entre as quantidades de excitação do corpo (tensão física) e o grupo de idéias que a representam no psiquismo (tensão psíquica) e propiciam o ato, o qual envolve, então, descarga e sentido (significação). O afeto sexual ou desejo é a expressão psíquica das quantidades de excitação (sexual).

Quando Freud descreve o 'mecanismo da tensão' parece que vai tratar de um aspecto puramente físico, de reações fisiológicas, sem considerar a significação para o sujeito. Entretanto, encaminha sua análise sempre para a 'relação corpo-mente'. Afirma que há uma tensão que é psíquica, não apenas física, no mecanismo de **afeto sexual**. Ou seja, a tensão psíquica **é a ligação da excitação** com as representações – daí já é afeto ou libido (pulsão). Freud deixa entrever que o fator mental (psíquico) é constituído do desejo e de suas representações e que o que parecia considerar puramente físico – a excitação no corpo determinada por um mecanismo fisiológico – tem uma 'conexão' com as representações (grupo de idéias).

Freud considera que o mecanismo sexual normal seria a descarga no nível físico (reação específica) e observa que a acumulação ocorre porque a excitação não encontrou um grupo de idéias mediante as quais possa realizar o ato de descarga psiquicamente significativo.

Valendo-se disso, Freud conclui que o que ocorre na neurose de angústia é “um déficit constatável de afeto sexual na libido psíquica” (FREUD, 1990c, p. 274).

Acompanhando seu raciocínio, sabemos que **o que falta** ou não é suficiente para formar o **afeto sexual** (desejo) é um grupo de idéias – uma representação sexual (a conexão psíquica que lhe é oferecida não é suficiente)¹¹.

Sua prática confirma o déficit de afeto sexual, uma vez que alguns sujeitos que passaram a sofrer de angústia diziam não sentir nenhum desejo sexual. Isso indica também que a angústia é um caminho de expressão da excitação (pulsão), uma vez excluído o desejo.

Freud relaciona o mecanismo descrito – a teoria – com os casos que relatou, a fim de verificar sua concordância.

Vejamos como ele expõe os casos:

(1) *Angústia das pessoas virgens*. Nesse caso, o conjunto de idéias que deve captar a tensão física ainda não está presente, ou está apenas de maneira insuficiente; e, além disso existe uma recusa psíquica que é resultado secundário da educação. Esse exemplo se enquadra muito bem.

(2) *Angústia das pessoas excessivamente pudicas*. Nesse caso, o que existe é a defesa – uma completa rejeição psíquica que impossibilita qualquer transformação da tensão sexual. É também nesses casos que encontramos numerosas obsessões. Outro exemplo mais adequado.

(3) *Angústia nos casos de abstinência forçosa*. É essencialmente a mesma, pois a maioria das mulheres desse tipo cria uma rejeição psíquica destinada a evitar a tentação. Nesse caso, a rejeição é uma contingência; em (2) trata-se de algo fundamental.

(4) *Angústia das mulheres, decorrente de coitus interruptus*. Nesse caso, o mecanismo é mais simples. Trata-se de excitação endógena que não se origina [espontaneamente], mas é induzida, embora não em quantidade suficiente para que seja capaz de despertar afeto psíquico. Efetua-se artificialmente um alheamento entre o ato físico-sexual e sua transformação psíquica. Quando, depois disso, a tensão endógena aumenta ainda mais por conta própria, ela não consegue ser transformada e gera angústia. Nesse caso, a libido pode estar presente, mas não ao mesmo tempo que a angústia. Desse modo, aqui, a *rejeição psíquica* é seguida de *alheamento psíquico*; a tensão de origem endógena é acompanhada por uma tensão induzida.

(5) *Angústia dos homens em decorrência do coitus interruptus ou do coitus reservatus*. O caso do *coitus reservatus* é mais claro; o *coitus interruptus* pode ser considerado, em parte, subordinado a ele. Também nesse caso, trata-se de um afastamento psíquico, pois a atenção é voltada para um outro

¹¹Entretanto, Freud não desenvolve aqui **o motivo disso**.

objetivo e mantida afastada da transformação da tensão física. Contudo, provavelmente há que aprimorar a explicação para o *coitus interruptus*.

(6) *Angústia que acompanha a diminuição da potência ou a libido insuficiente*. De vez que, nesses casos, não ocorre a transformação da tensão física em angústia, por causa da *senilidade*, a explicação estaria no fato de que é insuficiente o desejo psíquico que deve ser concentrado no ato em questão.

(7) *Angústia dos homens em consequência de aversão, ou dos neurastênicos abstinentes*. O primeiro caso não requer uma explicação nova; o outro, dos neurastênicos abstinentes, talvez seja uma forma atenuada de neurose de angústia, pois em geral isso só acontece propriamente em homens potentes. Pode ser que o sistema nervoso neurastênico não consiga tolerar uma acumulação de tensão física, pois a masturbação implica o habituar-se a uma freqüente e completa ausência de tensão (FREUD, 1990c, p. 274-275).

Freud encontra concordância entre esses fatos e a teoria, e considera que todos os casos convergem em alguns pontos: ***a tensão sexual se transforma em angústia em todos os casos em que há o desenvolvimento da tensão sexual física, mas esta não pode ser convertida em afeto (desejo sexual) pela transformação psíquica - representação por um grupo de idéias.***

As causas para esta impossibilidade de ligação da tensão física em desejo sexual são assim resumidas por Freud:

1. desenvolvimento insuficiente da sexualidade psíquica (idéias, representações);
2. tentativa de suprimir a sexualidade psíquica – defesa;
3. declínio da sexualidade psíquica;
4. alheamento habitual entre a sexualidade psíquica e a física.

Ao final Freud encontra, portanto, uma ***causa dupla para a produção de angústia: a acumulação de tensão sexual física e a evitação de descarga no sentido psíquico.***

A evitação da descarga na ação específica parece ser o refreamento dessa ação específica.

Assim escreve:

No seu todo, a concordância não é tão precária assim. Nos casos em que há um considerável desenvolvimento da tensão sexual física, mas esta não pode ser convertida em afeto pela transformação psíquica – por causa do desenvolvimento insuficiente da sexualidade psíquica, ou por causa da tentativa de suprimi-la (defesa), ou por causa do declínio da mesma, ou por causa do alheamento habitual entre sexualidade física e psíquica -, a tensão sexual se transforma em *angústia*. Assim, nisso desempenham um papel a acumulação de tensão física e a evitação da descarga no sentido psíquico (FREUD, 1990c, p. 275).

1.3 Rascunho F: Coleção III (1894)

O *Rascunho F* trata da descrição e análise de dois casos clínicos, datados de 1894 e estão contidos em duas cartas sucessivas a Fliess e serve-nos como um exemplo do raciocínio empreendido por Freud, nessa época, com base em um caso clínico.

Tomaremos apenas um dos casos – de Herr K.

O caso contém anotações clínicas pouco extensas das quais extraímos alguns apontamentos mais importantes a partir dos quais, assim o entendemos, Freud estabelece seu diagnóstico e interpretação clínica.

1º) diagnóstico de sintomas de angústia (fenomenologia): acordava com pesadelos e palpitações; excitabilidade geral aumentando gradualmente – remissão dos sintomas após participar de manobras militares. Posteriormente, súbita irrupção de angústia sem razão (aparente) com sensação de congestão desde o peito até a cabeça, a qual interpretou como se algo de terrível estivesse por acontecer. Teve breves ataques de profunda depressão, assemelhando-se à completa apatia.

2º) Informações sobre a vida sexual (por iniciativa do paciente).

Apaixonou-se profundamente por uma moça, e nesse relacionamento ficava excitado sexualmente, sem entretanto, tocá-la. Sofreu um grande choque quando soube do noivado da moça com outro. O paciente não atribuiu grande importância a esse fato.

Nas relações sexuais usa o condom, por medo de infecção e depois, sente-se fraco.

Seu 1º ataque ocorreu após uma relação sexual, depois da qual, manteve-se abstinente.

Freud interpreta o caso de Herr k. como um estado de enfraquecimento da sexualidade, decorrente da diminuição da libido.

Conforme diz:

Em primeiro lugar, parece-me tratar-se de um estado de *enfraquecimento* da sexualidade. A libido desse homem vinha diminuindo há algum tempo; os preparativos para usar um condom são bastante para que ele sinta que todo ato é algo que lhe é forçado, e o prazer derivado do ato, algo a que foi induzido (FREUD, 1990d, p. 278).

Note-se que Freud utiliza a libido no sentido do desejo, isto é, o que ele chama de domínio psíquico ou afeto psíquico.

Entende que se trata de um caso de neurose de angústia pelo fato do **declínio da libido**.

Assim escreve:

Há uma **debilidade no domínio psíquico da excitação sexual somática**. Esta fraqueza tem estado presente há algum tempo e possibilita o aparecimento da angústia quando há um aumento da excitação somática” (FREUD, 1990d, p. 279, grifo nosso).

Observe-se que sua teoria da possibilidade de ‘acúmulo da tensão sexual somática’ está relacionada, interligada, com a concepção concomitante da necessidade de ligação desta tensão física, no âmbito psíquico - o que chama de ‘libido psíquica’ (afeto psíquico) – para a consecução efetiva (adequada) do ato sexual.

Embora considere que o enfraquecimento psíquico possa ser um fator adquirido - masturbação excessiva; relacionamento que produz muita excitação sem possibilidade de ato; uso de preventivo de gravidez; *coitus interruptus* - explica que, nesse caso, **o temor à infecção e a decisão de usar um condom** tiveram o mesmo efeito do *coitus interruptus* no homem – um fator que produz o alheamento entre o somático e o psíquico. Além disso, conforme diz, a decisão de tomar precauções mostra que a sexualidade, do paciente já de início, não tinha muito vigor. Tomar precauções poderia ter sido, por exemplo, procurar satisfação num relacionamento seguro, ao invés de realizar uma série de evitações e ao mesmo tempo aproximações ao ato sexual.

Escreve:

[...] Herr K. desenvolveu uma fraqueza sexual psíquica **porque por si mesmo arruinou o coito**, e, estando intactas sua saúde física e a produção de estímulos sexuais, a situação deu origem à produção de angústia (FREUD, 1990d, p. 279, grifo nosso).

Com isso, Freud deixa entrever que o que está implicado na produção de angústia é o modo de reação do sujeito ante a sua própria sexualidade e o ato sexual, ou seja, não apenas um fator somático, mas um fator psíquico.

1.4 Artigo: Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “neurose de angústia” (1895[1894])

Nesse artigo que escreve em 1894 e publica em 1895, Freud reúne, organiza e elabora os pontos desenvolvidos nos Rascunhos B e E sobre que tratamos anteriormente.

Por considerar que no Rascunho E a teoria da angústia é formulada tão amplamente como realizada nesse artigo e em alguns pontos, de um modo mais claro, na sua apresentação e análise, apenas nos deteremos em alguns pontos que consideramos importante fixar, pontos que estiverem mais claros ou acrescentarem algo ao que já foi dito. Nesse artigo, assim como nos rascunhos correspondentes, a angústia é denominada de sintoma e, de acordo com a pesquisa de Freud, é componente principal de uma síndrome¹² que ele nomeia neurose de angústia.

As razões de sua suspeita de que a angústia determina uma entidade clínica isolada se sustentam nos casos em que aparece isolada e completa em sua apresentação clínica.

De acordo com esses casos, entende que seus sintomas – todos componentes organizados em torno da angústia – mantêm com esta última uma relação definida.

Na secção I desse artigo, apresenta uma descrição mais elaborada e exaustiva da sintomatologia clínica da angústia.

Temos, então, um longo e importante quadro das expressões de angústia que encontrou, as quais vale a pena resumir pela importância de seu reconhecimento para um diagnóstico.

¹²Nome utilizado pelo autor. S.F. méd. conjunto de sintomas ligados a uma entidade mórbida e que consiste o quadro geral de uma doença.

Assim, Freud denomina “neurose de angústia”, formas rudimentares ou totalmente desenvolvidas de um quadro clínico que abrange os seguintes sintomas:

A **irritabilidade geral**, que pertence também a outros ‘estados nervosos’, aparece, via de regra, nos quadros de neurose de angústia e tem, de acordo com Freud, uma importância teórica, por apontar para um acúmulo de excitação ou incapacidade de tolerá-la.

Já vimos que este fator de acúmulo da excitação é um elemento importante da teoria da angústia elaborada por Freud até então. A partir dele é que ocorre a possibilidade da transformação da excitação em angústia.

Freud considera a hiperestesia auditiva, ou seja, a hipersensibilidade ao ruído, uma das manifestações mais importantes do aumento da irritabilidade, sendo a causa freqüente de diversos casos de insônia.

A **expectativa angustiada** é o sintoma nuclear da neurose de angústia e, segundo Freud, revela uma parte da teoria da neurose, porque há nesses casos, um *quantum* de angústia em estado de livre flutuação, conforme também já tivemos oportunidade de averiguar nos esboços estudados, embora não descrito nestes termos.

Esse *quantum* de angústia livre, liga-se a qualquer conteúdo representativo adequado para explicar ou justificar racionalmente o medo, embora se note extremo exagero e falta de fundamento específico nas possibilidades da ocorrência do que se teme.

É a expectativa (pode-se dizer, ‘a espera’, conforme interessante tradução da língua espanhola) e a presença de uma ‘energia livre’ que controla a escolha de tais representações.

Normalmente, a expectativa angustiada aparece apenas sob uma forma de tendência a adotar uma visão pessimista das coisas.¹³ Entretanto, em qualquer oportunidade, este ‘pessimismo’ é ultrapassado, e adota o exagero e a falta de fundamento citado anteriormente, aparecendo, como reconhecem os pacientes, como uma espécie de compulsão, ou seja, como algo que não se pode evitar.

¹³Parece fazer parte do que talvez se pode chamar – o caráter do sujeito em questão. Naturalmente, um caráter neurótico.

Freud exemplifica este último estado: ‘uma mulher que sofre de expectativa angustiada pensará numa pneumonia fatal a cada vez que seu marido tossir quando estiver resfriado; ou, “quando ouve baterem à porta, imagina que sejam notícias de morte de alguém” (FREUD, 1987b, p. 93).

Outra expressão importante de expectativa angustiada é a angústia moral (*Gewissensangst*)¹⁴, o escrúpulo e o pedantismo, presente em pessoas de extrema sensibilidade moral.

Essa forma de angústia varia desde o normal até a forma exagerada de mania de duvidar (*folie de doute*)¹⁵.

A expectativa angustiada é a base dessas expressões de angústia que aparecem de um **modo crônico** e vai, então, desde um pessimismo até a expressão através de idéias organizadas, embora exageradas e com pouco fundamento.

Freud a considera, ‘constantemente à espreita no fundo’, latente em relação à consciência.

Se irromper subitamente à consciência, sem ter sido despertada por uma seqüência de representações, provoca o **ataque de angústia**, outra forma de expressão da angústia.

Por essa exposição, conclui-se que tanto a angústia crônica como a angústia em forma de ataque tem seu núcleo na expectativa angustiada.

A diferença é que a primeira desenvolve-se a partir de uma seqüência de associações que falta à última, dando-lhe sua ‘expressão de urgência’.

O ataque de angústia consiste em duas formas: apenas no sentimento de angústia sem representação associada ou, então, o **sentimento acompanhado** de:

- 1) representações de extinção de vida ou ameaça de loucura;

¹⁴Literalmente angústia de consciência.

¹⁵Muito mais tarde, Freud desenvolve os fundamentos metapsicológicos e causais desta observação-descrição, seja em 1925, no texto ‘Inibições, sintomas e ansiedade’ (1926), seja posteriormente em ‘O mal-estar na civilização’ (1930), relacionando esta forma de angústia ao medo da perda do amor do superego, superego este, constitutivo do sujeito e necessário às relações sociais. Metapsicologicamente situa esta angústia como uma variação topográfica (isto é, a partir do superego) da angústia vivida anteriormente, proveniente do ego – todas as duas provenientes do temor a castração.

- 2) parestesias ;
- 3) distúrbio de uma das funções corporais – respiração, atividade cardíaca, inervação vasomotora ou atividade glandular.

Quando o ataque vem acompanhado dos distúrbios das funções corporais, muitas vezes, o sentimento de angústia recua para o segundo plano, sendo freqüentemente irreconhecível ou, então mencionado como um ‘sentir-se mal’ ou ‘não estar à vontade’.

Assim Freud enuncia **os ataques acompanhados pelos distúrbios corporais** que conhece:

- (a) Ataques de angústia acompanhados por distúrbios da atividade cardíaca, tais como palpitação, seja com arritmia transitória ou com taquicardia de duração mais longa, que pode terminar num grave enfraquecimento do coração e que nem sempre é facilmente diferenciável da defecção cardíaca orgânica; e ainda a pseudo-angina do peito – um assunto delicado em termos de diagnóstico!
- (b) Ataques de angústia acompanhados por distúrbios respiratórios, várias formas de dispnéia nervosa, acessos semelhando asma e similares. Gostaria de enfatizar que mesmo esses ataques nem sempre vêm acompanhados de angústia reconhecível.
- (c) Acessos de suor, geralmente à noite.
- (d) Acessos de tremores e calafrios, muito facilmente confundidos com ataques histéricos.
- (e) Acessos de fome devoradora, freqüentemente acompanhados de vertigem.
- (f) Diarréia sobrevindo em acessos.
- (g) Acessos de vertigem locomotora;
- (h) Acessos do que se conhece como congestões, incluindo praticamente tudo o que tem sido denominado neurastenia vasomotora.
- (i) Acessos de parestesias¹⁶ (Estes, porém, raramente ocorrem sem angústia ou uma sensação semelhante de mal-estar) (FREUD, 1987b, p.94).

Em um ataque de angústia, esses elementos anteriormente apontados, misturam-se em um grau variável, assim como cada um deles pode constituir o ataque isoladamente. Do mesmo modo, em um ataque, pode haver apenas a própria angústia - sentimento desacompanhado de representações ou de distúrbios das funções corporais.

¹⁶São sensações anormais/alucinações sensoriais.

Há, portanto, ataques de angústia rudimentares e equivalentes de ataques de angústia. Freud supõe que todos têm a mesma significação.

Durante a leitura, uma significação central aparece implícita na descrição que Freud faz da sintomatologia da angústia. Freud a desenvolve bem mais tarde, em 1925, no texto: *Inibição, sintoma e angústia*. Trata-se da **ameaça ou medo** - 'sentimento' que aparece mais de uma vez na descrição das expressões de angústia e que implica um fator de perigo.

Um dos sintomas físicos da angústia citados, a vertigem, é considerada por Freud, proeminente entre os outros, em razão de seus acessos representarem o pior e mais grave tipo de angústia, freqüentemente acompanhada de distúrbios cardíacos e respiratórios. Ele observa que a vertigem às alturas participam da neurose de angústia.

Freud assinala que dois grupos de fobias típicas se desenvolvem baseados na ansiedade crônica (expectativa angustiada) e nos ataques de angústia acompanhados de vertigem.

Um destes grupos relaciona-se aos riscos fisiológicos gerais e são: medo de cobras, tempestades, escuridão, etc, e é baseado na ansiedade crônica.

Freud entende que, nesse caso, a angústia disponível é utilizada para reforçar aversões instintivas. Se esta fobia atua de modo obsessivo, só é assim porque se acrescentou a ela a recordação de uma experiência em que a angústia se manifestou, como é o caso, por exemplo, de ter enfrentado uma tempestade ao desabrigo. Portanto, tais impressões só permanecem poderosas em pessoas com 'expectativa angustiada' (FREUD, 1987b, p. 96).

O segundo grupo é da agorafobia e relaciona-se à locomoção. Freud constata que se desenvolve muitas vezes a partir de um acesso de vertigem, mais freqüentemente quando o 'sentimento de angústia' se soma a esta última.

Essas fobias, portanto, são desenvolvidas a partir da angústia, sem serem, entretanto, substitutos de outras representações. Têm uma relação direta com a expectativa ansiosa.

Freud observa que as fobias encontradas na neurose obsessiva, diferentemente, originam-se do afeto destacado de representações recalçadas que retornam sob a forma de sintoma.

O que ambas as fobias têm em comum – das neuroses de angústia e das neuroses obsessivas – é o fato da representação tornar-se obsessiva por estar ligada a um afeto disponível. Esse mecanismo é o da **transposição do afeto**.

O fato do afeto das fobias das neuroses de angústia ser sempre, a princípio, angústia e não se originar de uma representação recalçada, leva Freud concluir que estas fobias não são passíveis de redução pela análise psicológica, isto é, não têm um sentido, uma significação proveniente de uma representação de uma experiência recalçada e que, portanto, pode ser buscada além do recalque.

Considera-se que uma afirmação de Freud, importante do ponto de vista do diagnóstico de angústia e que já havia sido apontada no ‘rascunho E’, é que “muitas das síndromes da neurose obsessiva, como a *folie du doute* (mania de duvidar), devem ser consideradas, clínica, se não conceitualmente, como pertencentes à neurose de angústia” (FREUD, 1987b, p.97). Isto porque emergem de um mecanismo de substituição do que era originalmente uma simples fobia (angústia). É um esforço do sujeito para combater a fobia (angústia).

Trata-se então de **medidas defensivas em face da angústia** cujo mecanismo é obsessivo-compulsivo.

Note-se, então, que **uma medida obsessiva para evitar a angústia não está necessariamente só no quadro da neurose obsessiva**.

Outra distinção diagnóstica apontada é a que existe entre a angústia e a histeria, no que se refere aos distúrbios físicos já citados, como as parestesias. O aumento de sensibilidade à dor (distúrbios reumáticos) e uma tendência a alucinações podem ser observados na neurose de angústia e podem ser interpretados como histéricas. Ocorre de fato, na angústia, uma espécie de conversão, como na histeria, para sensações corporais. Todavia, Freud observa que estas sensações são atípicas e mutáveis, diferentemente da histeria, tornando esta observação um valioso indicativo para um diagnóstico diferencial.

Alguns sintomas que acompanham os ataques de angústia, como a vertigem, a diarreia, e a parestesia podem aparecer sob a forma crônica.

A vertigem crônica pode ser substituída por uma sensação permanente de fraqueza e lassidão.

Neste artigo a descrição dos sintomas de angústia foi amplamente aumentada e aprofundada em relação aos esboços que fez nos rascunhos relativos ao tema da angústia e contém, como novidade, a apresentação da angústia sob a forma de ataques.

Conforme se mencionou anteriormente, pode ser considerado um verdadeiro ‘manual’ de diagnóstico da angústia, rico em detalhes de uma observação acurada e profunda. Além disso, estabelece relações entre as formas de apresentação da angústia entre si e dessas com outros fenômenos clínicos, tais como as fobias e os sintomas obsessivos e histéricos. Ao mesmo tempo, aponta algumas distinções entre estes dois últimos – sintomas obsessivos e histéricos – e os primeiros – expressões de angústia, o que também permite um esclarecimento diagnóstico.

Verificamos, a partir dessa seção do artigo, que ***Freud encontra duas formas de manifestação de angústia: as manifestações físicas e as manifestações psicológicas.***

Podemos depreender de seu relato que a manifestação física é a própria angústia em uma de suas faces. Tanto esta quanto a vivência subjetiva de angústia (que Freud nomeia de sentimento) são sinais ou signos de sua presença. Entretanto, a clara diferença conceitual entre sintoma e sinal de angústia, Freud só desenvolve posteriormente, em *Inibições, sintomas e ansiedade*.

A segunda seção desse artigo trata da incidência e etiologia da neurose de angústia de tal maneira que apenas em um pequeno número de pontos supera o que já encontramos abordado no esboço B e E, sendo assim desnecessário voltar a percorrê-lo em sua extensão e detalhamento.

Esclarece-se apenas que Freud estabelece e categoriza grupos em que encontra a manifestação de angústia a fim de determinar as condições etiológicas sob as quais a encontra. Esses grupos e sua discussão são apenas ligeiramente diferentes daqueles que abordamos no Rascunho E.

Encontra nesses grupos de casos o fator comum de ‘condições anormais da vida sexual’. Essa condição é reduzida ao fator comum da abstinência sexual.

A seção III trata da teoria da neurose de angústia, quase toda ela composta pelos pontos abordados no ‘Rascunho E’. Estudaremos esta seção

mais pormenorizadamente do que a anterior para frisar alguns pontos importantes e que estão aí, mais bem elaborados, além de uma apresentação mais clara da primeira teoria da angústia.

Freud retoma algumas indicações que obteve com suas pesquisas e que lhe ofereceram pontos de partida para o discernimento do mecanismo da neurose de angústia e para a formulação de sua teoria. Nesta primeira parte, também aprimora a concepção do processo sexual subjacente a este mecanismo.

Conforme vimos no Rascunho E, são duas as principais indicações clínicas que forneceram pistas para determinar o mecanismo da neurose de angústia:

1) O coito interrompido praticado por homens e mulheres, que ocupa lugar proeminente entre as causas sexuais da neurose de angústia, não se mostrou freqüentemente associado ao temor de uma possível gravidez e à possibilidade de falhar a técnica contraceptiva utilizada – portanto, um fator ideativo.

As conseqüências simbólicas do ato (origem psíquica) pareciam não participar, então, da gênese da angústia.

Parecia a Freud que a condição de produção de angústia estaria mais ligada à **renúncia à satisfação** que há no ato sexual interrompido.

Tal como escreve:

Contudo, descobri que esse sentimento [de temor de conceber filhos] , durante o coito interrompido, tanto no homem como na mulher, em nada influencia a gênese da neurose de angústia; que as mulheres basicamente indiferentes à conseqüência de uma provável concepção são tão suscetíveis à neurose quanto as que estremecem ante essa possibilidade; e que tudo depende simplesmente de qual dos parceiros renuncia à satisfação nessa técnica sexual (FREUD, 1987b, p.105).

A angústia, portanto, não teria sua origem nas idéias (recalcadas), como é o caso das outras neuroses – histeria e neurose obsessiva, mas no ‘quantum’ de excitação acumulada em decorrência de uma satisfação insuficiente.

2) O decréscimo acentuado da libido sexual ou desejo psíquico que acompanha a angústia em um grande número de casos, dá a Freud a pista para considerar que a **falta de ligação ou significação psíquica no ato sexual é a condição da angústia.**

Em outras palavras, Freud suspeita que a angústia deriva de um acúmulo de excitação; que esta angústia corresponde a esta excitação acumulada que é de origem somática. Esta excitação somática é de natureza sexual e seu acúmulo em excesso **é acompanhado** de uma diminuição da participação psíquica nos processos sexuais.

Assim expõe essas idéias e registra a sua primeira teoria sobre o mecanismo da angústia:

Todas essas indicações – de que estamos diante de um acúmulo de excitação; de que a angústia, provavelmente correspondente a essa excitação acumulada, é de origem somática, de modo que o que se está acumulando é uma excitação *somática*; e ainda, de que essa excitação somática é de natureza sexual e é acompanhada por um decréscimo da participação *psíquica* nos processos sexuais - , todas essas indicações dizia eu, levam-nos a esperar que **o mecanismo da neurose de angústia deva ser buscado numa deflexão¹⁷ da excitação sexual somática da esfera psíquica e no conseqüente emprego anormal dessa excitação** (FREUD, 1987b, p.105, grifo nosso).

Se Freud considera que não se deve atribuir uma origem psíquica à angústia – isto é, seus fundamentos não estão nas representações recalcadas de experiências – ao mesmo tempo descobre e assinala que a diminuição da participação psíquica nos processos sexuais é um fator essencial para constituir as condições de formação de angústia.

Portanto, descreve um processo que não é puramente somático ou fisiológico – tanto o processo de formação de angústia, quanto o processo sexual subjacente.

A tese e o raciocínio de Freud em relação à origem e mecanismo da angústia estão ligados à sua concepção subjacente do processo sexual que será resumido a seguir.

Freud postula e descreve o processo sexual da seguinte forma: no organismo sexualmente maduro, produz-se uma excitação sexual somática de forma

¹⁷Deflectir é mudar a direção de um movimento.

contínua que periodicamente torna-se um estímulo para a psique (observe-se que não diz estímulo para o corpo). Este estímulo só se dá quando a excitação se produz acima de um certo limiar. A partir daí, “o grupo de representações sexuais presentes na psique fica suprido de energia e passa a existir um estado psíquico de tensão libidinal que traz em si uma ânsia de eliminar essa tensão” (FREUD, 1987b, p.106). Somente uma ação específica é adequada para promover uma descarga psíquica deste tipo, produzindo sensações voluptuosas.

Entende-se de sua teoria que as sensações de prazer ligadas à descarga no ato sexual, envolvem uma dimensão psíquica (do desejo). Parece que a descarga pode- se produzir e até promover satisfação (de pura descarga), mas o prazer psíquico (sensações voluptuosas) está condicionado à ligação entre a excitação sexual somática e os grupos sexuais psíquicos.

Freud considera que apenas a ação específica (neste caso, o coito) é adequada para a satisfação psíquica e física porque é a única capaz de eliminar a totalidade da excitação somática, que, de outro modo, estaria continuamente enviando estímulos e se convertendo em excitação psíquica.

O seguinte trecho resume esse processo sexual concebido por Freud:

Também nas mulheres devemos postular uma excitação sexual somática e um estado em que essa excitação se transforma num estímulo psíquico – libido – e provoca a ânsia da ação específica a que está ligada a sensação voluptuosa” (FREUD, 1987b, p.106).

A etiologia da neurose de angústia está incluída no âmbito desta descrição do processo sexual e:

É produto de todos os fatores que impedem a excitação sexual somática de ser psiquicamente elaborada. As manifestações da neurose de angústia aparecem quando a excitação somática que foi desviada da psique é subcorticalmente despendida em reações totalmente inadequadas (FREUD, 1987b,p.107)

Nosso autor procura verificar se os grupos que estabeleceu exibem a característica comum que lhes atribuiu e se estas características estão em concordância com a teoria que estabeleceu: as condições etiológicas da neurose de angústia. O quadro que será apresentado, encontra-se também descrito no texto antecedente, conforme se viu e, se o repetimos aqui é porque se mostra mais

completo. Deve-se ter em mente, portanto, que Freud estabelece a mesma conclusão sobre a etiologia da angústia que apresentamos anteriormente, muito embora, aqui, deixe mais evidente o papel do manejo psíquico das excitações na causa da angústia.

A apresentação dos grupos será realizada de forma esquemática, diferentemente da exposição descritiva que faz Freud (1987b, p. 107), isto, com finalidade de maior clareza.

Fatores etiológicos nos grupos estudados

Nos homens

1 Fator de abstinência intencional: consiste no refreamento da ação específica que decorre da libido (ligação da excitação às representações da sexualidade).

Produz duas conseqüências:

- a) a excitação somática se acumula e é desviada por outros canais diferentes dos que passam pela psique, por onde faz a descarga. Há uma perturbação (subversão, desvario)¹⁸ da libido e a excitação somática se acumula;
- b) quando a libido (que usa como sinônimo de desejo sexual) não diminui, ou quando a excitação somática é despendida por atalhos ou recua – ocorre outras coisas que não a angústia.

2 Fator de excitação não consumada

Pode ser reduzida ao fator etiológico de abstinência e se processa conforme o descrito.

3 Fator de coitus reservatus com consideração pela mulher

O fator de abstinência e suas conseqüências também são aqui encontrados, antecedido pelo distúrbio da prontidão psíquica para o processo sexual. Nesses casos, juntamente com a tarefa de manejar o afeto sexual, outra tarefa psíquica produz a deflexão (desvio) psíquica e a libido desaparece gradualmente.

¹⁸O termo utilizado é soçobrar.

Freud não explicita que tarefa seria essa e qual o seu significado. Pode-se pensar que é a ocupação do sujeito com a satisfação da mulher (consideração pela mulher).

Nas mulheres

1 Angústia virginal

Os grupos de representações aos quais a excitação somática deveria dirigir-se e ligar-se não estão desenvolvidos.

2 Coito interrompido ou ejaculação precoce do homem

A excitação despertada durante ato sexual é despendida por outros meios (subcorticalmente) e o desejo libidinal do **ato psicologicamente insatisfatório** desaparece gradualmente.

No rumo tomado pela excitação somática, ocorre uma alienação entre as esferas psíquicas e somáticas.

3 Abstinência intencional nas mulheres

Além do refreamento da ação específica, acrescenta-se o recalçamento intencional do grupo de representações sexuais para evitar a tentação.

Para Freud, as diferentes características demonstradas estão relacionadas com a abstinência ou com os efeitos do coito interrompido, no qual soçobra a excitação somática.

Encontra nesta casuística o fator etiológico comum que lhes atribuiu e confirma a concordância entre a etiologia descrita e a teoria que estabeleceu: a angústia é um estado afetivo que surge da insuficiência psíquica para manejar a excitação sexual; daí sugem os processos somáticos anormais.

Os 'sintomas' de angústia seriam substitutos da ação específica omitida posteriormente à excitação sexual.

A ação específica que se omite parece ser o ato do coito conforme explicitou no Rascunho E. Entretanto, cabe observar que Freud esclarece que a ação específica omitida posteriormente à excitação sexual, essa ação, ocorre dentro do corpo – descarga no órgão, a partir da ligação da excitação ao grupo de idéias sexuais. Sendo assim, mesmo que haja o 'ato externo', o ato do coito, a descarga não se efetua 'suficiente ou adequadamente', isto é, produzindo uma satisfação psíquica, um prazer psíquico. Isto ocorre porque a ação específica é a ligação da excitação ao

grupo de idéias, laço esse, necessário para dar significação (desejo) aos atos humanos, conforme vimos com Freud.

Tal como concebe nesse momento:

A concepção aqui desenvolvida retrata os sintomas da neurose de angústia como sendo, em certo sentido, *substitutos* da ação específica omitida posteriormente à excitação sexual. Para sustentar ainda mais essa concepção, posso indicar que, também na copulação normal, a excitação é despendida, entre outras coisas, na respiração acelerada, palpitação [...] Nos correspondentes ataques de angústia de nossa neurose, defrontamo-nos com a dispnéia, as palpitações, etc., da copulação, numa forma isolada e exagerada.

É possível formular mais uma questão. Por que motivo, nessas condições de insuficiência psíquica para manejar a excitação sexual, o sistema nervoso se descobre no peculiar estado afetivo de *angústia*? Pode-se sugerir uma resposta que se segue. A psique é invadida pelo afeto de angústia quando se sente incapaz de lidar, por meio de uma reação apropriada, com uma tarefa (perigo) vinda *de fora*; e fica presa de uma neurose de angústia quando se percebe incapaz de equilibrar a excitação (sexual) vinda *de dentro* – em outras palavras, *ela se comporta como se estivesse projetando tal excitação para fora* (FREUD, 1987b, p. 109).

2 Discussão e Conclusão acerca do Primeiro Desenvolvimento

O Encontro de Freud com a Clínica das Neuroses

Embora não se vise considerar os elementos ou aspectos da vida ou ‘disposição psíquica’ que levaram Freud a fazer suas descobertas, é instigante e soa, como uma espécie de determinante, a consideração posterior sobre o modo como se dirigiram seus caminhos e encontros para a pesquisa acerca do sujeito humano, especialmente no que se refere à sua sexualidade.

Seria uma espécie de ‘mistério do desejo de saber’ que leva Freud a se dirigir de uma escolha profissional que se dedica ao ‘corpo material’ – a medicina – para se ocupar de um ‘corpo sexualizado’, determinado pela materialidade psíquica (ideativa)?

O fato é que entendemos que houve em Freud um interesse profundo acerca da ‘condição humana’, sobre o que move seus atos, sobre o que determina suas doenças ‘mentais’ e uma correspondente dedicação à sua investigação.

Ele próprio nos revela que acredita ter sido movido sempre por “[...] uma espécie de curiosidade [...] dirigida para as preocupações humanas mais do que para os objetos naturais” (FREUD, 1976c, p.18).

A princípio, seu encontro foi com os ‘aspectos patológicos’ dessa condição humana: a atuação clínica significava receber pacientes que apresentavam sintomas que lhes restringiam a vida, lhes causavam dor, angústia e sofrimento que demandavam um saber.

Desde sua formação médica, vemos manifestar-se em Freud um franco interesse pela pesquisa, inicialmente voltada para o saber do ‘corpo material’ (físico) – a fisiologia e a anatomia do sistema nervoso – mas, na realidade da sua clínica, que descobre consistir, em sua maior parte, de doenças nervosas funcionais (ou simplesmente neuroses), esse interesse de saber se desloca para o ‘corpo psíquico’ (sexualizado, representacional), uma vez que a causa dessas doenças não se ajustava às bases anatomofisiológicas.

Com efeito, o desenvolvimento de sua pesquisa clínica acerca da histeria – protótipo das doenças nervosas funcionais – lhe demonstrou de modo crescente que os processos psíquicos **não só influenciavam** (como considerava a psiquiatria da época), **como determinavam** processos físicos no organismo que não seguiam uma orientação fisiológica normal (por exemplo, a condução nervosa esperada), apresentando-se como um sintoma de conversão.

O passo essencial seguinte, que lhe custou inimizades e exclusões, foi a descoberta de que as idéias que agiam sobre o corpo, transformando-o, eram referentes à vida sexual do sujeito. Dedicou-se a definir o que teria de patogênico na sexualidade e chega a considerar que há nos neuróticos uma ignorância ou defesa ativa da própria sexualidade, que denominou recalque. Trata-se especialmente de experiências sexuais infantis das quais o sujeito ‘não quer saber’. A neurose histérica é o resultado da defesa contra qualquer representação e qualquer afeto que provenha dessas experiências sexuais vividas na infância, por serem incompatíveis com o eu.

Freud tem, portanto, como tese, que a sexualidade desempenha um papel essencial na causação das neuroses, não apenas um papel ocasional, como com freqüência era tido nos círculos médico-psiquiátricos da época.

Essa causa sexual, em princípio localizada na maior parte dos casos de histeria e, posteriormente, em todos, torna-se o centro da investigação freudiana, que quer se estender sobre as outras formas de neurose.

Assim é que a histeria, pelos seus sintomas físicos de causa psíquica, decorrentes da vida sexual do sujeito, coloca Freud diante do enigma da relação entre o corpo e a mente, e designa para a função sexual um lugar central na vida subjetiva.

Deste enigma se destaca o fenômeno de angústia que, seja nas suas manifestações físicas – dispnéia, taquicardia, sudorese – seja nas suas manifestações psíquicas – sentimento de medo, mal-estar, aflição – o leva a pesquisar como a angústia participa dessa relação entre corpo e mente.

A investigação do fenômeno de angústia se inicia pela investigação das atividades sexuais do sujeito afetado por ela. Esse interesse de Freud pela investigação das atividades sexuais do sujeito que tinha a angústia como sintoma principal (o que chama de neurose de angústia), diferentemente dos sintomas de conversão na histérica, decorre assim do contexto de suas descobertas acerca do papel fundamental e determinante que a sexualidade foi assumindo na causação da histeria.

Interessa-lhe, pois, primeira e explicitamente, confirmar a etiologia sexual nas outras neuroses, e, implicitamente, investigar como essa sexualidade se expressa e se constitui em termos de seus dois fatores componentes – físico (corpo) e psíquico (mente). Essa oportunidade lhe é oferecida pelo estudo das manifestações da angústia.

O Encontro de Freud com a Angústia

Os estados mentais de expectativa (angústia) que demonstravam ter maior relação com doenças físicas, e eram encontrados principalmente em certos casos (neurose de angústia) em que constituía sua manifestação central, põem Freud em confronto com outros aspectos da relação problemática (conflituosa) entre o corpo e a mente – entre o fator físico e o fator psíquico da sexualidade.

Em sua primeira investigação centrada sobre a angústia que, como vimos, ocorre em torno do período que vai de 1893 a 1895, e a partir da qual extrai e

elabora sua primeira teoria, Freud parece querer saber, principalmente, qual a 'matéria' que a constitui, uma vez que não parece ser ideativa (psíquica) como a 'matéria' do sintoma histérico.

Assim, a lógica freudiana que permeia o início de sua pesquisa acerca da causa da angústia é enunciada claramente por ele nesses textos em que trata do problema clínico desse fenômeno.

Como tem indicações clínicas que excluem a possibilidade de que a angústia seja representativa de alguma experiência recalcada (como o temor de engravidar) e que venha em substituição a ela, ou seja, que tenha origem nas idéias e que além disso, nota que tanto as mulheres que têm desejo sexual (no qual está necessariamente envolvido o fator psíquico), quanto as que não o têm (frígidas), são afetadas pela angústia, chega à conclusão de que sua origem (causa) deve ser buscada na esfera física da vida sexual.

➤ ***A causa física da angústia***

Com efeito, nos casos que atende nos quais a manifestação de angústia é central, encontra, via de regra, circunstâncias concretas da atividade sexual – como o coito interrompido – que lhe parecem determinar uma abstinência sexual física.

Em suas primeiras anotações sobre o assunto, indica que considera o coito interrompido um fator que perturba o desempenho e consecução adequados do ato sexual porque promove uma descarga insuficiente da excitação sexual física produzida – um refreamento que produz um acúmulo.

Posteriormente, através da investigação de outros casos, estende a outras circunstâncias concretas da atividade sexual esse fator atuante (abstinência sexual – refreamento), tais como a abstinência voluntária ou involuntária, a relação sexual com satisfação incompleta, o desvio do interesse psíquico da esfera da sexualidade, etc.

Considera, pois, que todos os fatores que produzem um **refreamento** e conseqüentemente uma acumulação da excitação sexual física produzida, constituem-se fatores específicos determinantes das neuroses de angústia.

Assim, inicialmente, busca a causa sexual física da angústia em situações concretas da sexualidade atual, principalmente no ato sexual (coito).

Por serem baseados em fatos concretos da atividade sexual, seus primeiros apontamentos acerca da causa da angústia parecem meramente descritivos, visto que demonstram uma correlação empírica entre a interrupção do ato sexual e a interrupção da condução da descarga (refreamento); correlação essa aparentemente fundamentada na concepção subjacente de um mecanismo sexual estritamente fisiológico que preconiza a tendência do sistema nervoso a eliminar (descarga) quantidades elevadas de estimulação interna (herança da neurologia).

A neurose de angústia é, pois, descritivamente, derivada de uma satisfação sexual insuficiente, em função de uma descarga também insuficiente.

Todavia, Freud observa que a angústia não é a excitação acumulada, é a excitação transformada. E o que a transforma? As representações ou grupo de idéias, tal qual nomeia nesse período.

Dessas observações deriva sua primeira definição de angústia: tensão transformada, consequência do represamento da excitação sexual física.

A consideração do aspecto psíquico no mecanismo da sexualidade, aliado a indicações clínicas, muda a direção dessa pesquisa em alguns aspectos, principalmente no que diz respeito ao mecanismo da satisfação, aprofundando e esclarecendo a causa da angústia.

Todavia, mesmo com a inserção da causa psíquica da sexualidade, na consideração da origem da angústia, a teoria da causa física – do refreamento e da descarga ou satisfação insuficiente continua a conter uma verdade que posteriormente iremos expor e colocar em discussão.

O mérito dessa primeira visada teórico-clínica deve ser ressaltado: Freud localiza que a satisfação está na descarga e entende que sua interrupção (refreamento) tem consequências - a angústia como uma delas.

➤ ***A causa psíquica da angústia***

Com base em dados clínicos, em que seus pacientes revelam que, após passarem a sofrer de angústia, passaram também a não sentir nenhum desejo sexual, e fundamentado na concepção da outra face do mecanismo sexual, aborda o que parece ser o aspecto (fator) mais importante para a produção do refreamento que conduz à insatisfação sexual e cria as condições para a transformação dessa excitação sexual física em angústia.

Esse outro fator é a faceta psíquica da sexualidade que demonstra estar intrinsecamente ligada à faceta somática.

Se inicialmente Freud interroga a causa física da angústia, questiona agora a causa psíquica.

O decréscimo acentuado da 'libido sexual' ou 'desejo psíquico' (nos termos de Freud) que acompanha a angústia em um grande número de casos, dá a Freud a pista para considerar que **a falta de significação psíquica no ato sexual é condição para a produção de angústia**, senão, como teria lógica a causa da angústia ser uma "satisfação insuficiente", se nem mesmo há desejo sexual?

Freud encontra essa lógica quando considera o fator psíquico no mecanismo da sexualidade, dando nova dimensão à questão da causa da angústia, uma vez que se esclarece que as excitações de dentro do corpo, normalmente devem se ligar a representações (grupo de idéias) para produzir reações (atos) que são específicas à descarga dessas excitações, constituindo-se, então, atos psicologicamente significativos (ou, numa linguagem mais atual, simbolicamente elaborados), com descarga mais satisfatória.

No mecanismo específico da sexualidade, o grupo de idéias sexuais exerce um trabalho de transformação e distribuição da tensão sexual física, manejando-a psicologicamente. Assim, as excitações que provêm do interior do corpo e chegam ao psiquismo, exigem dele um trabalho de transformação/manejo, que é exercido pelas representações (idéias).

Freud descobre que na sexualidade¹⁹ a ação específica para descarregar a excitação sexual não é apenas a realização do coito em si; a ação específica é a ligação/conexão das excitações às idéias. Assim, a tensão (excitação) nesse enlace é físico-psíquica, chamada afeto sexual, libido psíquica ou simplesmente desejo.

Somente quando é formado o afeto sexual – expressão psíquica das quantidades de excitação sexual, é possível uma condução satisfatória da excitação, e o sujeito retira o prazer na satisfação sexual, isto é, descarga e significação psíquica.

Daí se explica que o que faz decrescer o desejo é a falta de conexão ou ‘ligação insuficiente’ entre as excitações provenientes do corpo e sua representação psíquica. Também fica esclarecido que a angústia é consequência dessa ligação que há entre o corpo e a mente.

A perspectiva psíquica aberta por Freud, no mecanismo da sexualidade, revela que o corpo da psicanálise é desde o início de suas elaborações, um corpo diferenciado do corpo anatomofisiológico da medicina: a conexão da excitação no corpo (fisiológico) com as representações torna-o um corpo pulsional (sexualizado) – um corpo de representações de satisfações vividas. A angústia é, pois, consequência de um corpo afetado pelas idéias – um corpo representacional.

A tensão sexual, sendo físico-psíquica (libidinal), se transforma em angústia nos casos em que há o desenvolvimento da tensão sexual física, mas esta não pode ser convertida em afeto (desejo sexual) pela sua representação ideativa; ou seja, quando não há elaboração psíquica das excitações provenientes do corpo.

Assim, Freud associa a causa física à causa psíquica, demonstrando que uma não vai sem a outra. No processo que conduz à formação da angústia, o acúmulo de tensão sexual física é acompanhado da diminuição da participação psíquica nos processos sexuais, ou, em outras palavras, a descarga é evitada no sentido psíquico.

¹⁹Aqui não se refere à sexualidade infantil reprimida, mas ao ato sexual – coito.

A falta de significação psíquica (falta de ligação) do ato sexual é um fator essencial para constituir a condição de formação de angústia, já que, sem a representação, a excitação somática que é de natureza sexual se acumula e se desvia da psique (deflexão), sendo a angústia um modo de sua expressão (percebida ou apreendida como afeto na consciência).

Se a condição de angústia é a 'falta de ligação' das excitações às representações (evitando sua descarga), qual a causa para a falta desse enlace?

Diz Freud, através de sua casuística, que são 'todos os fatores' que impedem a excitação sexual física de ser representada: ou o sujeito não tem representações suficientes (não tem um saber da sexualidade); ou tem esse saber, mas evita-o (defesa-recalque); ou, então, diz de outro modo, que sua causa estaria mais ligada à **renúncia à satisfação** que há no ato interrompido.

Quanto à renúncia à satisfação, há algumas considerações a fazer.

A observação de Freud de que o mecanismo de formação de angústia após o coito interrompido vai depender de qual dos parceiros irá renunciar à satisfação, à primeira vista, dá a idéia de que considera que a renúncia é um mecanismo de origem física.

Entretanto, uma renúncia à satisfação não pode ser considerada de origem somática, pois indica uma intenção para desviar-se de algo. Nessa palavra já aparece uma posição subjetiva frente à satisfação. Podemos ler aqui, uma afirmação da teoria da defesa: alguém evita. A renúncia, pois, só pode ter origem psíquica (ideativa). Não é, portanto o coito interrompido que promove a abstinência, nem mesmo a abstinência física, porquanto Freud explica que a ação específica se dá no domínio psíquico, a abstinência é físico-psíquica, é libidinal. Se o processo ou mecanismo metapsicológico pode ser assim descrito, como uma não-ligação da quantidade à representação, se considerarmos um sujeito que responda por isso, poderíamos dizer que 'todos os fatores' que impedem a elaboração psíquica da sexualidade é, ao final, tentar abster-se dela? Quanto 'à renúncia', isso parece ser verdadeiro.

Se Freud inicialmente acredita que as circunstâncias concretas da sexualidade, como o coito interrompido, determinam o estancamento (refreamento) da excitação, após definir essa excitação como físico-psíquica (libidinal), não haveria de

pensar que esse refreamento é determinado por uma anterior ‘renúncia à satisfação’ que por sua vez, faz renunciar ao ato que levaria normalmente à satisfação - sendo “as irregularidades na vida sexual” uma consequência, mais do que uma causa ?

Freud dá mostras de que reconhece isso, quando, ao apresentar o caso de “Herr K.” diz que ele arruinou o coito ‘por si só’, antes da prática do coito interrompido; assim como, ao apontar que ele apresentava uma ‘debilidade sexual’, embora tivesse ‘vigor sexual’, deixa entrever que o funcionamento sexual incapaz de resolver a tensão libidinal é psíquico. O decréscimo de satisfação (pelo acúmulo da excitação!) envolvido no mecanismo de toda neurose é o decréscimo da sexuação.

Entretanto, se for do modo como se colocou, pareceria que a angústia e o sintoma (tendo a histeria como protótipo) teriam a mesma origem e o esforço de Freud consistiu em diferenciá-los.

Não seria por isso que, embora afirme insistentemente que um número muito grande de casos são mistos, evocando a presença da angústia nas histerias, neurastenias e neuroses obsessivas, também insiste que têm etiologias diferentes? Não seria por isso que insiste também em dizer que a origem da angústia não é psíquica, mesmo após verificar sua relação com a produção de angústia?

Quanto a isso, Freud conclui que na neurose de angústia a excitação (física) nem consegue penetrar no âmbito psíquico, mantendo-se no trajeto físico, embora ‘transformada’, ‘convertida’, e na histeria é a excitação psíquica que se converte em direção à área somática, isto é, a excitação que já estava ligada a representações. Um maior esclarecimento se dá, se retomamos outra de suas definições da causa da angústia: a acumulação da tensão é acompanhada da evitação da descarga - no sentido psíquico. Com isso podemos diferenciar o sintoma histérico das expressões de angústia.

O sintoma é o produto de representações que se substituem umas às outras e têm um sentido (inconsciente), diz algo, representa uma experiência. Para a formação do sintoma ocorre uma cisão entre as representações e as excitações ligadas a elas. No sintoma, é a representação que é evitada.

A angústia é um estado afetivo que indica que a descarga numa representação foi evitada. A angústia em si não representa uma experiência como o sintoma; apenas indica que o corpo está afetado. Por isso Freud diz que todas as suas

manifestações parecem ter uma mesma significação: nesse período da elaboração da teoria, significa que o acesso da descarga nas representações, foi evitado. Para a formação da angústia, é a descarga que é evitada, as excitações nem se ligam às representações disponíveis.

Podemos pensar que é graças a isso que a angústia se expressa em tantas modalidades: as manifestações físicas de angústia decorrem da 'pura excitação' sem representação, portanto mais próxima à face física da sexualidade e que nas manifestações em que está presente a vivência subjetiva do medo - mesmo o mais indeterminado - alguma espécie de ligação a representações se faz, aproximando-as mais, à face psíquica da sexualidade.

Ao postular que a angústia advém de irregularidades na vida sexual, Freud certamente não pressupõe o que é certo ou não, mas questiona a natureza do prejuízo sexual: o elemento de prejuízo é o fator de descarga insuficiente da libido produzida pela diminuição da participação psíquica no processo sexual, ou seja, um funcionamento sexual (psíquico) incapaz de resolver a tensão libidinal (físico-psíquica) que produz conseqüências na vida como sintomas e angústia. A renúncia ao desejo (psíquico) implica uma renúncia à satisfação, que afinal é uma característica comum aos neuróticos.

A pesquisa sobre a causa da neurose de angústia traz, em seus textos sobre o assunto, a exposição de um debate em Freud sobre o que é do corpo e o que é da mente, e revela (expõe) uma verdade que nesse período ainda não lhe é possível elaborar explicitamente, mas que deixa marcas, esboços, que retrospectivamente pudemos ler e que segue abaixo.

A teoria do refreamento é um passo importante porque demonstra que Freud quer diferenciar nesse processo, o que acontece com as quantidades de excitação do corpo (fator físico da sexualidade) do que acontece com as representações, no processo de formação de sintomas. Nas histerias de conversão estabelece a doutrina da defesa e recalçamento que incide sobre as representações da sexualidade. Com a angústia parece intuir que o processo subjacente é outro. Essa idéia estaria em consonância com o fato de Freud insistir em dizer que a origem da angústia não é psíquica, mesmo após verificar sua relação com a produção de angústia. Descobre que a causa da produção de angústia é a falta de conexão com as

idéias, mas sua origem - a matéria de que é feita, não são as idéias, é a pulsão - ponto limite ou fronteira entre o corpo e a palavra.

SEGUNDA PARTE

O Segundo Desenvolvimento da Elaboração do Conceito de Angústia : Período Intermediário (1900-1920)

Os estados de angústia constituíam para Freud, desde as origens de sua clínica psicanalítica, um enigma intrinsecamente ligado aos estados neuróticos, e ao mesmo tempo diferente do enigma dos sintomas neuróticos.

Notava que a angústia estava intrinsecamente ligada às neuroses, primeiramente porque localizou sua constante presença, em expressões diferenciadas, em todos os quadros clínicos com os quais lidava em sua prática : velada na histeria, aparentemente inexistente nas obsessões, fazendo parte dos sintomas nas fobias, e como expressão central em uma forma de neurose que denominou neurose de angústia.

Ao mesmo tempo, Freud reconhecia que a angústia constituía-se um enigma da neurose, diferente dos sintomas, uma vez que constatou que sintomas de angústia encontrados nas neuroses de angústia não se reportavam a um conteúdo inconsciente, isto é, eram destituídos da possibilidade de levar a um sentido inconsciente.

Com efeito, a neurose de angústia, conforme vimos, constituiu-se para Freud em um campo clínico especial de investigação do fenômeno de angústia em função da posição central que ele assumia, seja pelo fato de demonstrar expressões mais evidentes da angústia, seja porque permitiu localizar e compreender sua origem 'somática', mais do que ideativa. Tatava-se assim, de uma neurose que deixava mais explícita a causa sexual (libidinal) da angústia em sua face de 'soma de excitações'.

Assim, o primeiro e maior interesse de Freud relativo ao fenômeno de angústia dizia respeito a três questões:

1. Investigar sua relação com a sexualidade : atividade, função ou em uma expressão mais significativa, 'vida sexual' do sujeito.
2. Saber da 'matéria' da angústia, do que é feita.
3. Compreender as relações que a angústia teria com as representações sexuais, ou seja, com o aspecto psíquico da sexualidade.

Freud descobriu, então, que a angústia era um efeito, uma conseqüência especial da ação de defesa diferente da formação sintomática.

A angústia, conclui, é uma excitação transformada ou afeto derivado da face somática da sexualidade – da libido ou excitação sexual inibida, presa ou deflectida em seu rumo à satisfação; os sintomas são derivados da face psíquica dessa libido, ou seja, das representações recalcadas.

Conclui, assim, que é a insatisfação sexual que produz os estados ansiosos. A exigência da libido é de satisfação (descarga); a libido pressiona ao ato de satisfação e sua interrupção produz as condições para a transformação da soma de excitação em angústia.

No mecanismo sexual, diz, o ato de satisfação é a descarga na ação específica que seria, no caso, o coito. Entretanto, Freud deixa claro que a ação específica é a ligação da excitação com a representação sexual, o que produz o afeto ou desejo sexual e o prazer.

Com isso, revela que, entre o que se sente no corpo e o que se registra na mente, há uma distância, não é um registro unívoco; e o que se pode pensar que o que está entre os dois é o desejo.

Em suas elaborações posteriores sobre esse conceito, o qual nomeia pulsão (ou libido, quando se trata da pulsão sexual) ele o define como limite entre o somático e o mental: a excitação no corpo é registrada como traço – o representante da excitação; o qual, por sua vez, para ‘fazer entrada’ no psiquismo, também precisa ser representado.

Nesse sentido, esclarece que a função sexual não é uma coisa puramente psíquica, assim como não é uma coisa puramente somática.

No período de tempo entre as primeiras elaborações acerca da angústia em 1895 e seu trabalho posterior em 1917, que considera-se intermediário na elaboração da segunda teoria da angústia, Freud confirma sua descoberta da constante presença da angústia em todos os quadros de neurose.

Com isso, Freud se encaminha para a descoberta de que essa constante presença acusava uma função fundamental na vida subjetiva (sexual) e na constituição das condições da formação das neuroses e de seus sintomas, a saber, sua função de sinal para colocar em ação a defesa do eu, cuja causa é inconsciente: a sexualidade nas ‘duas dimensões’ – o impulso produzido pela excitação, a inscrição psíquica desse impulso e da satisfação na descarga, através de um objeto e o que ‘resta’ dessa vicissitude – o desejo.

Nas fobias, obsessões e histeria, a posição central da angústia não era imediatamente evidente, nem no sentido da observação de sua expressão, nem no sentido da pesquisa de sua causa psíquica ou inconsciente.

Entretanto, a insistência de Freud, desde o início de suas investigações, sobre o fato de observá-la em todas as neuroses, mesmo que sob

modalidades de expressão diferenciadas, acusa sua intuição de que a angústia também se relaciona de alguma forma às idéias, isto é, ao inconsciente ou simbólico.

Desse modo, se inicialmente Freud se ocupa com a causa ‘somática’ da angústia – as quantidades de excitação, a partir da questão sobre sua origem (‘materialidade’), posteriormente, em 1917 – conforme veremos adiante – ele se dedica a investigar sua causa psíquica a partir da questão inicial sobre qual é a sua função e sua significação .

Se, no princípio de suas investigações, Freud tinha dúvidas se a angústia era uma entidade isolada que denominou neurose de angústia – portanto, um sintoma – em 1917, ao investigar a função da angústia, deixa mais explícito que não a considera um sintoma qualquer de neurose, mas um sinal, um signo que se relaciona à vida sexual do sujeito.

Inicia, portanto, em 1917, uma distinção mais clara entre sintoma e angústia. Angústia é diferente de sintoma neurótico, muito embora sua presença possa acusar uma neurose.

Portanto, considera-se que o **período de 1915-1917 seja intermediário entre as primeiras elaborações freudianas sobre a angústia – primeira teoria – e a elaboração final em 1925 e 1933 – segunda teoria** , em virtude de que, **no texto A ansiedade, de 1917, Freud faz um desdobramento da questão sobre a causa da angústia, realizando explorações iniciais sobre sua causa psíquica (inconsciente)**, as quais desenvolve e aprofunda posteriormente.

Se no primeiro tempo de investigação, baseado na questão da origem da angústia (sua fonte), Freud aborda sua causa ‘somática’, no segundo tempo, apoiado na questão da sua função (para que serve), investiga sua causa psíquica.

Há, portanto, nesse período intermediário, um acento no aspecto psíquico da angústia.

Nesse texto, Freud inicia sua investigação sobre a angústia pela indagação de sua função geral ou biológica, uma vez que também é encontrada nos estados não-patológicos.

Aborda sua presença nos estados normais, com os quais compara a angústia neurótica e chega à função de sinal , de um alerta a um perigo relacionado à sexualidade, a fim de tomar medidas de defesa.

Das explorações desse texto acerca do perigo subjetivo envolvido na reação de angústia e na reação de defesa, é que culmina a segunda teoria da angústia em 1925, com o texto *Inibições, sintomas e ansiedade*.

Antes de tomarmos o texto de 1917 *A Ansiedade*, em seus detalhes, e procedermos à sua análise, cabe, através de algumas indicações, situar o percurso de Freud no que diz respeito à sua pesquisa sobre a angústia no período de 1900 a 1915.

Serão abordados dois dos textos nos quais Freud trata do problema clínico da angústia no período indicado: *Análise de uma fobia em um menino de cinco anos* (1909) – o caso do pequeno Hans - e *Psicanálise silvestre* (1910).

Desde os primeiros textos que tratam especificamente do fenômeno de angústia – entre 1893 e 1895 – até o escrito teórico posterior mais aprofundado sobre esse assunto intitulado *A ansiedade*, texto situado em *Conferências introdutórias sobre psicanálise* – entre 1915 e 1917 – transcorre um longo período de tempo no qual S. Freud amplia e aprofunda os conceitos estabelecidos na primeira fase da investigação psicanalítica das neuroses, além de voltar-se inteiramente para a clínica.

Com efeito, as cinco psicanálises clássicas que encontramos em sua obra foram escritas nesse período : o ‘caso Dora’ – *Fragmentos da análise de um caso de histeria* (1905 [1901]) ; o ‘caso Hans’ – *Análise de uma fobia em um menino de cinco anos* (1909) ; o ‘caso do homem dos ratos’ – *Notas sobre um caso de neurose obsessiva* (1909) e o ‘caso do homem dos lobos’ – *História de uma neurose infantil* (1918 [1914]). Outro dos casos de Freud não foi um atendimento clínico, mas uma análise literária : o ‘caso de Schreber’ – *Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (dementia paranoides)* (1911).

Foi então, nesse período, que houve um grande desenvolvimento conceitual, nessa ocasião Freud estava aprimorando os conceitos fundamentais da psicanálise e realizando uma intensa pesquisa clínica. Ele realiza a primeira sistematização de conceitos teóricos e técnicos – o inconsciente, a pulsão, o recalque e a transferência, que culmina nos artigos sobre a metapsicologia em 1915.

A primeira sistematização do conceito de inconsciente e do aparelho psíquico encontramos na ***Interpretação dos sonhos, texto de 1900***.

Para a finalidade de cernir a mudança do conceito de angústia em Freud, parece interessante apontar, desse texto anteriormente citado, somente algumas indicações que se constituem a semente da elaboração posterior da angústia como sinal diante de um perigo; como sinal do ego para o afastamento do desejo inconsciente (Freud, 1900).

Freud descobre que os sonhos são uma realização de desejo, são impulsos plenos de desejo e que o desejo é sempre 'infantil'.

Qual a natureza psíquica dos desejos? Qual a fonte dos desejos infantis ou recalçados, pergunta-se. Entende que é o inconsciente que fornece a força propulsora do desejo através das representações.

O recalçado – o inconsciente - é o registro da soma de excitação, isto é, seus representantes. O inconsciente recalçado 'produz' o desejo – só há desejo porque as pulsões são recalçadas.

O desejo, portanto, é de satisfação da pulsão; é a moção que busca restabelecer a situação de satisfação original.

Essa é a lógica da constituição do aparelho mental.

O impulso passa para o estado de repressão em função da fuga do estímulo – resistência que o torna inoperante – daí pensar que a insatisfação da pulsão é por estrutura. A repressão ocorre porque a consecução de sua finalidade causa desprazer (ao ego).

O 'modelo' do aparelho psíquico, nessa época, é o inconsciente recalçado, a censura (Pcs.) e o ego.

De um modo mais complexo, Freud expõe:

Esses desejos de nosso inconsciente, sempre em estado de alerta e, por assim dizer, imortais, fazem lembrar os legendários Titãs, esmagados desde os tempos primordiais pelo peso maciço das montanhas que um dia foram arremessados sobre eles pelos deuses vitoriosos e que ainda são abaladas de tempos em tempos pela convulsão de seus membros. Mas esses desejos, mantidos sob recalçamento, são eles próprios de origem infantil, como nos ensina a pesquisa psicológica das neuroses. Assim, eu proporia pôr de lado a afirmativa feita a pouco [...] e substituí-la por outra com o seguinte teor: *o desejo que é representado por um sonho tem que ser um desejo infantil* (FREUD, 1987d, p. 505).

[...] solução do enigma de porque o inconsciente nada tem a oferecer durante o sono além da força propulsora para realização de um *desejo*. A resposta a essa pergunta deve lançar luz sobre a natureza psíquica dos desejos, e proponho fornecê-la mediante uma referência a nosso quadro esquemático do aparelho psíquico.

[...] As excitações produzidas pelas necessidades internas buscam descarga no movimento, que pode ser descrito como uma “modificação interna” ou “uma expressão emocional”.

[...] a excitação proveniente de uma necessidade interna não se deve a uma força que produza um impacto *momentâneo*, mas a uma força que está continuamente em ação. Só pode haver mudança quando, de uma maneira ou de outra (no caso do bebê, através do auxílio externo), chega-se a uma “vivência de satisfação” que põe fim ao estímulo externo. Um componente essencial dessa vivência de satisfação é uma percepção específica (a de nutrição, em nosso exemplo) cuja imagem mnêmica fica associada, daí por diante, ao traço mnêmico da excitação produzida pela necessidade. Em decorrência do vínculo assim estabelecido, na próxima vez em que essa necessidade for despertada, surgirá de imediato uma moção psíquica que procurará recatexizar a imagem mnêmica da percepção e reevocar a própria percepção, isto é, reestabelecer a situação de satisfação original. **Uma moção dessa espécie é o que chamamos de desejo [...].**

[...] A amarga experiência da vida deve ter transformado essa atividade primitiva de pensamento numa atividade secundária mais conveniente.

[...] O pensamento, afinal, não passa do substituto de um desejo alucinatório, e é evidente que os sonhos têm de ser realizações de desejos, uma vez que nada senão o desejo pode colocar nosso aparelho anímico em ação (FREUD, 1987d, p. 515, grifo nosso).

Freud estabelece, neste texto, uma relação entre a angústia e o desejo inconsciente.

Descobre que os sonhos de angústia também são sonhos de realização de desejo. Se for assim, a angústia tem relação com o desejo infantil recalçado. Os sonhos de angústia, segundo Freud, têm um conteúdo sexual – por um lado é a realização do desejo recalçado; por outro lado, realização de um temor.

No sonho, a participação do ego é a reação à satisfação do desejo recalçado com violenta indignação e desenvolvimento de angústia.

Já não é nada contraditório para nós a idéia de que um processo psíquico gerador de angústia possa, ainda assim, constituir a realização de um desejo. Sabemos que isso pode ser explicado pelo fato de o desejo pertencer a um sistema, o Ics. , ao passo que foi repudiado e suprimido pelo outro sistema, o Pcs. . Mesmo quando a saúde psíquica é perfeita, a subjugação do Ics. pelo Pcs. não é completa [...]

[...]como sabemos, a relação do sonhador com seus desejos é muito peculiar. Ele os repudia e os censura – em suma, não gosta deles. Portanto, realizá-los não lhe dá prazer algum, pelo contrário; e a experiência mostra que esse contrário aparece sob a forma de angústia, fato esse que ainda está por ser explicado (FREUD, 1987d, p. 528, nota rodapé).

[...] Mas essa interpretação “secundária” do sonho já se produziu sob a influência da angústia desenvolvida. Não é que eu estivesse angustiado por ter sonhado que minha mãe estava morrendo, mas interpretei o sonho nesse sentido em minha revisão pré-consciente porque já estava sob a

influência da angústia. Levando em conta o recalçamento, pode-se rastrear a origem da angústia até um anseio obscuro e evidentemente sexual que encontrou expressão apropriada no conteúdo visual do sonho (FREUD, 1987d, p. 528-531).

Portanto, nesse texto, Freud esclarece o conceito da libido como soma de excitação (endossomática) ligada a representações - a matéria libidinal da sexualidade - e, esclarece como essa libido infantil quer sempre se satisfazer – o desejo ‘infantil’ é o desejo de se satisfazer sempre, e ele é imortal. A realização do desejo inconsciente (de satisfação) pode resultar na reação de angústia, isto porque há uma instância que deseja e uma que censura o desejo.

Esses apontamentos da relação entre a angústia e o inconsciente se constituem na semente da elaboração posterior da angústia como sinal de alarme ante ao perigo que o desejo inconsciente representa para o ego.

Embora Freud nunca houvesse desconsiderado a angústia em sua investigação sobre as neuroses, até porque seus casos clínicos lhe trouxeram esse enigma renovado, houve um grande hiato entre seus primeiros textos em que faz uma elaboração conceitual sobre o assunto, e o posterior, em 1917.

No período após suas primeiras investigações, com as neuroses de angústia, a análise das fobias infantis – da qual Hans é o protótipo – proporcionou a Freud novas descobertas e articulações, já que as fobias se constituem sintomas neuróticos em que participa a angústia.

Com as fobias infantis abriram-se novas perspectivas de abordagem da angústia, a saber, sua causa sexual em sua face psíquica, ou simplesmente, sua causa inconsciente - sua causa psíquica a partir da constituição da sexualidade infantil.

O caso clínico do pequeno Hans tem portanto, um valor especial entre os casos atendidos por Freud nesse período, porque esclarece que a angústia deve seus fundamentos à constituição sexual infantil.

De fato, Freud se apóia não exclusivamente, mas principalmente, nas descobertas da angústia infantil, quando da elaboração conceitual realizada em 1917, no texto *A ansiedade*, bem como a retoma em 1926, no texto *Inibições, sintomas e ansiedade*, para reelaborar e ampliar pontos fundamentais que permitem estabelecer a segunda teoria da angústia, cujo aforismo se conhece – “toda angústia é angústia de castração”.

Em *A ansiedade*, de 1917, Freud conclui que a angústia e as fobias infantis são a condição e o prelúdio para fobias posteriores – as histerias de angústia dos adultos – deixando anotado que a angústia do adulto se refere à sexualidade infantil. A inscrição psíquica da sexualidade desde a infância produz as condições para a produção de angústia.

1 Apresentação e Análise dos Textos

1.1 Análise de uma fobia em um menino de cinco anos (1909) - O caso Hans

Embora neste texto, Freud relacione os ‘dados’ do caso clínico com a teoria da angústia, o que poderia nos interessar, sabe-se que nele não fará nenhuma modificação teórica importante, apresentando o conceito de angústia tal como o concebia anteriormente. Entretanto, esse caso tem uma importância fundamental na reelaboração que Freud faz do conceito de angústia em 1925, quando reinterpreta seus dados.

Portanto, a apresentação e análise desse caso clínico de Freud tem aqui um objetivo muito preciso: esclarecer e fundamentar a leitura posterior, quando do desenvolvimento que faz Freud do conceito de angústia, sua segunda teoria.

Será, pois, feita uma apresentação do caso a partir de recortes da síntese que Freud realiza dele, os quais irão fundamentar a leitura posterior, quando da segunda teoria da angústia (no terceiro desenvolvimento).

Freud alerta que somente após concluída a análise (psicanálise), foi possível realizar a síntese do caso, que toma como base as experiências de Hans até a época do nascimento de sua irmã, a consideração de sua constituição mental e seu controle sobre seus desejos sexuais (FREUD, 1987d, p.109). Sabemos portanto, que esse conhecimento só é possível ao final de um processo de análise.

I - O complexo edípico - a organização genital da libido, a atitude em relação à mãe e ao pai:

- **Um ‘histórico’ da vida sexual de Hans - sua situação psicológica anterior à formação do sintoma fóbico**

De acordo com Freud, o primeiro traço de Hans encarado como fazendo parte de sua vida sexual é seu grande interesse pelo seu ‘pipi’, o que lhe despertou o espírito de inquérito. Descobriu que a presença ou ausência de um pipi diferencia objetos animados e inanimados e presumiu que todos os objetos animados eram iguais a ele – possuíam esse importante órgão corporal. Não foi dissuadido dessa hipótese pela evidência da carência desse órgão na irmã recém-nascida, pois seria um grande golpe à sua ‘visão de mundo’. Renunciar à presença desse órgão na irmã – um ser semelhante a ele teria sido como se tivesse arrancado dele (FREUD, [1987]e, p.114).

Além disso, na constituição sexual de Hans, a zona genital era a zona erógena que lhe ofereceu um dos seus maiores prazeres, semelhante a outro, o prazer excretório. Durante o período em que era tratado como um bebê, esses atos – urinar, evacuar, limpar – tinham sido fonte de sensações de prazer nele, com a ajuda de sua mãe; além da possibilidade de ele que tenha proporcionado esse prazer auto-eroticamente.

Nas palavras de Freud:

Assim, na constituição sexual do pequeno Hans a zona genital foi, desde o começo aquela dentre as suas zonas erógenas que lhe proporcionou o mais intenso prazer. O único outro prazer semelhante do qual ele deu sinal foi o prazer excretório, o prazer ligado aos orifícios através dos quais a micção e a evacuação dos intestinos são efetuados.

[...]Ele tinha obtido esse prazer das suas zonas erógenas com ajuda da pessoa que cuidava dele – sua mãe, na realidade; e assim o prazer já apontava o caminho para escolha objetal (FREUD, [1987]e, p.115).

a) A atitude em relação à mãe

Um novo prazer que descobriu posteriormente – já determinado pela escolha objetal – foi dormir com a mãe, prazer proveniente do contato cutâneo. Hans demonstra afeição desejando dormir também com suas companheiras meninas.

Todavia, a afeição pelo seu órgão masculino estava relacionada, dirigida, tanto com meninas quanto com meninos, pois ele só sabia da existência do órgão sexual masculino.

Conforme escreve Freud:

E na sua infância [referindo-se ao homossexual], já que nesse período esse determinante é considerado como um fato de aplicação universal, ele é capaz de se comportar como o pequeno Hans que mostrou sua afeição por menininhos e meninhas indiscriminadamente, e uma vez descreveu seu amigo Fritzl como 'a menina de quem ele gostava mais'. Hans era um homossexual (como todas as crianças podem muito bem ser), devido ao fato, que precisa ser sempre mantido em mente, de que *ele só estava informado quanto a um tipo de órgão genital* – um órgão genital como o seu (FREUD, [1987]e, p.117).

Em nota de rodapé, Freud escreve que mais tarde, em 1923, considera que esse período de desenvolvimento sexual é caracterizado universalmente pelo conhecimento de apenas uma espécie de órgão genital – o masculino. Ou seja, é um período marcado pela primazia do falo, tanto para meninas quanto para meninos.

Retornando à Hans, na sua relação à mãe, ele quer seduzi-la, por exemplo, pedindo que tocasse no seu 'faz pipi', porque é divertido e elogiando seu próprio pênis. A mãe recusa seus avanços.

À questão de Hans se ela também tem um 'faz pipi' responde que sim, o que intensifica sua curiosidade.

A masturbação noturna, canal para a gratificação de sua excitação sexual aumentada, é repreendida pela mãe.

[...] sua afeição pela mãe deve ter-se tornado fortemente intensa, na sua condição era este o fenômeno fundamental. Em apoio a essa teoria, podemos recordar suas duas tentativas de seduzir sua mãe, datando a primeira delas do verão, ao passo que a segunda (um simples elogio feito ao seu próprio pênis) ocorreu no momento imediato que precedeu a irrupção de sua ansiedade na rua (FREUD, [1987]e, p. 35).

b) A atitude em relação ao pai

Hans nota que as condições de sua intimidade com a mãe, que ele desejava tanto, dependia da ausência do pai, idéia essa que tinha originado da presença e ausência alternada de seu pai durante um período de férias – portanto,

uma experiência da ‘história particular’ de Hans. Com isso, nutre desejos de manter o pai ‘fora do caminho’ e, posteriormente, esse desejo toma a forma de que o pai estivesse permanentemente longe – morto. Posteriormente, na fobia – o medo de ser mordido por um cavalo branco liga-se diretamente a essa forma de desejo.

Todos esses elementos tomam forma em sua fobia a cavalos. Todavia, não iremos discutir detalhadamente a formação do sintoma, apenas dar algumas indicações que se relacionam com a angústia de Hans.

Cabe indicar ainda que, apesar da hostilidade, Hans amava profundamente seu pai, com quem brincava constantemente, principalmente de cavalo.

Conforme diz Freud:

Na sua atitude em relação ao seu pai e sua mãe Hans confirma da maneira mais concreta e sem compromisso o que eu tinha dito na minha *A interpretação dos Sonhos* com respeito às relações sexuais de uma criança com seus pais. Hans era realmente um pequeno Édipo que queria ter seu pai ‘fora do caminho’, queria livrar-se dele, para que pudesse ficar sozinho com sua linda mãe e dormir com ela. Esse desejo tinha-se originado durante as férias de verão, quando a presença e a ausência alternativa de seu pai tinha atraído a atenção de Hans para a condição da qual dependia sua intimidade com sua mãe, que ele desejava tanto. Nessa época a forma tomada pelo seu desejo tinha sido simplesmente que seu pai devia ‘ir embora’; num estágio posterior tornou-se possível para seu medo de ser mordido por um cavalo branco ligar-se diretamente a essa forma do desejo[...] Mas, subseqüentemente (provavelmente depois que eles se tinham mudado para Viena, onde não devia contar mais com as ausências do seu pai), o desejo tomou a forma de que seu pai devia ficar *permanentemente* longe – que ele devia estar ‘morto’(FREUD, [1987]e, p. 118).

➤ A angústia e a fobia

O início da angústia de Hans se dá em um sonho, do qual desperta em lágrimas e cujo conteúdo era a perda de sua mãe - que sua mãe tinha ido embora e ficava sem ela para fazer carinho (“mimarmos juntos”, diz).

O fenômeno fundamental, diz Freud, é que sua afeição tinha se tornado fortemente intensa.

Com efeito, no verão precedente, o estado de espírito de Hans era de anseio e apreensão. No anseio, se expressa a excitação sexual intensificada, com o pedido de ser levado para dormir ; a apreensão se manifestava com a idéia comunicada de que tinha medo que sua mãe fosse embora.

Além disso, Hans tinha sensações no seu pênis, como sensações de comichão na glândula e de ‘mordida’ e coceira.

Desse primeiro ataque de angústia, segue um outro, quando está na rua passeando com a babá e que se expressa do mesmo modo – que sentia falta de sua mãe. Entretanto, ficar com a mãe, não mais possibilitava a diminuição do anseio. A angústia já havia se ‘instalado’, a princípio indefinida – só sabia que sentia falta de sua mãe - e posteriormente vai tomando a forma da fobia (sintoma), também essa, à princípio, ‘vaga’, mas não mais indefinida: o medo de cavalos.

Freud deixa claro, então, que na primeira reação, era ainda angústia (indefinida) e não medo, pois não sabia dizer do que tinha medo, somente que sentia falta de sua mãe e não queria ficar longe dela. A introdução do cavalo de angústia (de medo) é o sintoma.

Conforme expõe Freud:

Aqui temos o começo da ansiedade de Hans, bem como o início da sua fobia. Vemos, pois, que existe uma boa razão para manter as duas separadas uma da outra. Ademais, o material parece ser amplamente suficiente para fornecer-nos os suportes de que necessitamos; e nenhum momento é tão favorável para a compreensão de um caso quanto seu estágio inicial, tal qual deparamos aqui [...]. O distúrbio teve início com pensamentos ao mesmo tempo apreensivos e ternos, seguindo-se então um sonho de ansiedade cujo conteúdo era a perda de sua mãe e, com isso, não poder mais ‘mimar’ junto com ela. Por conseguinte, sua afeição pela mãe deve ter-se tornado fortemente intensa. Na sua condição era este o fenômeno fundamental.

[...] A ansiedade de Hans, que assim correspondia a uma ânsia erótica reprimida, como toda ansiedade infantil, não tinha um objeto com que dar saída: ainda era ansiedade, e não medo (FREUD,[1987]e, p. 35-36).

[...] Um dia, quando Hans estava na rua, foi acometido de um ataque de ansiedade. Não podia, contudo, dizer do que é que tinha medo [...] queria ficar com sua mãe e acariciá-la[...]. Logo ficou evidente que sua ansiedade não era mais reconhecível em anseio; ele tinha medo até mesmo quando sua mãe ia com ele (FREUD, [1987]e, p.121).

Posteriormente, com o desenvolvimento da análise, o enunciado do medo aparece: o medo de ser mordido por um cavalo. Esse é o primeiro conteúdo que atribuí ao seu medo, tendo, posteriormente, mediante a interpretação do complexo inconsciente no qual ancorava sua doença, modificado os conteúdos para medo de que o cavalo caísse e medo de carroças de mudanças e carroças de ônibus, cuja qualidade comum é estarem pesadamente cheios. Todos eles, faziam parte do complexo materno-paterno e fálico, todavia, o último enunciado do temor,

produzido através da análise era o conteúdo real da fobia, que tinha ligação com as questões de Hans sobre as relações sexuais em que se fundava o complexo reprimido, o que se verá adiante.

A histeria de angústia, diz Freud – neuroses de infância por excelência, condição em que a criança sofre de angústia – transformou-se, em Hans, em uma fobia até ele livrar-se da angústia ao preço de sujeitar-se a inibições e restrições (não sair de casa, por exemplo).

II - A síntese do caso realizada por Freud após a psicanálise

Conforme coloca Freud, a chegada da irmã legou perdas e trouxe novos elementos a Hans (FREUD, [1987]e, p.138) :

1. teve que submeter-se à privação – separação temporária da mãe e, depois, à diminuição permanente dos cuidados que recebia antes;
2. experimentou a reanimação dos prazeres que havia tido com a mãe quando cuidava dele, ao ver a mãe cuidar do bebê;
3. o nascimento estimulou-o a um esforço de pensamento (elemento simbólico) impossível de conduzir a uma conclusão e envolveu-o em conflitos.

O resultado dos dois primeiros é a intensificação das necessidades eróticas e ao mesmo tempo, sua satisfação insuficiente.

A saída para sua afeição são as brincadeiras com as outras crianças, no lugar onde passa férias (Gmundem) e fantasias de que a irmã tinha filhos seus.

De volta a Viena, de novo, sozinho, colocou todas as suas esperanças novamente na mãe; e, exilado do quarto dos pais, se entrega a atividades eróticas regulares – a masturbação dos genitais. Não encontrando o corpo da mãe, encontra uma experiência de satisfação no próprio corpo.

O terceiro elemento apontado por Freud parece o mais importante, por razões que serão colocadas na seqüência da exposição da explicação que ele dá.

Tal como Freud explica esse elemento:

[...] o nascimento de sua irmã estimulou-o a um esforço de pensamento que, de um lado, era impossível conduzir a uma conclusão e que, de outro lado, envolveu-o em conflitos emocionais. Ele deparou o grande enigma do de

onde (sic) é que os bebês vêm, que é, talvez, o primeiro problema a ocupar os poderes mentais de uma criança, e do qual o enigma da Esfinge tebana provavelmente não é mais do que uma versão distorcida. Ele rejeitou a solução oferecida de que a cegonha havia trazido Hanna. Pois ele tinha notado que, meses antes do nascimento do bebê, o corpo de sua mãe tinha crescido, que depois ela tinha ido para a cama, que tinha gemido enquanto o nascimento estava ocorrendo e que, quando se levantou estava magra de novo. Ele então deduziu que Hanna estava dentro do corpo da mãe, e que depois tinha vindo para fora como um *'lumf'* [cocô] [...] Não havia nada em tudo isso que pudesse tê-lo levado a dúvidas ou conflito.

Mas havia algo mais, que não podia deixar de torná-lo inquieto. Seu pai tinha que ter algo a ver com o nascimento de pequena Hanna, pois ele tinha declarado que Hanna e o próprio Hans eram filhos dele. No entanto, certamente não era seu pai quem os tinha trazido para o mundo, mas sua mãe (FREUD, [1987]e, p.139).

Esse parece ser o mais importante dos elementos – o fator psíquico ou simbólico da sexualidade: um enigma acerca da sexualidade (compreender o que significa, o que diz do sujeito) que se põe pela presença do pai. Se não fosse assim, a masturbação daria conta da satisfação sexual, de 'pôr a termo' ou encontrar compensação satisfatória da excitabilidade aumentada em Hans, fato esse que não ocorreu; ao contrário, Hans começou a recusá-la.

Além da questão sobre a função (papel, diz Freud) do pai na 'produção de bebês', se Hans aprendeu por experiência que poderia ficar à vontade com sua mãe na ausência de seu pai, era justificável querer se livrar dele, criar hostilidade a ele (que entendemos como o desejo de afastar-se não só da 'pessoa', mas das representações que ela traz).

Freud considera que a mentira da cegonha pode ter sido o reforço da hostilidade ao pai, mas, com isso, também deixa implícita a causa simbólica da angústia e formação de sintomas em Hans - não seria, assim, apenas um reforço da hostilidade, mas a causa nuclear do conflito.

Sobre a resposta do pai à questão implícita de Hans a respeito de sua função no nascimento de bebês, Freud aponta:

Seu pai lhe contou a mentira da cegonha e, desse modo, tornou impossível para ele pedir esclarecimento a respeito dessa coisas [sua função no nascimento de bebês, a diferença dos órgãos sexuais]. Ele não só impediu que Hans ficasse na cama com sua mãe, mas também manteve afastado dele o conhecimento de que ele estava sedento (FREUD, [1987]e, p.140).

Com isso, diz Freud, "estava colocando Hans em desvantagem nas duas direções e estava obviamente agindo assim em seu próprio benefício" (p.140).

A resposta do pai de que a cegonha traz o bebê significa, pois, “ que ele excluiu-se, deixou-se de fora” – como se ele dissesse: ‘eu não tenho nada a ver com isso’. A pergunta de Hans, que mal pode ser formulada explicitamente – sobre a copulação (o ato sexual), sobre o desejo, deixa Hans em desamparo simbólico, termo que, conforme veremos, Freud utiliza posteriormente, em 1926, para se referir à ‘causa última’ da angústia.

Freud não deixa claro por que considera que o pai ‘age em seu próprio benefício’, mas uma análise retrospectiva do processo analítico de Hans, possibilita que façamos a seguinte leitura: o pai quer manter o amor de Hans (em certo ponto Freud diz, respeito), quer ser amado. Quando do encontro de Hans e seu pai com Freud, ainda no tempo em que o cavalo era interpretado como a afeição por sua mãe, Hans esbarra em seu pai e diz que foi o pai que bateu nele. O pai não admite, mas os fatos tiveram que ‘convencê-lo’ de que havia uma hostilidade de Hans contra ele.

Falar sobre as necessidades sexuais parece significar ‘arranhar’, ‘cindir’ ou mesmo excluir o amor idealizado (narcísico).

[...]revelei-lhe então que ele tinha medo de seu pai, exatamente porque gostava muito de sua mãe. Disse-lhe da possibilidade de ele achar que seu pai estava aborrecido com ele por esse motivo; contudo, isso não era verdade, seu pai gostava dele apesar de tudo, e ele podia falar abertamente com ele, sobre qualquer coisa, sem sentir medo. [...]. ‘Mas por que você acha que estou aborrecido com você?’, nesse momento seu pai me interrompeu; ‘alguma vez eu ralhei, ou bati em você?’ Hans o corrigiu: ‘Ah, sim! Você me bateu.’ ‘Não é verdade. Então quando foi que aconteceu?’ ‘Hoje de manhã’, respondeu o menino; aí seu pai recordou que Hans, inesperadamente, dera uma cabeçada em seu estômago, e que ele, num reflexo instintivo, o afastara com um tapa da mão. Era surpreendente que ele não tivesse correlacionado esse detalhe com a neurose [...] (FREUD, [1987]e, p. 52).

[...] Mas o que seu pai possa ter perdido no respeito do menino [com o processo de análise], ganhou, de volta, na sua confiança (FREUD, [1987]e, p.150).

Diante do que foi dito, conclui-se que o conflito é um complexo, a partir do qual a angústia e o sintoma foram gerados.

Freud o retoma da seguinte maneira:

O difícil problema da geração de crianças e a tentativa de descobrir o que é que tinha que ser feito com sua mãe para que ela pudesse ter filhos trouxe uma questão para Hans. Seu pai sabia de onde vinha as crianças e as fez. Hans só ‘adivinhou’ isso obscuramente. O pipi tem algo a ver com isso,

pois o seu próprio fica excitado toda vez que pensou nessas coisas, mas tem que ser um pipi grande, maior que o de Hans.

[...] de modo que esse elemento da neurose [complexos e desejos inconscientes] torna-se ligado ao problema de saber se sua mãe gostava de ter filhos ou era obrigada (FREUD, [1987]e, p. 140).

Fica implícito, então, que o nascimento de Hanna em correspondência com a separação da mãe e a 'presença do pai' (real e simbólica), trouxe, além da intensificação da excitação e da produção da hostilidade, um sério problema para Hans: Hans queria saber do sexo – da significação do falo: do seu próprio sexo, do outro sexo e das relações entre eles.

Assim continua Freud:

Se ele atendia a essas sensações premonitórias, só podia supor que era [o ato sexual] uma questão de algum ato de violência executado em sua mãe, de quebrar alguma coisa, de fazer uma abertura em alguma coisa, de forçar um caminho num espaço fechado – tais eram os impulsos que ele sentiu agitando-se dentro dele (FREUD, [1987]e, p. 140).

Essa interpretação de Freud é em referência a duas fantasias de Hans expressas mais ao final da análise, a partir do desvendamento do complexo mais nuclear – do parto da mãe, a que a representação da carroça carregada correspondia.

As sensações em seu pênis, conforme Freud diz ainda, colocaram-no no caminho de pressupor uma vagina.

Hans não podia resolver o problema ainda, esclarece Freud, pois em sua experiência não existia tal coisa como seu pipi exigia.

Com tudo isso, parece esclarecido, que Hans estava buscando uma resposta – saber do sexo - e realizando uma tentativa de encontrá-la a partir da experiência que tinha anteriormente – os impulsos sádicos-ternos em relação à sua mãe e a hostilidade em relação a seu pai.

Entende-se que a resposta insatisfatória dada por seu pai sobre o nascimento de bebês (a cegonha traz), acrescida da premissa da primazia universal do falo, principalmente com relação à sua mãe – tinha convicção de que ela tinha um pênis, confirmado por ela própria (tendo assim, também dado uma resposta insatisfatória) – se pôs no caminho da resposta que buscava.

E ainda, que o saber que tinha anteriormente era narcísico: amar - ser amado. Hans não tinha a significação dos genitais femininos e da cópula. Sendo assim, há uma quebra nas suas premissas anteriores e com isso a introdução de uma questão sobre o 'pipi' que poderia ser assim colocada – 'para que serve, além de urinar e ser tocado pela mão'.

Assim conclui Freud:

Sua tentativa de descobrir o que tinha que ser feito com sua mãe para que ela pudesse ter filhos afundou para o seu inconsciente; e seus impulsos ativos - o hostil em relação a seu pai e o sádico-terno em relação a sua mãe – não podiam ser postos em uso – o primeiro, por causa do amor que existia lado a lado com o ódio, e o segundo, por causa da perplexidade na qual suas teorias sexuais infantis o deixaram (FREUD, [1987]e, p. 140).

Freud aponta que através da análise foi possível a reconstrução dos complexos e desejos inconscientes, a repressão e o redespertar do que produziu a fobia em Hans.

São essas suas considerações:

Hans mostrou sinais de apreensão tempos antes da formação da fobia. A neurose deu partida diretamente do evento casual de presenciar a queda de um cavalo. Essa impressão só teve eficácia (dela preservou um traço – o cavalo que se tornou o objeto de sua angústia) porque se ligava a um complexo de representações de Hans: os cavalos tinham grande importância para ele; presenciou a queda de seu amigo quando brincavam de cavalo, donde se associou a seu pai pelo desejo semelhante que teve que se machucassem – isso, em virtude da rivalidade que sentia por eles.

Essas conexões associativas só tiveram força porque agitaram o segundo dos complexos no inconsciente de Hans – o complexo do parto da mãe grávida. Isso ocorre assim, explica Freud, pela flexibilidade e ambigüidade das cadeias associativas. Com a expressão 'agitou o complexo' Freud explica que produziu o retorno do reprimido. O reprimido volta remodelado e transposto para o 'complexo do cavalo', acompanhado do afeto de angústia, angústia que considera, ainda, produto da transformação da libido recalcada (FREUD, [1987]e, p.142).

Diz:

A partir desse momento, o caminho ficou livre para o retorno do reprimido; e este voltou de tal maneira que o material patogênico foi remodelado e transposto para o complexo do cavalo, enquanto os afetos acompanhantes

foram uniformemente transformados em ansiedade (FREUD, [1987]e, p. 142).

Resumo e Conclusão sobre o Caso Hans

A primeira angústia de Hans (sonho) ocorre ante a satisfação – aumento da libido em função da ausência da mãe porque cuida de Hanna e da revivência das satisfações anteriores ao observar os cuidados com a irmã.

Sua constituição psíquica na época dava a uma parte do seu corpo – o pipi - um valor especial. No órgão sexual tinha excitações juntamente com a idéia da existência desse órgão em todos os seres vivos.

O complexo lógico (simbólico) da angústia está assim constituído:

1. Percepção interna da pulsão (a exigência de satisfação representada pela ereção do ‘faz pipi’): a exigência é interna - a excitação que pressiona ao ato de satisfação em Hans (a masturbação). A excitação pressiona ao ato, e a ausência do objeto-mãe, produz expectativa (ou desejo);

2. A primazia do falo e a introdução da diferença sexual anatômica (o outro sexo: o feminino): o nascimento da irmã - a mãe ‘produz’ um bebê. A diferença entre o corpo da irmã e o próprio corpo. Esses fatos geram uma interrogação sobre o órgão sexual e sua significação: a significação fálica;

3. O complexo paterno: a interrogação sobre a origem dos bebês
Pelo fato de observar que Hanna nasceu da barriga da mãe e que intuía que seu pai tinha algo a ver com esse bebê, já que a chamava de filha, e ao próprio Hans, de filho. O que o fazia filho desse homem? Qual o seu papel no nascimento dos bebês? A intuição sobre o órgão sexual feminino. Sobrevém a questão sobre as relações sexuais dos pais: a resposta que obtém da mãe de que ela tem um pênis, e do pai, de que os bebês vêm da cegonha, colocam Hans em desamparo simbólico – não tem recursos simbólicos para responder à questão que fica sobre a sexualidade, e também não acredita na resposta de seus pais. Instala-se o conflito e a reação de angústia.

Embora Freud tenha apontado e discutido todos esses elementos, situando-os como o complexo associativo inconsciente através do qual se forma a fobia em Hans, não o deixa evidente como o “complexo de castração”, embora utilize o termo no texto em questão.

Além disso, demonstra que não está certo ainda da relação entre a angústia, a formação de sintomas e o recalque, mas entende que devem ser consideradas como coisas distintas, o que demonstra em sua análise do início da angústia e da fobia de Hans. Desse modo, não elaborou, ainda, que desse complexo é que se origina a angústia. O perigo da castração, a angústia como sinal e o recalque como defesa dessa ameaça, somente será desenvolvido em 1926, no texto *Inibições, sintomas e ansiedade*.

Ademais, não explicita em nenhum desses dois textos – do caso Hans e *Inibições, sintomas e ansiedade* que nesse tempo do desenvolvimento sexual de Hans, os três elementos acima se juntam, armando o perigo da castração. A relação de Hans ao falo (o falo para ele é o pênis) e ao casal parental coloca uma interrogação que dá angústia em função do desamparo simbólico em que fica, questão essa que poderia ser assim resumidamente colocada: se não é só a coisinha de fazer pipi, o que é?

Terminada a exposição do caso do pequeno Hans, segue um resumo dos apontamentos teóricos de Freud acerca da angústia e da neurose nessa mesma época.

Esse texto é aqui colocado para mostrar como Freud trata questão da insatisfação sexual como causa da angústia. Aqui, coloca acento no fator psíquico da sexualidade – a ausência mental de satisfação (FREUD,[1987]e, p. 205-213).

1.2 Psicanálise ‘Silvestre’ (1910)

Nesse texto, Freud lembra que a psicanálise apresenta a ausência de satisfação sexual como causa da angústia nos distúrbios nervosos.

Faz um resumo das descobertas da psicanálise sobre a importância etiológica da sexualidade para os estados ansiosos, evidenciando não seu fator somático – descarga das excitações, mas seu fator psíquico ou mental.

Freud esclarece que não emprega a expressão ‘vida sexual’ no seu sentido popular, segundo o qual “necessidade sexual nada se significa senão a necessidade do coito ou de atos análogos produtores de orgasmo e emissão de substâncias sexuais” (FREUD, 1970, p. 208).

Conforme diz:

Em psicanálise o conceito do que é sexual abrange bem mais; ele vai mais abaixo e também mais acima do que seu sentido popular. Essa extensão se justifica geneticamente; nós reconhecemos como pertencentes à 'vida sexual' todas as atividades dos sentimentos ternos que têm os impulsos sexuais primitivos como fonte, mesmo quando esses impulsos se tornaram inibidos com relação a seu fim sexual original, ou tiveram de trocar esse fim por outro que não é mais sexual. Por essa razão, preferimos falar de psicosexualidade, colocando ênfase sobre o ponto de que o fator mental na vida sexual não deve ser desdenhado ou subestimado (FREUD, 1970, p. 208).

Freud assevera que, através dos sintomas das neuroses, a psicanálise descobre que a ausência mental de satisfação pode existir mesmo quando não há falta de relações sexuais; que as tendências sexuais insatisfeitas podem encontrar uma derivação inadequada no coito ou noutros atos sexuais e encontrar satisfações substitutivas em sintomas. A ausência mental de satisfação se dá porque o neurótico não é capaz de se satisfazer devido a intensas resistências internas (recalque). Se não fossem as resistências, ensina, a força da própria pulsão daria o caminho de satisfação. A resistência é a expressão da rejeição ou repressão da sexualidade.

Apresenta o conflito como causa da neurose: de um lado, a libido que se torna excessiva e, de outro lado, a repressão que também é intensa.

Com isso, apresenta (o representante das?) excitações como o fator somático e a rejeição (ao representante da excitação) como o fator mental da causa da neurose, sendo os sintomas e a angústia resultado disso.

Nesse texto, Freud não avança na explicação metapsicológica da constituição de sintomas e da angústia, mas diz que o fator patológico que leva a produção de sintomas não está em que o paciente ignora a conexão de sua doença com sua vida – com suas experiências da meninice, etc., mas em estar essa ignorância fundada em resistências internas que produzem esse ignorar e o conservam.

Assim, entende-se que a resistência interna é o não querer saber, é se afastar. O recalque é, pois, a inibição dos impulsos (afastamento do representante do impulso).

Portanto, Freud descobre por meio das neuroses que as tendências sexuais insatisfeitas podem ter uma derivação inadequada no coito

ou noutros atos sexuais e que a ausência de satisfação, é uma ausência mental. O neurótico não é capaz de se satisfazer devido à rejeição ou repressão da sexualidade.

Não desenvolve, aqui, os motivos dessa defesa. Sabemos que já havia indicado esses motivos da seguinte maneira: a sexualidade é embaraçosa, vergonhosa, repreensível.

As pesquisas posteriores, sobre a angústia, conforme veremos, levam-no a desenvolver um fator de perigo da sexualidade – o perigo que a sexualidade representa ao ego.

1.3 A ansiedade²⁰ (1915 – 1917)

O texto *A ansiedade* faz parte de uma série de conferências que Freud profere sobre a psicanálise, e, de certa forma, encerra um período de suas investigações clínicas e elaborações conceituais. Constitui-se um trabalho intermediário entre a primeira e a segunda teoria da angústia, por tratar-se de uma exploração inicial acerca da causa psíquica da angústia e da fundamentação de sua lógica se apoiar na sexualidade infantil.

Nele, Freud recoloca a angústia em questão e investiga o enigma de sua constante presença nos estados neuróticos a fim de obter uma compreensão a esse respeito.

Ao mesmo tempo, reconhece que a angústia não é um privilégio dos estados neuróticos, visto que todos já tiveram essa experiência, o que não significa necessariamente que todos sejam neuróticos; isto é, Freud sabe que a angústia é medo, e que ter medo é normal.

Assim, diz que, quando se está considerando a angústia não se tem necessariamente que pensar em neurose.

²⁰ Segundo nota do tradutor, o termo 'angst' utilizado por Freud, foi traduzido em português por ansiedade, uma vez que esse termo designaria mais o fator psíquico desse afeto. Na opinião da autora deste trabalho, não há porque fazer essa divisão idiomática, visto que a 'angst' sempre se refere a um **estado afetivo** que se relaciona tanto ao 'corpo' como à 'mente'. Considera-se que 'angústia' é a melhor tradução para 'angst', porque implica tanto manifestações físicas quanto psicológicas, mesmo que em 'graus' diferenciados; além de referir-se a uma causa 'dupla' – a pulsão, conceito que 'reúne' o corpo e o psíquico.

Nas citações, porém, será respeitado o termo usado na tradução.

Com isso, deixa implícito que concebe que a angústia é diferente de sintomas.

Inicia assim sua conferência:

O que lhes disse em minha última conferência a respeito do estado neurótico geral deve tê-los surpreendido, sem dúvida, como o mais incompleto e inadequado de todos os meus pronunciamentos [...] e nada deve tê-los surpreendido mais, segundo espero, do que não haver nessa conferência nada a respeito da ansiedade, da qual todos os neuróticos se queixam e descrevem como sendo seu pior sofrimento e que, de fato, neles atinge enorme intensidade, e pode resultar nas atitudes mais loucas. A ansiedade como tal, não há por que apresentá-la aos senhores. Cada um de nós experimentou essa sensação, ou, para expressar com maior correção, esse estado afetivo, numa ou outra 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 mais intensamente do que outras pessoas (FREUD, 1990f, p. 457).

A angústia realística

Embora afirme que sua questão é saber por que a angústia é mais intensa e freqüente nas neuroses, Freud busca um caminho inicial para essa compreensão, pela comparação da angústia neurótica com a angústia presente nos 'estados não neuróticos', denominando essa última de angústia realística.

Considera-se que Freud separa o 'real' - que aqui é o externo - do neurótico, a fim de nortear sua investigação sobre a significação e a função da angústia nas neuroses, uma vez que uma angústia realística ou um 'medo real' pode, a princípio, orientar sua 'função geral' para a espécie humana.

Com efeito, o ponto de partida acerca da pesquisa sobre a angústia, nesse texto, é uma questão sobre a função da angústia (medo) no humano, uma vez que todos a experienciam.

Do texto, destaca-se trechos em que se pode ler essa análise:

É possível, no princípio, trabalhar o tema da ansiedade por um tempo considerável, sem absolutamente pensar nos estados neuróticos. De imediato, os senhores me entenderão, quando eu descrever essa espécie de ansiedade como ansiedade 'realística', em contraste com a ansiedade 'neurótica'. A ansiedade realística atrai nossa atenção como algo muito racional e inteligível, [...] é uma reação à percepção de um perigo externo - isto é, de um dano que é esperado e previsto. Está relacionada ao reflexo de fuga e pode ser visualizada como manifestação do instinto de autoconservação (FREUD, 1990f, p. 459).

Freud, portanto, localiza a provável função da angústia 'realística': teria a função preventiva de conservação do próprio indivíduo, ou seja, a ansiedade realística seria o medo de coisas, situações, e pessoas que colocam em risco a integridade física, a existência do sujeito, sua segurança. Seria a manifestação do instinto de autoconservação ou pulsões do ego.

Freud se pergunta em face de que objetos e situações ocorre a angústia realística, e, responde que depende do estado de conhecimento do sujeito que possibilita um reconhecimento precoce do perigo, e do senso de poder do sujeito em relação ao mundo externo.

Expõe alguns exemplos:

[...] o selvagem ficará aterrorizado com um rastro na floresta, porque este o avisa da proximidade de um animal bravo; 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, 1990f, p. 460).

Assim, vemos com Freud que é a percepção e o saber prévio sobre o objeto ou situação constituírem-se um risco (perigo) para o sujeito é que possibilita a geração do medo.

A função da angústia realística seria, então, avisar o sujeito sobre a aproximação de algo - uma situação ou objeto - perigoso, que produz dano a ele, e, a partir daí tomar as medidas protetoras, de defesa que pode ser fuga ou ataque.

A angústia realística tem por função sinalizar um perigo externo - uma função de defesa do eu (no sentido da totalidade do ser).

Portanto, a 'função biológica' da angústia no humano - porque a angústia não é um afeto específico dos estados neuróticos - é promover uma (re)ação de defesa que envolve:

- 1) o reconhecimento de um perigo e
- 2) uma ação sobre esse perigo que é a fuga ou a luta.

Observe-se que é preciso que haja um reconhecimento de que o objeto possa implicar um risco, isto é, uma experiência prévia, um saber.

Nesse sentido, diz Freud, a reação de angústia pode ser admitida como uma ação apropriada de defesa ao indivíduo - uma reação vantajosa e

racional - enfim, adaptativa, pois possibilita ao sujeito reconhecer o perigo de dano e realizar uma ação motora para defender-se desse dano.

Entretanto, Freud põe em questão a vantagem e razão da angústia realística no mecanismo de defesa.

Diz:

[...] o único comportamento vantajoso, quando emerge a ameaça de um perigo, seria a fria avaliação da força da própria pessoa em comparação com a magnitude da ameaça; e, com base nisto, a decisão de fugir, ou de se defender, ou mesmo, possivelmente, de passar ao ataque, oferecem a melhor perspectiva de uma saída bem sucedida. Nesta situação, contudo, não há absolutamente lugar para a ansiedade; tudo o que acontece seria conseguido tão bem e provavelmente melhor, se não tivesse surgido a ansiedade. [...] se a ansiedade for excessivamente grande, ela se revela inadequada no mais alto grau; paralisa toda a ação, inclusive, até mesmo, a fuga. Em geral, a reação ao perigo consiste numa mistura de afeto de ansiedade e de ação defensiva. Um animal aterrorizado sente medo e foge; mas a parte adequada do processo é a fuga e não o 'estar com medo' (FREUD, 1990f, p. 460).

Desse modo entende que a geração de angústia propriamente dita nunca é apropriada para a defesa porque paralisa a ação.

Freud sugere que somente a limitação da geração de angústia a um sinal, ou seja, "um início meramente frustado", é que possibilitará que a angústia se transforme em ação sem um distúrbio, ou seja, viabilizando os atos defensivos.

Chama esse sinal - início frustado de geração de angústia - de estado de preparação expectante (para o perigo).

Esse estado expectante, diz, manifesta-se por dois meios associados : "um aumento da atenção sensória e da tensão motora" da qual decorre a ação motora e, o que "sentimos como o estado de ansiedade" (FREUD, 1990f, p. 460).

O estado de ansiedade (angst) - a angústia - é para Freud "o estado subjetivo de que somos tomados ao perceber o 'surgimento da ansiedade', e a isso chamamos afeto" (FREUD, 1990f, p. 461).

O afeto, conceito que, segundo Freud, foi obtido através de dados oriundos da pesquisa psicanalítica, é uma composição, em primeiro lugar, de descargas motoras e, em segundo lugar, de sentimentos de dois tipos que são a percepção dessas ações motoras, juntamente com sensações de prazer e desprazer, que dão o traço predominante do afeto.

Em resumo, o fenômeno de angústia pode ser dividido em duas formas: o estado de preparação expectante e a geração de angústia propriamente

dita. Freud reconhece que somente a expectativa (sinal) implica uma vantagem para os fins de defesa, pois possibilita **alertar** o sujeito para que tome as providências para a sua proteção.

Além disso, o exame da angústia leva-o a defini-la principalmente como um **estado** porque envolve, nitidamente, 'sensações' sentimentos no corpo - descargas motoras - prazer-desprazer - e uma ação do corpo - atenção sensória, tensão motora.

Esse estado, diz Freud, é um estado **subjetivo**: o sujeito tem a percepção do que lhe acontece no corpo.

A angústia é um estado que implica um corpo afetado.

Se a angústia é um estado afetivo ligado ao corpo, então qual seria sua função psíquica?

Se sua função se resumir a um sinal (estado de preparação expectante), é um sinal de um corpo afetado por um perigo.

Assim, Freud define a angústia como um estado afetivo e indica sua função de sinalizar, de alertar um perigo.

Nas palavras de Freud:

Não lhes terá passado despercebida alguma ambigüidade e imprecisão no uso da palavra '*Angst*'. **Por 'ansiedade' geralmente entendemos o estado subjetivo de que somos tomados ao perceber o 'surgimento da ansiedade'**, e a isto chamamos afeto. E o que é um afeto, no sentido dinâmico? Em todo caso, é algo muito complexo. Um afeto inclui, em primeiro lugar, determinadas inervações ou descargas motoras e, em segundo lugar, certos sentimentos; estes são de dois tipos: percepções das ações motoras que ocorreram e sensações diretas de prazer e desprazer, que conforme dizemos, dão ao afeto seu traço predominante (FREUD, 1990f, p. 461, grifo nosso).

[...] A ansiedade realística atrai nossa atenção como algo muito racional e inteligível. **Podemos dizer que ela é uma reação à percepção de um perigo** externo – isto é, de um dano que é esperado e previsto. Está relacionada ao reflexo de fuga e pode ser visualizada como manifestação do instinto de autoconservação. Saber em que ocasiões a ansiedade aparece – isto é, em face de que objetos e de que situações – depende, naturalmente, em grande medida, do estado de conhecimento da pessoa e do seu poder *vis-a-vis* com o mundo externo (FREUD, 1990f, p.459, grifo nosso).

Freud volta a ressaltar que a angústia põe acento no estado afetivo do sujeito e a distingue do medo apenas quanto à localização do objeto que o causa.

Evitarei aprofundar-me na questão de saber se nosso uso idiomático quer significar a mesma coisa, ou algo nitidamente diferente, com a palavra '*Angst*', [...] ou '*Furcht*' (medo). Apenas direi que julgo '*Angst*' referir-se ao estado e não considera o objeto, ao passo que '*Furcht*' chama atenção precisamente para o objeto (FREUD, 1990f, p. 461).

Desse modo, deixa implícito que a angústia é um 'estado de medo' que põe acento no sujeito afetado - 'não considera o objeto'. Também indicaria que na '*Angst*' o objeto do medo (aquilo que o causa) é indeterminado, não que não 'existe'.

Nessa lógica, o medo, por sua vez, incluiria o estado subjetivo, porém, coloca o acento no objeto externo que estaria afetando esse sujeito.

Isso poderia implicar que a relação entre o estado subjetivo e o objeto que o causa não é determinada pelas características (perigosas) do objeto, mesmo no medo (angústia) real. Com efeito, em uma das formas de angústia neurótica, as fobias - como veremos adiante no texto, Freud encontra esse 'medo deslocado' para um objeto que não é sua fonte, tendo apenas uma ligação (simbólica) com ela.

Além disso, no aprofundamento da análise da angústia realística através do medo infantil, que faz posteriormente nesse texto de que estamos tratando, veremos que Freud questiona a existência inata de um mecanismo de 'medo' do objeto externo real, isto é que a fonte seja externa - determinada desde fora.

Dessa forma, esses apontamentos e exploração iniciais ficarão mais esclarecidos ao longo do texto, apontando o percurso lógico de Freud que culmina na sua segunda teoria da angústia, a que chamei o 'terceiro desenvolvimento da teoria da angústia'.

Essa interpretação da lógica dos seus apontamentos explicaria a seqüência de sua exposição que contém a seguinte frase enigmática: "[...] poderíamos dizer que a pessoa se protege do medo por meio da ansiedade" (FREUD, 1990f, p. 461).

Com isso pode-se ler:

Quando ocorre angústia - estado afetivo em que o objeto é indeterminado - a pessoa se defende do medo, isto é, se defende do saber (percepção) do objeto do perigo.

Desse modo, haveria uma correspondência entre o afeto de angústia, mesmo a neurótica, e a reação de afastamento da percepção do objeto, o que indica que a angústia também é um medo, medo esse que põe acento no sujeito, no psíquico. Em outras palavras, um medo de 'algo de dentro'.

Poderíamos pensar a situação inversa: o medo que põe acento no objeto - o 'Furcht' é uma 'angústia deslocada'. Esse seria o caso das fobias. O sujeito se protege da angústia, por meio do medo.

Da mesma forma, podemos pensar que, se a angústia realística é, por definição, um estado subjetivo que assinala um perigo externo - está posto aqui que mesmo o adjetivo 'realística' para a angústia não se refere às características empíricas dadas pelo objeto.

Em resumo, vale reafirmar e concluir que o exame de uma angústia que seria realística dá bases a Freud para a verificação da função da angústia como um sinal subjetivo - estado afetivo - a um perigo de dano.

O afeto e o ato do nascimento: a angústia

Esse sinal subjetivo - o afeto - diz Freud, por suas características - descarga motora e sua percepção dessa descarga mediante as sensações de prazer-desprazer - evidencia que ele é a repetição de alguma **experiência ou impressão** recebida, de natureza geral mas significativa, situada em um período inicial do indivíduo e até mesmo da espécie.

Sua tese é que o **ato** do nascimento é a **vivência** original que o afeto de angústia repete.

Isso porque, nesse ato, as **sensações no corpo** - situação real de **aumento de impulsos de descarga**, devido à interrupção da respiração interna, foi, na ocasião, a causa da experiência de angústia.

Tal como escreve:

Não penso, [...] que tenhamos chegado a essência de um afeto. Parecemos ver em maior profundidade no caso de alguns afetos e reconhecer que o cerne que reúne a combinação que descrevemos é a repetição de alguma experiência significativa determinada. Essa experiência só poderia ser uma impressão recebida num período muito inicial, de natureza muito genérica, situada na pré-história, não do indivíduo, mas da espécie.

[...] um afeto normal pode ser comparado à expressão de uma história geral que se tornou herança.

Acreditamos que, no caso do afeto de ansiedade, sabemos qual a vivência original que ela repete. Acreditamos ser no *ato do nascimento* que ocorre a **combinação de sensações desprazíveis, impulsos de descarga e sensação corporais, a qual se tornou o protótipo dos efeitos de um perigo mortal**, e que desde então tem sido repetida por nós como o estado de ansiedade. O enorme aumento de estimulação devido à interrupção da renovação de sangue (respiração interna) foi, na época, a causa da experiência de ansiedade. [...] O substantivo *Angst* - '*angustiae*', '*Enge*' - acentua a característica de limitação da respiração que então se achava presente em consequência da situação real, e é, agora quase invariavelmente recriada no afeto (FREUD, 1990f, p. 462-63, grifo nosso).

Essa tese de Freud, na qual se afirma que a angústia é o afeto que repete o ato do nascimento, experiência significativa 'dos efeitos de um perigo mortal', tem especial importância na elaboração de sua segunda teoria da angústia, desenvolvida a partir de 1925 (Inibições, sintomas e ansiedade), uma vez que reúne os indícios dessa sua investigação posterior sobre a causa da angústia: a premência para a descarga ou satisfação pulsional, o desejo insatisfeito (perdas) e a castração.

Por enquanto, assinala-se que Freud aponta dois aspectos acerca da primeira situação em que acredita ter surgido a experiência de angústia da qual é repetição.

Um desses aspectos – o aspecto que considera o afeto – é que na primeira experiência causa da angústia, há uma situação real de interrupção de descarga de excitações responsável por sensações no corpo. O afeto é produzido a partir do aumento dessas excitações no corpo e da interrupção de sua descarga.

Nesse sentido, o ato do nascimento produz mudança na 'economia do corpo' que traria consequências afetivas: um corpo afetado, traumatizado por um aumento de excitações e a concomitante interrupção da descarga.

Esse ponto de vista é condizente com a primeira teoria de Freud acerca da causa da angústia (neurótica), na qual busca saber a origem e a matéria de que é feita. Vimos que para Freud a angústia é derivada das excitações internas excedentes e seu refreamento simultâneo.

O outro aspecto, implícito aos apontamentos de Freud é o fato dessa primeira experiência de 'interrupção de descarga' (satisfação) implicar um perigo de dano para o sujeito: **os efeitos de um perigo mortal**.

Por sua vez, isso implicaria que essa experiência teria a função de assinalar para o sujeito esse perigo. É possível que a angústia seja, desde aí, um

sinal subjetivo para o reconhecimento do perigo e a constituição de medidas de defesa?

Em outras palavras, se Freud reconhece que a angústia realística teria a função de ser um sinal subjetivo para o reconhecimento de um perigo de dano vindo de fora, isso ocorreria desde a experiência do nascimento?

Não é nesse texto que Freud explicita e responde essas questões, senão em *Inibições, sintomas e ansiedade*.

Aqui podemos apenas considerar que sua tese indica que fissa novamente o laço que liga a vertente da satisfação e a vertente das representações, implicada na experiência de angústia, isto é, sua causa 'somática' e simbólica.

Com isso, pode-se também constatar que nesse, texto, ele orienta suas investigações sobre o aspecto psíquico da angústia: sua significação e função na vida psíquica.

Na seqüência, dois apontamentos de Freud reafirmam essa leitura, pois assinalam que sua preocupação se dirige ao questionamento da representação subjetiva (perigo de dano) ou da marca simbólica implicada na experiência.

[...] reconhecemos como altamente significativo que esse primeiro estado de ansiedade surgiu quando da separação da mãe.

[...] Perguntou-se a uma candidata [à parteira] o que significava o aparecimento do mecônio (excrementos) no nascimento, quando da expulsão das águas, e ela prontamente respondeu: 'significa que a criança está com medo' [...] silenciosamente, tomei o partido dela e comecei a suspeitar de que essa mulher simples [...] tinha apontado com precisão para uma correlação importante (FREUD, 1990f, p. 463).

Enfim, podemos ler 'no interior' da tese que a angústia é o afeto que repete o ato do nascimento, que essa experiência marca os efeitos - não a significação - de um dano sofrido: a interrupção da descarga e o aumento de excitação que representam uma perda de satisfação.

A Angústia Neurótica

Após o exame da angústia realística, Freud passa à exposição das manifestações da angústia nas neuroses que obteve através da pesquisa psicanalítica - primeiramente, as formas e situações em que se manifesta e, em seguida, as causas que conhece e investiga.

Apresentaremos um resumo de sua exposição (e alguns comentários), por se tratar de um relato descritivo.

Formas e situações

1 Angústia na 'forma livre'

Presença de uma apreensão generalizada, uma espécie de angústia livremente flutuante. Este estado é de ansiedade expectante ou expectativa ansiosa.

É encontrada como traço de caráter - "pessimismo" - e como aspecto constante das neuroses de angústia, cuja característica é a desmesurada quantidade de angústia.

2 Angústia na forma psicicamente ligada.

Forma de angústia ligada a determinados objetos e situações: são as fobias.

A angústia das fobias são multiformes.

Freud separa três grupos de fobias:

2.1 Fobias em que objetos e situações temidos têm em si, algo de perigoso para as 'pessoas normais' também. Não são ininteligíveis, porém são exageradas

Ex.: Medo de cobras - sensação de repulsa.

2.2 Fobias nas quais o perigo existe, mas é comum minimizá-lo e não prevê-lo.

São as fobias de situação: viajar de trem, de navio; solidão; multidões; espaços fechados; trovoadas.

O conteúdo não é estranho, mas a intensidade, sim.

2.3 Fobias ininteligíveis

Servem como exemplo as fobias de animais que em algumas pessoas podem suscitar 'ternura' e as fobias de espaços abertos em pessoas adultas e fortes.

As formas de angústia livremente flutuante e de angústia psicicamente ligada das fobias são independentes. As primeiras parecem ter a significação de doença grave e as segundas, de 'esquisitices'.

3 A terceira forma é enigmática, pois o perigo ameaçador não se apresenta à percepção do observador

Não há sinal de perigo ou causa exagerada como perigo.

É o caso da angústia na histeria. Nesta, a angústia faz parte dos sintomas e freqüentemente aparece como um acesso de angústia isolado. Nos ataques, ocorre um fracionamento do complexo de angústia - um único sintoma intensamente desenvolvido como tremor ou, vertigem, e a sensação geral ('sentimentos' e percepções de atos de descarga, prazer/desprazer) em que se reconhece que a angústia pode estar ausente ou indistinta.

E aqui Freud revela sua tese acerca da angústia neurótica mediante a comparação com a angústia realística: se a angústia realística é invariavelmente uma reação ao perigo, na angústia neurótica deve haver **algo** que se teme, mesmo que na angústia neurótica o perigo pareça desempenhar um papel mínimo ou até nulo.

Com isso, Freud evidencia o acento na pesquisa da causa psíquica da angústia.

Conforme diz:

Podemos correlacionar a ansiedade neurótica, na qual o perigo desempenha um papel mínimo ou nulo, com a ansiedade realística que, invariavelmente é uma reação ao perigo? E como iremos compreender a ansiedade neurótica? Certamente nos inclinaremos, no primeiro caso, a manter nossa expectativa de que, onde existe ansiedade, deve haver algo que se teme (FREUD, 1990f, p. 467).

A clínica psicanalítica fornece à Freud, segundo ele mesmo diz, os indícios para a compreensão da causa que busca para a angústia - algum perigo que se teme, também na angústia neurótica.

Para isso, reúne as causas que conhece, as quais vamos expor a seguir:

Causas que conhece

Em primeiro lugar, Freud relaciona as observações que fez a partir das neuroses de angústia que lhe indicaram que há relação de origem entre a libido e a angústia, como o fato da angústia estar presente e o desejo sexual ausente. Nesses casos, o estado de expectativa dependia da vida sexual do sujeito em questão: a intensa excitação sexual não encontra descarga satisfatória, isto é, a excitação não é consumada. A abstinência sexual, é pois, um fator importante para a

produção de angústia, isto, na proporção que a libido for intensa e impedida de encontrar descarga satisfatória.

Outro resultado desse estado de coisas, além da doença, é o caráter assumido pela pessoa – o pessimismo.

Nas palavras de Freud:

Não é difícil comprovar o fato de que a ansiedade expectante, ou o estado de apreensão geral, depende estreitamente de determinados acontecimentos da vida sexual ou, digamos, de certos empregos da libido. O caso mais simples e mais instrutivo desse tipo ocorre em pessoas que se expõem àquilo que se conhece como excitação não-consumada – isto é, pessoas nas quais violentas excitações sexuais não encontram descarga suficiente, não conseguem chegar a um final satisfatório [...].

[...] Em tais circunstâncias, a excitação libidinal desaparece e a ansiedade aparece em seu lugar, seja na forma de ansiedade expectante, seja em ataques e equivalentes da ansiedade. A interrupção do ato sexual, como preocupação, se praticado como *régime* sexual, é a causa tão freqüente de neurose de ansiedade em homens, mas mais especialmente em mulheres [...] (FREUD, 1990f, p. 468).

[...] a abstinência sexual atualmente recomendada com tanta ênfase pelos médicos, apenas tem a mesma importância na geração de ansiedade quando a libido, impedida de encontrar uma descarga satisfatória é correspondentemente forte e não foi utilizada, em sua maior parte, pela sublimação (FREUD, 1990f, p. 469).

Com esses apontamentos Freud confirma que considera a sexualidade firmemente relacionada com os estados de angústia.

Assim o diz:

Mesmo nos casos em que a questão não é a doença, mas sim a forma assumida pelo caráter da pessoa, é fácil reconhecer que a **restrição sexual** caminha em mãos dadas com algum tipo de ansiedade e indecisão[...]. Por mais que essas correspondências sejam modificadas e complicadas por numerosas influências culturais, não obstante, para a média dos seres humanos, permanece a verdade de que a ansiedade tem estreita vinculação com a limitação sexual (FREUD, 1990f, p. 469, grifo nosso).

Nos casos de neurose de angústia, entende que o refreamento sexual é causa da angústia.

Outras observações colaboram com essa tese:

- O aumento na produção de libido em determinadas fases da vida como menopausa e puberdade influencia a produção de distúrbios ansiosos;
- Em alguns estados de excitação, observa-se mistura de libido e ansiedade e a substituição final da libido pela ansiedade.

Portanto, essas primeiras observações clínicas empreendidas, dão a Freud sua tese principal que se desdobra:

a) A libido é impedida de encontrar uma descarga satisfatória.

b) A libido não empregada é a causa da angústia.

As psiconeuroses²¹ constituem-se outros pontos de referência clínicos dos indícios que Freud procura sobre a presença de um perigo na causa da angústia - algo que se teme (alguém teme).

Na histeria Freud encontra a angústia acompanhando freqüentemente os sintomas ou surgindo sob a forma desvinculada - em forma de ataque ou como condição crônica. Nesses casos, o paciente relaciona o medo que sente, às primeira fobias que lhe vêm à mente – medo de morrer, enlouquecer ou medo de ter um outro ataque.

São os resultados da análise da situação em que a angústia surgiu, através da psicanálise, que proporcionam a Freud a descoberta de que os fenômenos de angústia substituem o curso normal dos pensamentos. O processo de pensamento inconsciente que sofreu repressão, teria sido acompanhado de um afeto ou impulso (Freud utiliza-os como sinônimos) específico que, após a repressão, se manifesta como angústia. A angústia no histérico pode ter como seu correspondente inconsciente um impulso de características semelhantes, como vergonha, embaraço, ou mesmo a própria angústia ou até mesmo uma excitação libidinal ou agressiva (como raiva ou irritação).

Segundo diz:

Se a situação, a partir da qual a ansiedade (ou sintomas acompanhados de ansiedade) surgiu, é submetida à análise, podemos quase sempre, descobrir que o curso normal dos eventos psíquicos deixou de ocorrer e foi substituído por fenômenos de ansiedade [...] Esse processo [inconsciente] ter-se-ia acompanhado de um afeto específico e agora constatamos, para nossa surpresa, que esse afeto que acompanha o curso normal dos acontecimentos, seja qual for sua qualidade própria, invariavelmente é substituído por ansiedade, após a incidência da repressão. Assim, quando temos diante de nós um estado de ansiedade histérico, seu correspondente inconsciente pode ser um impulso de características semelhantes – ansiedade, vergonha, embaraço – ou, com a mesma facilidade, uma definida excitação libidinal ou agressiva, hostil, como raiva ou irritação (FREUD, 1990f, p. 470).

²¹ Freud chama de psiconeuroses, as neuroses de defesa: histeria, obsessão, histeria de angústia (fobia)

Assim conclui acerca da presença da angústia a partir da histeria: "Portanto, a ansiedade constitui moeda corrente universal pela qual é ou pode ser trocado qualquer impulso, se o conteúdo ideativo vinculado a ele estiver sujeito à repressão" (FREUD, 1990f, p. 470, grifo nosso).

Pela análise que faz dos atos obsessivos, os quais parecem isentos de angústia, Freud faz outra descoberta acerca da geração do afeto de angústia, a saber: o impedimento da execução do ato obsessivo ou ritual, seja por ação externa seja pelo um esforço realizado pela própria pessoa com o objetivo de livrar-se de sua compulsão, produz uma profunda angústia que tende a compelir novamente o sujeito ao ato.

Essa observação clínica confirma a presença de angústia mesmo nas obsessões, encoberta pelo ato obsessivo, que só foi executado com o objetivo de evitá-la.

Conforme escreve:

Se tentarmos impedir-lhes a execução de seu ato obsessivo - o ato de lavar-se ou o ritual -, ou eles próprios arriscam-se a uma tentativa de abandonar uma de suas compulsões, vêem-se compelidos pela mais terrível ansiedade a submeter-se à compulsão. Podemos ver que a ansiedade estava encoberta pelo ato obsessivo e que este só foi executado com o fito de evitar a ansiedade (FREUD, 1990f, p. 471).

Com isso, Freud conclui sobre a neurose obsessiva: "Numa neurose obsessiva, portanto, a ansiedade, que de outra forma se instalaria, inevitavelmente, é substituída pela formação de um sintoma" (FREUD, 1990f, p. 471).

Na histeria, Freud vê uma relação semelhante que coloca nos seguintes termos: "o resultado do processo de repressão é ou a geração da ansiedade pura e simples, ou a ansiedade acompanhada pela formação de um sintoma, ou a formação de um sintoma sem ansiedade" (FREUD, 1990f, p. 471).

Dessas observações das psiconeuroses - neurose obsessiva e histeria - faz a seguinte 'conclusão geral' acerca da relação entre os sintomas neuróticos e angústia, embora ainda cauteloso:

Assim, pareceria não ser errado, em sentido abstrato²², afirmar que, em geral **os sintomas são feitos para fugir a uma geração de angústia, de outro modo, inevitável. Se adotarmos esse ponto de vista, a ansiedade se coloca, por assim dizer, no próprio centro de nosso interesse pelos problemas da neurose** (FREUD, 1990f, p. 471, grifo nosso).

Dessas descobertas de Freud decorrem pelo menos quatro conclusões importantes que podemos extrair; algumas explícitas, outras implícitas no texto:

1. Sintoma e angústia são coisas diferentes;
2. Há uma relação entre sintoma e angústia: o sintoma é formado para evitar a geração de angústia;
3. A angústia é um afeto nuclear;
4. A angústia é resultado do processo de repressão.

Cabe aqui um apontamento sobre as três primeiras afirmações. Freud as mantém, aprofunda e amplia, sendo a última posta em questão nesse mesmo texto e reexaminada com base nas novas elaborações clínicas e teóricas a partir de 1920, explicitadas no texto de 1926 - *Inibições, sintomas e ansiedade* - que veremos na parte III do nosso trabalho.

Até aqui, as conclusões que Freud expõe acerca de suas observações clínicas não revelam explicitamente uma conexão entre a angústia neurótica e um perigo, 'apenas' demonstram que há relação entre o desvio da libido, ou seja, a excitação sexual e o desenvolvimento de angústia, seja por processos psíquicos (rejeição/recalque), seja por processos que chama, somáticos²³

Como Freud reencontra a questão da qual partiu - onde tem angústia deve haver algo que se teme, mesmo na angústia neurótica - e que constitui o centro desse novo empreendimento de pesquisa acerca da angústia?

Retorna à comparação possível entre o que chama de angústia realística e o que chama de angústia neurótica: pela correspondência de seus achados clínicos sobre a angústia neurótica com a 'teoria da libido' e pela

²² Parece querer dizer – ainda não pode afirmar (confirmar) isso no sentido metapsicológico, isto é, topográfico-dinâmico.

²³ A expressão processos somáticos não faz jus à ampla pesquisa e conclusões que culminam no conceito de libido, o qual se refere à ligação entre o corpo e a mente. Não é assim possível, portanto, considerar seu desvio um processo inteiramente somático

confluência desses dois com suas observações sobre a angústia nos 'estados normais', chega à conexão que procura.

Toma como ponto de partida a oposição entre o ego e a libido e a relaciona com o fato que apontou anteriormente acerca da geração de angústia (realística), a saber, que é uma reação ao perigo e "o sinal para empreender a fuga" (FREUD, 1990f, p. 471).

E conclui:

[...] parece plausível supor que, na ansiedade neurótica, o ego faz uma tentativa semelhante de **fuga da exigência feita por sua libido**, que o ego trata esse perigo interno como se fora um perigo externo (FREUD, 1990f, p. 471, grifo nosso).

Amplia essa correspondência:

Assim como a tentativa de fuga de um perigo externo é substituída pela adoção de uma atitude firme e de medidas apropriadas de defesa, também a geração de ansiedade neurótica dá lugar à formação de sintomas, e isso resulta em que a ansiedade seja vinculada (FREUD, 1990f, p. 472).

Desse modo, vemos que Freud chega a uma **função da angústia, comum aos estados neuróticos e normais**: a geração de angústia é a reação do ego ao perigo e o sinal para empreender uma ação de defesa e/ou uma medida de solução diante dessa determinada situação temida. O perigo produz uma reação dupla: sinal ou geração de angústia e tentativa de fuga ou defesa.

Entretanto, a direção da qual parte este perigo, ou seja, o objeto do medo - até então - seria um dos diferenciais da angústia nas neuroses e nos 'estados normais': na angústia realística a reação é a um **esperado perigo de dano** vindo de fora; na angústia neurótica a reação é a um perigo (esperado?) vindo de dentro - a libido, ou mais precisamente as **exigências da libido**.

Além disso, a angústia realística estaria destinada a preservar a vida do sujeito - seu substrato é uma pulsão de autoconservação - e a angústia neurótica teria como função preservar o ego de sua sexualidade - sua própria libido.

Porém, essa correlação teórico-clínica traz um problema teórico a Freud que assim o coloca:

A ansiedade, que significa uma fuga do ego para longe de sua libido, segundo se supõe deriva-se, em última análise dessa mesma libido. Isso é

obscuro e sugere-nos não esquecermos que, afinal de contas, **a libido de uma pessoa é fundamentalmente algo seu e não pode ser posta em contraste com a mesma pessoa como se fosse algo externo**²⁴. É a dinâmica topográfica da geração de ansiedade que ainda é obscura para nós [...] (FREUD, 1990f, p. 472, grifo nosso).

É somente em 1925-26, em *Inibições, sintomas e angústia* que Freud vai resolver esse problema metapsicológico, após a introdução da segunda tópica do aparelho psíquico, onde o ego é determinado como a sede da angústia.

Todavia, conforme vimos, a questão da função da angústia está aqui apontada na direção em que Freud irá aprofundar e ampliar com o que chamamos o terceiro desenvolvimento da elaboração da teoria da angústia: a angústia é a reação ao perigo que as exigências da libido representam para o sujeito (o ego).

Retornemos ao ponto onde deixamos o texto - o problema posto por Freud acerca da possibilidade [dinâmico - topográfica] da angústia ao mesmo tempo derivar-se da libido (excitações transformadas) e ser um sinal que significa uma fuga do ego para longe de sua libido.

Freud indica que são duas as pistas clínicas que utiliza para trilhar um caminho para a solução desse problema: dados obtidos pela observação direta acerca da origem da angústia em crianças e dados obtidos pela investigação psicanalítica da origem da angústia neurótica relacionada com as fobias.

A origem da angústia em crianças

De acordo com Freud, a extrema freqüência com que as crianças demonstram um **estado de apreensão** frente a diversas situações e coisas novas (desconhecidas) e à presença de estranhos faz supor, com facilidade, tratar-se de um dispositivo herdado e inato, destinado à proteção ou preservação de sua vida - um instinto de autoconservação.

Essa **reação de apreensão** das crianças, pareceria bem adequada e justificada por causa de sua fragilidade e ignorância em face do "mundo".

²⁴ Após 1920, Freud desenvolve a 2ª tópica (O ego e o Id - 1923) que lhe dá condições de resolver essa antinomia: o ego é um sistema intermediário entre o 'mundo externo', o inconsciente recalcado e o id, sede das pulsões.

Assim, as crianças apresentariam uma angústia (medo) realística, determinada pela consciência de sua debilidade (indefensão, desvalia) e fraqueza em comparação com a força 'do mundo externo'.

Por outro lado, Freud ressalta o fato das crianças, inicialmente, demonstrarem muito pouco ou nenhum medo de coisas perigosas, que colocam em risco sua integridade física, como objetos cortantes, animais, fogo, água. Com isso revelam que a **maior ignorância do perigo diminui a chance de medo** dessas situações perigosas e demonstram que têm pouca ansiedade realística inata - portanto, instintual - dependendo completamente da educação, para o despertar desse medo (apreensão) dos perigos a fim de manter sua existência (vida), sua segurança.

Assim escreve Freud a esse respeito:

Parece que as crianças têm pouca ansiedade realística verdadeira inata. Em todas as situações que posteriormente podem tornar-se fatores determinantes de fobias (alturas, pontes estreitas sobre a água, viagens de trem, navios), as crianças não demonstram ansiedade; e, para dizer a verdade, quanto maior sua ignorância, menor sua ansiedade. Teria sido muito bom se tivesse herdado mais desses **instintos** de preservação da vida, porque tal circunstância teria facilitado em muito a tarefa de cuidar delas, de evitar que corram um perigo após outro. O fato consiste em que as crianças inicialmente superestimam suas forças e se comportam sem medo por ignorarem os perigos. Correm à beira d'água, sobem o peitoril da janela, brincam com objetos cortantes e com fogo - em suma, fazem tudo o que é capaz de feri-las e preocupar a quem delas está cuidando. Quando por fim, nelas desperta a ansiedade realística, tal resulta inteiramente da educação; isso porque não se pode permitir-lhes que elas próprias realizem as experiências de instrução (FREUD, 1990f, p. 474, grifo nosso).

Com isso, vemos que Freud, longe de desconsiderar a angústia realística, coloca-a em um determinado lugar: seu surgimento é tardio e depende mais da transmissão cultural²⁵ do que instintiva.

Entretanto, o exame aprofundado (baseado em considerações psicanalísticas) do estado de apreensão das crianças lhe permite uma formulação teórica que demonstra que "algo que se comporta como ansiedade realística compartilha seu aspecto essencial - a origem a partir da libido não empregada - com a ansiedade neurótica" (FREUD, 1990f, p. 474).

Portanto, uma teoria da angústia, fundada em uma origem libidinal (sexual), em estados neuróticos ou não.

²⁵ Com o que consideramos: a linguagem.

Seus argumentos principais repousam inicialmente na consideração de que há uma dificuldade de distinguir entre o que é uma angústia realística e uma angústia neurótica nas crianças, cuja conduta, coloca em dúvida até mesmo o valor de tal distinção.

Isso porque, conforme vimos, Freud aponta para o fato das crianças freqüentemente se assustarem com pessoas e situações desconhecidas, mas alerta alhures que não se pode desprezar o fato de que a angústia é de grau variável nas crianças e que aquelas que demonstram maior 'fraqueza de ânimo', falta de firmeza, decisão e energia diante de situações e objetos é que vem a se tornar neuróticas.

Diz: "Assim, a tendência neurótica revela-se também por uma profunda tendência à ansiedade realística" (FREUD, 1990f, p. 473).

Esses fatos **poderiam** levar à conclusão de que :

[...] as causas determinantes da ansiedade realística (seriam) a consciência da própria fraqueza e desvalia - inferioridade, segundo a terminologia de Adler²⁶, quando se prolonga da infância à idade adulta é a base final das neuroses (FREUD, 1990f, p. 473).

Desse modo, conforme explica Freud, a origem da angústia na libido seria desmentida, e o temor à magnitude da libido que demonstram crianças e adolescentes estaria fundado no fato de que temem tudo, e, conseqüentemente nos adultos a causa da neurose e da angústia seria a preservação da existência e um sentimento de inferioridade.

Nas palavras de Freud:

Assim, a tendência neurótica revela-se também por uma pronunciada tendência à ansiedade realística; o estado de apreensão parece ser a coisa primária, e chegamos à conclusão de que a razão porque as crianças e, depois, os adolescentes e as adolescentes em crescimento temem a magnitude de sua libido reside em que, de fato, eles temem tudo. Dessa forma, seria desmentida a origem da ansiedade na libido (FREUD, 1990f, p. 473).

E aqui, Freud faz um alerta e inicia seus contra-argumentos teóricos e clínicos para esses determinantes da neurose e da angústia:

²⁶ Vê-se aqui um debate de Freud acerca da teoria de A. Adler, na qual 'o sentimento de inferioridade' seria a causa das neuroses, isto é, 'desprezando' a teoria da sexualidade de Freud.

Isso soa tão simples e sedutor que exige nossa atenção. [...] a existência continuada do sentimento de inferioridade - e, portanto, daquilo que causa a ansiedade e formação de sintomas - parece tão bem assegurada, que os itens que exigem uma explicação consistem, com efeito, em saber o modo como por exceção, pode advir aquilo que conhecemos como saúde (FREUD, 1990f, p. 473).

O exame de um importante elemento relacionado ao estado de apreensão em crianças novas demonstra que a 'libido desvinculada' pela falta da mãe - ausência, separação, desapontamento - são responsáveis por esse estado.

Bem no início, o que as crianças temem são as **pessoas estranhas**; as situações só se tornam importantes porque nelas se incluem pessoas, e coisas impessoais não entram em conta, em absoluto, a não ser posteriormente.

E uma criança tem medo de um rosto estranho porque está habituada à **vista** de uma figura familiar e **amada** - basicamente sua mãe. É seu desapontamento e seu anelo²⁷ pela mãe que se transforma em ansiedade - sua **libido**, de fato que se tornou inaplicável, não podendo, assim, ser mantida em estado de suspensão, sendo descarregada sob a forma de ansiedade (FREUD, 1990f, p. 474, grifo nosso).

Portanto, diz:

Uma criança [...] não teme os estranhos porque lhes atribui más intenções e compare sua fraqueza com a força deles, e, por conseguinte, os considere um perigo para sua existência, sua segurança e sua isenção de sofrimento (FREUD, 1990f, p. 473).

Assim, Freud critica a teoria segundo a qual a angústia é, na origem, realística, referindo que uma criança desconfiada e amedrontada com o instinto agressivo que domina o mundo constitui uma formulação teórica muito mal fundada.

A situação descrita anteriormente - a separação da mãe - é apontada por Freud como o protótipo da origem da angústia nas crianças, e determina-lhe a suspeita de que não é por acaso que se revela como uma repetição do fator determinante do primeiro estado de ansiedade, durante o ato do nascimento, isto é, a separação da mãe.

E dificilmente pode tratar-se de uma casualidade o fato de, nessa situação que constitui o protótipo da ansiedade de crianças, ocorrer uma repetição do fator determinante do primeiro estado de ansiedade, durante o ato do nascimento - quer dizer, a separação da mãe (FREUD, 1990f, p. 474).

²⁷ Aspiração, desejo intenso

Além do estado de apreensão apresentado pelas crianças pequenas quando da ausência da mãe, as primeiras fobias a situações apresentadas por elas são, escreve Freud, relativas à escuridão e à solidão, em razão de que a criança sente a ausência de alguma pessoa amada, que cuida dela, tornando-se um **anseio** sentido no escuro, em um **medo do** escuro. O anelo sentido no escuro se transforma em medo do escuro.

Portanto, o que a criança sente pela **ausência**, é um anelo, um desejo intenso, o que determina o estado de apreensão e a formação subsequente de fobias muito comuns - o temor ao escuro e à solidão.

Assim conclui Freud :

Longe de tratar-se do caso de a ansiedade neurótica [angústia frente à sexualidade] ser apenas secundária e ser um caso especial de ansiedade realística, vemos, pelo contrário, que, numa criancinha, algo que se comporta como ansiedade realística compartilha seu aspecto essencial – a origem a partir da libido não-empregada – com a ansiedade neurótica. Parece que as crianças têm pouca ansiedade realística verdadeira inata (FREUD, 1990f, p.474).

O estado de apreensão nas crianças pequenas demonstra que **as exigências da libido** são perigosas - representam um perigo. É a ausência do objeto - do objeto de amor - que torna as exigências libidinais um perigo.

A criança teme a separação da mãe porque fica exposta, sozinha com sua libido - seu desejo.

A lógica freudiana é clara: uma criança pequena teme algo que é seu - a libido - porque não sabe como empregá-la, a não ser em relação à mãe. Faltam-lhe ainda, 'recursos psíquicos' - representações nas quais possa 'ancorar' sua libido.

Em outras palavras, o perigo de estar sozinho na situação de desamparo do encontro com a satisfação (a libido), em função da falta de representação - é um desamparo simbólico.

A pulsão é um real que exige o simbólico, exige um trabalho o tempo todo, põe o pensamento (representações) para funcionar: o que é isso que acontece no meu corpo? - e procura representações.

O que se demonstra é que o humano carece de um fator constitucional inato para a defesa da vida - há uma carência de instintos de autopreservação .

Preservar a vida - afastar os perigos - está na dependência do outro - da educação para a angústia (medo).

O que o humano tem é a libido.

O sujeito humano deve aprender e apreender saber-se em falta (indefeso) - A indefensão não se liga apenas a uma condição geral e intrínseca de perigos naturais, mas antes, e fundamentalmente, ao 'perigo sexual'. Sexual é o anseio pelo outro (mãe) que supre suas necessidades, sua existência, mas sobretudo, seu anseio (desejo) - a satisfação libidinal.

Freud resume assim o resultado da análise do estado de apreensão em crianças:

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, 1990f, p. 476, grifo nosso).

A origem da angústia neurótica relacionada com as fobias

A análise das fobias em adultos leva Freud às mesmas conclusões que suas observações acerca da angústia de crianças, verificando que nelas, "a libido não-utilizável é constantemente transformada em uma ansiedade aparentemente realística, [onde] um perigo externo insignificante é introduzido para representar as exigências da libido" (FREUD, 1990f, p. 476).

Freud adscreeve a origem das fobias dos adultos - que chama de 'histeria de angústia' ou 'fobia histérica' - às fobias infantis, apontando essas últimas como sua condição prévia, ainda que tenham conteúdo diferente.

Diz:

Não há nenhum motivo para admiração nessa concordância [entre as fobias e a ansiedade em crianças], pois as fobias infantis não são apenas o protótipo de fobias ulteriores, que classificamos como 'histeria de angústia', mas, na realidade, são a sua pré-condição e seu prelúdio. Toda fobia histérica remonta a uma ansiedade infantil e é continuação da mesma, ainda que tenha conteúdo diferente (FREUD, 1990f, p. 476, grifo nosso).

A diferença do que acontece com as fobias infantis e as fobias de adultos, acrescenta, está no seu **mecanismo**.

Freud explica da seguinte forma esse mecanismo:

A fim de que a libido se transforme em ansiedade, já não basta, no caso de adultos, que a libido se tenha transformado momentaneamente não-utilizável na forma de um anelo. Os adultos há muito aprenderam a manter em suspenso essa libido ou a empregá-la de algum outro modo. Se, entretanto, a libido pertence a um impulso psíquico que esteve sujeito à repressão, então se restabelecem (sic) condições semelhantes às que se observam numa criança em quem ainda não existe distinção entre consciente e inconsciente; e, por meio da regressão à fobia infantil, abre-se uma passagem, por assim dizer, através da qual pode realizar-se comodamente a transformação da libido em ansiedade (FREUD, 1990f, p. 476).

O mecanismo ao qual se refere Freud, que diferencia a angústia infantil e a fobia dos adultos, parece ser, então, o mecanismo do recalque .

Nas crianças pequenas, o recalque está-se constituindo, e a libido não-utilizável momentaneamente na forma de um anelo (desejo intenso), 'não tem onde se apoiar' quando da ausência da mãe, porque ela é a única representação que tem e transforma-se, assim, diretamente em angústia.

Nos adultos, onde há um inconsciente recalçado, ou um 'impulso psíquico reprimido', a 'transformação direta' da libido em angústia só se dá se a 'libido despertada pertencer ao impulso que estava reprimido'.

Essas idéias se baseiam , diz Freud, no mecanismo do recalque: na verificação da vicissitude do afeto ligado à idéia a ser reprimida.

No processo de repressão, diz, o que acontece com a idéia é diferente do que acontece com o afeto. As vicissitudes da idéia reprimida constituem os sintomas, ao passo que o afeto passa por um processo de transformação.

A transformação do afeto é a parte mais importante do processo de repressão, já que essa última se dá a fim de tornar o impulso inoperante. Essa transformação seria a modificação da satisfação da libido vivida como prazer, em satisfação da libido experienciada como desprazer.

Fica então uma questão para Freud: como o afeto é um processo de descarga, ele deve ser julgado de modo diferente do de uma idéia - o que é que então que corresponde a ele no inconsciente?

Todas essas pontuações culminam na seguinte afirmação : "[...] a geração de ansiedade está intimamente ligada ao sistema do inconsciente" (FREUD, 1990f, p. 477).

Freud aqui parece saber mais do que escreve; ao menos deixa implícito que seu interesse está voltado para a solução do enigma que é a angústia no psiquismo.

Ele indica que o recalque parece ser o processo-chave da compreensão do fator psíquico da angústia - das relações entre a angústia e o inconsciente.

Nesse texto, Freud se apóia, em parte, na primeira teoria da angústia, em que a descarga sob forma de ansiedade é o destino imediato da libido quando sujeita à repressão; entretanto, descobre também a angústia como sinal para defesa-recalque.

Ainda está por afirmar e desenvolver certas formulações que podemos assim colocar: o processo de recalque, que vincula as excitações às representações de objeto, também cinde o aparelho psíquico. O recalcado é recalcado, porque produziu angústia ao ego.

A angústia infantil é o 'nú', o centro lógico da angústia no adulto. Pode-se antecipar que a angústia do adulto é a expressão do 'retorno do recalcado' - sinal do despertar da percepção do impulso que estava ligado a uma idéia esquecida (inconsciente); em outras palavras, signo do retorno de uma moção de desejo infantil.

A solução do enigma da causa psíquica da angústia aguarda novas elaborações que estão por vir no próximo desenvolvimento, em 1925 e 1933. O esclarecimento da inscrição psíquica da libido no ego e no inconsciente ilumina o conhecimento das relações entre a angústia, a libido, o inconsciente e o ego.

Freud tem ainda um caminho por elaborar acerca da causa psíquica da angústia: a inscrição psíquica das excitações que tem como referente simbólico, o complexo de castração, isto é, o desejo na sua relação ao falo.

Esse texto se encerra com uma lição clínico-conceitual quanto às fobias :

[...] é inadequado buscar simplesmente explicar seu conteúdo, não interessar-se por outra coisa senão no modo como se sucede esse ou aquele objeto, essa determinada situação ou aquela outra, haver-se tornado o objeto da fobia (FREUD, 1990f, p. 478).

E, seguindo suas elaborações, sabemos porque: o objeto do medo - sua causa, está no sujeito.

2 Discussão e Conclusão Acerca do Segundo Desenvolvimento

A discussão e conclusões seguintes referem-se ao texto *Ansiedade* por tratar-se do trabalho teórico mais importante desse período.

A interrogação fundamental de Freud acerca da angústia, nesse texto de 1917, não deixa de ser a mesma do primeiro período de sua pesquisa : interessa-lhe desvendar sua causa (sexual).

Entretanto, nesse período, a abordagem da angústia com base na sua função, possibilita a Freud dar uma ‘virada clínica’: da causa ‘orgânica’ para a causa psíquica.

Todavia, já foi dito que quando tratou a causa somática da angústia, já aí Freud abordou-a a partir das excitações no corpo, mas considerando que essas excitações têm um representante psíquico.

Pode-se então constatar, nas elaborações freudianas acerca da angústia em 1917, um percurso cujo eixo é a pesquisa de sua causa psíquica, percurso esse que ele faz investigando sua função.

A abordagem da angústia, por sua função - ser um sinal frente a um perigo para colocar em curso uma defesa - permitiu a Freud reconhecer que nas neuroses a angústia (medo) é sinal frente a um perigo interno - as exigências da libido - que conduz à sua rejeição pelo ego e a colocação em marcha de uma resposta sintomática.

Além disso, a abordagem da angústia pela sua função de sinal deu-lhe uma pista da importância de investigar sua origem na infância para saber se desde então as exigências da libido são perigosas ao ego e por qual motivo, o que lhe possibilita situar seu surgimento na história do sujeito – separação da mãe e ato do nascimento - e redefinir sua causa sexual, ampliando-a e esclarecendo-a.

Esse percurso sobre a causa psíquica da angústia pode ser desdobrado em dois.

I - O primeiro percurso: da função e da causa

A pergunta de Freud sobre a causa da constante presença e maior intensidade da angústia nos estados neuróticos em comparação com a vivência

dessa experiência nos estados normais orienta e organiza o primeiro percurso de sua pesquisa sobre esse fenômeno nesse período. Essa pergunta supõe uma questão clínica que é sobre a função psíquica da angústia: a angústia deve ter uma função nos estados neuróticos, correspondente à sua função nos estados normais; a angústia deve ter uma função psíquica para além de sua função biológica de auto-conservação.

Portanto, a pesquisa sobre o que parece ser uma angústia realística, presente nos estados normais, constitui para Freud o primeiro campo de investigação através do qual extrai indicações que culminam em sua primeira tese sobre a angústia neurótica através da qual orienta o caminho de sua investigação em direção à sexualidade como causa psíquica.

Assim, Freud toma como ponto de partida o exame da experiência que todos os humanos têm, o que chama de angústia realística e chega à sua invariável função de defesa: reação, através de um sinal subjetivo, a um perigo de dano vindo desde um objeto externo. Daí deriva sua primeira e principal hipótese acerca da angústia neurótica que orienta a sua pesquisa posterior que é a origem do temor e dos perigos: se a angústia realística é invariavelmente uma reação ao perigo, também na angústia neurótica deve haver algo que se teme.

1 O exame da angústia realística

1.1 O exame da angústia pela via do objeto

O medo realístico é racional e inteligível, é o medo de coisas, situações e pessoas que colocam em risco a integridade física, a existência do sujeito. Depende do saber prévio do sujeito sobre o fato de que o objeto ou situação constitui em um perigo e de sua percepção da presença desse objeto.

Em outras palavras, um dano é esperado e previsto vindo de um objeto externo, conforme a experiência do sujeito.

Isso implica que Freud deixa implícito que mesmo o temor 'real' não é determinado pelas características perigosas empíricas do objeto.

1.2 O exame da angústia pela via do sujeito

A angústia é uma reação que se dá no sujeito, no seu corpo, na sua 'mente'. No caso da angústia realística, é uma reação à percepção de um perigo

externo. Essa reação pode ser subdividida em estado de preparação expectante (expectativa), quando é apenas um sinal – início meramente frustrado - e, em geração de angústia propriamente dita, que paralisa a ação.

A reação de angústia expectante implica, portanto, um estado subjetivo do qual se é tomado ao perceber o surgimento da angústia. É um estado afetivo ou um afeto. Esse estado afetivo é a composição de descargas motoras acompanhadas de sensações de desprazer e do aumento da atenção sensória e da tensão motora.

Com esses últimos apontamentos pode-se concluir que a angústia é a expressão de uma indicação (perceptual) na mente do que ocorre no corpo; ou seja, a expressão de uma relação corpo/mente.

O que ocorre no corpo é que ele é afetado por uma experiência considerada danosa. O estado de preparação expectante ou angústia sinal avisa o sujeito da aproximação de um perigo e possibilita que ele tome providências para sua proteção.

Portanto, a função da angústia realística é promover uma (re)ação de defesa que envolve o reconhecimento de um perigo e uma ação sobre esse perigo que é a fuga ou luta. Tem a função preventiva de conservação do indivíduo.

Assim, o exame de uma angústia que seria realística dá base a Freud para a verificação da função da angústia como um sinal subjetivo – estado afetivo perante um perigo de dano e uma reação a esse perigo.

Não obstante, na angústia realística, o perigo pareça vir do objeto externo, o exame dessa angústia, dá base a Freud para a verificação de que é um sujeito que define o que é temível ou não, isto é, é no sujeito que se dá o sinal para a percepção do objeto.

Após o exame das manifestações da angústia e de sua função nos estados normais, Freud procede a um exame semelhante das suas manifestações nas neuroses, a fim de chegar à sua função.

2 O exame da angústia neurótica

2.1 As manifestações

As formas de manifestação (expressão) de temor nas neuroses, que Freud encontra, são variadas: na forma livre - uma apreensão (medo) generalizada e

intensa; na forma ligada - nas fobias, o temor a objetos e situações que são exagerados como um perigo, o temor a certas situações é de uma intensidade tal que causa estranhamento e medos ininteligíveis a espaços abertos e a animais ; nas histerias o temor se manifesta como acesso isolado e indistinto, e o perigo não se apresenta à percepção do observador.

Esses resultados da pesquisa psicanalítica acerca das manifestações de angústia nas neuroses, mesmo que não evidenciem o papel do perigo na reação, proporcionam a Freud indícios de que de algum modo, também nas neuroses, a angústia é uma reação de medo; nela estaria envolvido algum perigo.

Sendo assim, da correlação entre angústia realística e neurótica, Freud extrai sua primeira e principal tese : Onde há angústia, há algo que se teme.

Em resumo, na primeira parte desse percurso, Freud examina a angústia realística para saber o modo como ela se apresenta e qual é sua função e a compara com as formas de expressão de angústia nas neuroses obtidas através da pesquisa psicanalítica a fim de verificar se sua função também corresponde a um sinal de alerta diante de um perigo.

Com efeito, a questão sobre o perigo envolvido na reação de angústia neurótica, lhe conduz à sua função de sinalizar um perigo, no caso, um perigo interno.

Para tal empreendimento - localizar esse perigo interno, o 'objeto' do medo na angústia neurótica - após levantar as causas que conhece, até então, da angústia neurótica, examina sua tese à luz da teoria da libido .

2.2 As causas até então levantadas através da clínica psicanalítica

Por meio de sua pesquisa sobre as neuroses de angústia, Freud descobre que os estados de apreensão dependem de certos empregos da libido ou acontecimentos da vida sexual (restrição sexual) que são excitações violentas e não consumadas. Conclui que a libido não empregada é a causa da angústia.

Observe-se que pelo modo como Freud expõe essa tese acerca da causa da angústia – a libido impedida de encontrar descarga - não se esclarece o medo nem o perigo envolvidos. Entretanto, a restrição sexual é uma pista para o mecanismo psíquico envolvido aí: alguém deve restringir, não seria apenas um ato fisiológico de restrição.

A análise das psiconeuroses – histeria e atos obsessivos - conduz Freud à conclusão de que seus sintomas são uma formação que substitui uma inevitável geração de angústia.

Freud conclui que o fator comum de rejeição da libido (sexualidade) é que promove sua deflexão de seu emprego normal. A rejeição se dá por processos somáticos (interrupção da descarga pela interrupção do ato sexual, abstinência – a quantidade ou soma de excitação ‘se desvia’) ou por processos psíquicos (defesa/recalque - a representação ligada ao impulso é ‘esquecida’). A libido deflectida origina a angústia.

Até aqui, suas conclusões sobre a causa da angústia não revelam uma conexão entre a angústia neurótica e um perigo, apenas demonstram que há relação entre o desvio da libido – a excitação sexual – por um processo de rejeição e o desenvolvimento da angústia.

Para encontrar essa conexão, Freud reexamina a comparação entre a angústia realística e a angústia neurótica à luz da teoria da libido – que se resume em uma oposição entre o ego e a libido - e chega a uma tese:

Se na angústia realística a angústia é uma reação ao perigo e o sinal para empreender a fuga, também na angústia neurótica o ego faz uma tentativa semelhante de fuga da exigência feita pela sua libido. O ego trata esse perigo interno como se fosse um perigo externo.

A tentativa de fuga de um perigo externo é substituída pela adoção de medidas apropriadas de defesa e a geração de angústia é substituída pela formação de sintomas, resultando na vinculação dessa angústia.

A conclusão geral que se pode ter a partir da primeira parte desse percurso é que Freud atribui uma função da angústia comum aos estados neuróticos e normais: a geração de angústia é a reação do ego ao perigo e o sinal para empreender uma ação de defesa e/ou uma medida de solução frente a essa determinada situação temida.

A direção da qual parte esse perigo – o objeto do medo – seria um dos diferenciais da angústia nas neuroses e nos estados normais: na angústia realística, a reação é a um esperado perigo de dano vindo de fora; na angústia neurótica, a reação é a um perigo (esperado?) vindo de dentro. Esse perigo interno é a libido ou mais precisamente, as exigências da libido. Outra diferença é que a angústia realística estaria destinada a preservar a vida do sujeito – o ‘eu total’ - e a

angústia neurótica teria como função preservar o ego de sua sexualidade – sua própria libido.

O que o ego rejeita, o perigo, para o ego, é a exigência da sua libido que, conforme sabemos, é a exigência de satisfação – um impulso que pressiona ao ato de satisfação.

Portanto, podem-se cernir duas teses de Freud, até então, acerca da angústia neurótica:

Da causa psíquica

A angústia é medo cuja causa está no próprio sujeito.

A causa da angústia é a própria sexualidade do sujeito cuja satisfação é percebida como perigo pelo ego.

Da função psíquica

A função da angústia, se for apenas um sinal subjetivo, consiste pôr em ação a defesa do ego em relação ao perigo que constitui, para ele, a satisfação libidinal.

Do texto depreende-se que, uma vez que a excitação libidinal se inscreve psiquicamente por meio de um representante, a ação de defesa conduz a um afastamento da percepção do objeto – o representante psíquico dessa soma de excitação. Esse apontamento será explicitado por Freud no período posterior, no texto *Inibições, sintomas e ansiedade* (1926).

II - O segundo percurso: da função à origem da angústia (e dos perigos) para o esclarecimento e redefinição de sua causa.

A tese segundo a qual a angústia neurótica tem como função defender o ego de sua sexualidade – isto é, um perigo interno - assim como a angústia realística tem como função defender o ‘eu total’ de perigos externos, traz um problema teórico a Freud, em razão de que os resultados de sua pesquisa, até então, lhe indicarem que a angústia tem uma origem libidinal.

Freud se pergunta como é possível que a angústia que, segundo ele supõe, deriva da libido possa, ao mesmo tempo, ser sinal para fugir dessa libido. Em outras palavras, porque e como o ego se afasta, se defende da libido, recusando-a, já que ela faz parte do próprio sujeito? Por que as exigências da libido são consideradas um perigo pelo ego?

No segundo percurso de seu trabalho, Freud segue duas pistas clínicas que, segundo ele, oferecem um caminho de resposta à questão anterior : a pesquisa da origem da angústia em crianças e da fobia em adultos.

A investigação da origem do medo (estado de apreensão) infantil, inicialmente mediante a análise da angústia realística nas crianças e posteriormente mediante a análise do primeiro temor infantil constitui o segundo campo de investigação acerca das relações entre a sexualidade (libido) e a angústia do qual Freud extrai as indicações de que a lógica desse temor está na sexualidade infantil ou nas condições da libido infantil - libido inaplicável – em relação a um objeto .

Em outras palavras Freud investiga, no medo infantil, os motivos (causa) pelos quais as exigências de satisfação da libido constituem-se um perigo, uma ameaça ao eu.

Nesse caminho do exame da origem do temor nas crianças, Freud expõe que o surgimento da angústia tem relação com a história do sujeito (na sua constituição psíquica) e identifica duas importantes condições de perigo, relativas à libido: a separação do objeto de amor – a mãe, e o ato do nascimento.

Através de duas observações acerca da angústia nas crianças, Freud argumenta que o medo da exigência da própria libido é um dado inicial, anterior ao medo de um perigo externo, concluindo que a angústia infantil não é, no princípio, realística, mas semelhante à angústia neurótica dos adultos e derivada de uma libido não-utilizada a partir da qual substitui o objeto de amor ausente por um objeto externo ou por uma situação.

Sua primeira observação é relativa à angústia realística em crianças pequenas. Nesse exame, constata que a criança nova não demonstra temor a objetos e situações externas, ao contrário, colocam-se em constante risco por ignorar esses perigos.

A outra observação diz respeito ao primeiro temor infantil, a saber, a apreensão diante de pessoas estranhas e, posteriormente, às fobias vinculadas à situação de solidão e de escuro. O exame psicanalítico dessa observação conduz Freud a concluir que a criança tem medo de um rosto estranho porque está habituada à vista de uma figura familiar e amada, que cuida dela – sua mãe – e que seu desapontamento pela sua ausência e, ao mesmo tempo, seu desejo intenso (libido sob a forma de desejo) por ela constituem uma condição em que a libido

torna-se inaplicável, não-empregada ou insatisfeita. Sendo assim, essa libido, conclui, é descarregada sob forma de angústia.

As primeiras fobias a situações apresentadas por crianças são relativas à escuridão e à solidão em função de que a ausência da pessoa amada produz o anseio, e um anseio sentido no escuro (situação externa) se torna um medo do escuro. A situação ou objeto externo é, então, o perigo que substitui o perigo que a ausência do objeto amado conduz. Assim como na angústia neurótica dos adultos, a angústia infantil, sob a forma de fobia, introduz um perigo externo insignificante para representar as exigências da libido.

Com isso, Freud vai esclarecendo que a causa da angústia é sempre interna e deixa implícito que as condições de geração de angústia são determinadas pela representação (mental) psíquica – leia-se inconsciente – da soma de excitação.

Em outras palavras seus apontamentos esclarecem que a sexualidade é representada psiquicamente, e isto dá angústia porque coloca o sujeito em falta, sozinho com sua libido (desejo de satisfação).

Portanto, o complexo em virtude do qual se constitui a angústia infantil é indicado:

A libido exige satisfação – descarga – e essa libido quer se satisfazer em conexão com o objeto amado ; a ausência do objeto produz uma falta de satisfação (que se registra como perda) em que está implícito um excesso de excitação; com isso, cresce o desejo de se satisfazer através do objeto – o único com o qual a criança sabe se satisfazer.

Desse modo, na criança pequena a angústia neurótica é a primeira que acontece – medo de algo de dentro – da libido, deixando implícito que isso ocorre não apenas em sua face ‘de excitações’, mas em sua face simbólica ou de inscrição psíquica dessas excitações. O medo da libido é o medo da vivência de uma pressão à satisfação sob a forma de um desejo intenso, vinculado à ausência da pessoa amada, aquela com a qual empregava sua libido (visão, cuidados).

Isso porque, nesse período, a satisfação da libido só se dá em conexão com esse objeto – faltam-lhe outros recursos psíquicos (representações) nos quais possa empregar sua libido, a não ser a mãe.

Freud, portanto, localiza o primeiro perigo que a criança pequena

não ignora: o perigo interno que a ausência de sua mãe representa, isto porque remete a insatisfação da excitação e ao desejo de satisfazê-la, que permanece.

A análise das fobias em adultos leva Freud às mesmas conclusões que suas observações acerca da angústia de crianças, verificando que nelas a libido não-utilizável é constantemente transformada em uma ansiedade aparentemente realística, na qual um perigo externo insignificante é introduzido para representar as exigências da libido. Com isso, encontra uma concordância entre a angústia e as fobias infantis e as fobias de adultos : as fobias infantis são a condição prévia e o protótipo de fobias posteriores.

Esse argumento que defende ser a angústia infantil pré-condição para a angústia em adultos, se torna importante, porque atribui a angústia neurótica à sexualidade infantil.

Nesse segundo período de investigação sobre a angústia, a linha de pesquisa que Freud adota – ***comparar a angústia neurótica com a angústia realística e localizar o primeiro surgimento da angústia na infância – é um passo essencial para o esclarecimento posterior da causa da angústia, pois situa a angústia como um efeito da experiência de separação, apontando implicitamente, o desejo que ai se constitui, como causa da angústia.***

Retomando os apontamentos centrais de seu percurso, entende-se que as exigências da libido são perigosas porque a ausência do objeto de amor as torna perigosas; isso porque o desapontamento em face da ausência, do qual desperta (e resta) um desejo intenso e uma libido inaplicável, deixam a criança em desamparo simbólico - psíquico (que é uma experiência de perda ou falta interna), isto é, na falta de representações nas quais a excitação possa se vincular . Essa é uma faceta do medo (sinal de angústia) do ego que conduz à defesa e à manutenção dessa experiência no inconsciente e que Freud parece estar Tateando.

Com efeito, nos seus últimos apontamentos, Freud deixa implícito que está no caminho de elaborar a causa inconsciente da angústia, quando diz que “[...] a geração de angústia está intimamente ligada ao sistema do inconsciente” . **É o desejo intenso, o desejo que ficou inconsciente, que constitui para o eu um perigo de dano.** Para o ego, o perigo ou o dano é o abandono. O ego, na ausência da percepção da imagem da mãe, na qual apóia sua libido, ‘se sente abandonado’; para o inconsciente o que se dá é um desamparo.

Desse modo, pode-se esclarecer a ampliação da causa da angústia que essa investigação sobre a origem da angústia nas crianças proporciona.

Os apontamentos de Freud sobre o medo na situação de separação da mãe deixam implícito que a perda do objeto implica perda de satisfação, o que implica uma falta no sujeito - anseio no sujeito. A falta - o anseio - constitui-se um perigo de desamparo psíquico interpretado pelo ego como abandono, 'disparando' o sinal de angústia. Assim, a excitação é temível porque o sujeito fica em falta (desamparo simbólico), fica com o desejo intenso: o sujeito não tem palavras para exprimir a experiência que tem e vivencia uma satisfação parcial.

Em outras palavras, o sujeito fica em estado de libido sem satisfação, e, em estado de desamparo psíquico.

Com isso, Freud indica a causa lógica da angústia que irá desenvolver posteriormente: a sexualidade é representada psiquicamente desde a infância – o desejo intenso de satisfação libidinal em conexão com um objeto, coordenado com a ausência desse objeto, coloca o sujeito em falta – sozinho com sua libido e com seu desejo. Isso indica que a sexualidade é representada psiquicamente desde a infância, desde a inscrição da satisfação da excitação e da falta de satisfação que constitui o desejo.

Portanto, esse percurso de Freud leva à conclusão de que a angústia é sempre relativa à sexualidade e que faz parte da constituição subjetiva seguindo o protótipo da ausência do objeto (separação) que implica uma perda e uma falta no sujeito. Com isso, esclarece a questão da inscrição (no inconsciente) da satisfação da libido e da perda de satisfação – em outras palavras, o próprio desejo - do qual a angústia é sinal (o medo que isso provoca).

Mediante a localização da origem do primeiro temor infantil pela separação da mãe (ausência do objeto de amor), Freud vai do excesso de excitação libidinal (e da libido inaplicável), como causa da angústia também nas crianças, até um fator fundamental para seu esclarecimento: a experiência psíquica da falta e da perda. A inscrição mental da excitação supõe uma inscrição mental de perda e de anseio de satisfação no sujeito - o desejo - o que o coloca em falta.

Sendo assim, a falta em que fica a criança, não é a falta do objeto, mas a falta de referências simbólicas - uma vivência de desamparo psíquico.

No desenvolvimento posterior, em 1925, Freud retoma e articula os momentos históricos do surgimento da angústia que aqui pontua – nascimento e

separação da mãe - e os perigos que cada um deles constitui para o ego. Insere como novo a castração como a experiência de perda central e o perigo psiquicamente mais significativo que ressignifica os anteriores e conduz ao sinal de angústia e ao recalque.

Para isso, realiza o reexame dos sintomas neuróticos, principalmente das fobias, notadamente o caso Hans.

Através do caso Hans, o elemento que Freud vai trabalhar é a experiência com o outro sexo – o complexo de Édipo e o perigo que isso representa que é a ameaça da perda do falo.

Embora não explicita nesse texto de 1925, nas discussões sobre esse caso da época de sua publicação, indica elementos preponderantes do complexo edípico que conduzem ao sinal de angústia, que permite um melhor esclarecimento da lógica da castração: a experiência psíquica da criança quando da constatação da diferença entre os sexos e da diferença entre Mãe e Pai donde deriva a questão sobre as relações sexuais - o fator copulatório da sexualidade.

Desse complexo, a significação do falo que coloca o sujeito em desamparo simbólico, em falta de saber, e em correspondente estado de excitação e perigo.

TERCEIRA PARTE

O Terceiro Desenvolvimento da Elaboração do Conceito de Angústia: Última Fase (1920 - 1933)

No período entre 1917 e 1926, Freud inicia um novo trabalho de elaborações conceituais da psicanálise que poderiam ser consideradas reelaborações.

Introduz a pulsão de morte e uma nova dualidade pulsional. Amplia a formulação do aparelho psíquico na segunda tópica: o ego e o Id.

O novo ordenamento do aparelho psíquico e da dualidade pulsional lhe permite fazer novas considerações à angústia.

Mas, principalmente, a descoberta da função da angústia como sinal de alarme diante do perigo pulsional, feita no período anterior, representa uma abertura de possibilidade de pesquisa e da ampliação de seu conceito.

Nesse terceiro desenvolvimento, será apresentada uma análise e uma elaboração de apenas um dos textos desse período por ser considerado o principal.

A organização do percurso é uma elaboração da autora desse trabalho, embora ela respeite a seqüência do trabalho de Freud. Os títulos que se referem às problemáticas de Freud e o modo como responde a elas, são do mesmo modo extraídos do texto freudiano pela autora.

1 Apresentação e Análise do Texto

1.1 Inibições, sintomas e ansiedade (1926 [1925])

Inibições, sintomas e ansiedade é o título muito sugestivo do trabalho de Freud que organiza, articula e amplia suas elaborações teórico-clínicas sobre a angústia, formando o que é conhecida como sua segunda teoria. O título sugere e o texto confirma que Freud irá abordar as três formas de manifestações patológicas encontradas na clínica psicanalítica. Entretanto, o que o título não esclarece, mas o texto sim, é que essas três manifestações patológicas, embora possam ser encontradas em um mesmo sujeito, são efeitos ou soluções diferentes diante do conflito subjetivo determinado pelo jogo das forças pulsionais e de rejeição

a elas, o que caberia o *ou* alternativo entre as três manifestações: Inibições *ou* sintomas *ou* angústia.

Pode-se ler a idéia de onde se extraiu essa afirmação, inicialmente, nos seguintes trechos:

Na descrição das manifestações patológicas, o uso lingüístico permite-nos distinguir sintomas de inibições, sem, contudo, atribuir-se grande importância à distinção. Na realidade, dificilmente poderíamos pensar que valeria a pena diferenciar exatamente entre os dois, não fosse o fato de encontrarmos moléstias nas quais observamos a presença de inibições mas não de sintomas, e ficamos curiosos para saber a razão disso.

Os dois conceitos não se encontram no mesmo plano. A inibição tem uma relação especial com a função, não tendo necessariamente uma implicação patológica.

[...] Visto que o conceito de inibição se acha tão intimamente associado com a função, talvez fosse valioso examinar as várias funções do ego com vistas a descobrir as formas que qualquer perturbação dessas funções assume em cada uma das diferentes afecções neuróticas (FREUD, 1976b, p.107, grifo nosso).

Esse texto é feito para esclarecer conceitual e clinicamente cada uma das manifestações patológicas e estabelecer suas relações; esclarecimento esse que permite novas interrogações e elaborações acerca da causa das neuroses.

E nesse sentido, sobressai em primeiro plano, a definição da participação da angústia nas neuroses, questão que Freud persegue, conforme vimos, desde suas primeiras investigações sobre esse fenômeno. Das duas opiniões que aponta a esse respeito, uma em que **a angústia é sintoma de neurose** e a outra em que **a angústia é um sinal que conduz à formação de sintomas neuróticos**; Freud se inclina para segunda, visto que suas descobertas o conduzem para ela.

Com efeito, é o segundo ponto de vista que Freud afirma e esclarece nesse texto, baseado em suas descobertas a respeito da geração de angústia - a geração de angústia ocorre frente a uma situação de perigo ao ego.

Desse modo, a geração de angústia é um requisito prévio da geração de sintomas e coloca esta última em movimento: o ego quer se afastar da situação de perigo assinalada pela angústia, iniciando um processo defensivo, a partir do qual se formam sintomas.

Sendo assim, a angústia, diz Freud, seria o fenômeno fundamental das neuroses e seu principal problema.

Esse problema está na ligação direta da angústia com o perigo que a sexualidade representa ao sujeito e a neurose como forma de combater esse perigo.

Nas palavras de Freud:

O que nos resta agora é considerar a relação entre a formação de sintomas e a geração de ansiedade.

Parece haver duas opiniões amplamente sustentadas sobre esse assunto. Uma é que a ansiedade é um sintoma de neurose. A outra é que existe uma relação muito mais ampla entre as duas. De acordo com a segunda opinião, os sintomas só se formam a fim de evitar a ansiedade: reúnem a energia psíquica que de outra forma seria descarregada como ansiedade. Assim, este seria o fenômeno fundamental e o principal problema da neurose.

[...]Visto que remetemos a geração da ansiedade a uma situação de perigo, preferiremos dizer que os sintomas são criados a fim de remover o ego de uma situação de perigo.[...] Assim, em nossa opinião, a relação entre a ansiedade e o sintoma é menos estreita do que se supunha, pois inserimos o fator da situação de perigo entre eles (FREUD, 1976b p. 168).

Isso posto, entende-se que a descoberta da função da angústia - de que é um sinal frente a um perigo foi uma descoberta fundamental de Freud que se iniciou no período anterior, se desenvolveu nesse, e lhe permitiu :

- distinguir definitivamente angústia de sintoma;
- esclarecer qual é o perigo que a sexualidade representa ao sujeito.

Além disso, essas descobertas tornaram possível extrair algumas considerações sobre a angústia na clínica psicanalítica .

Assim, a partir das conclusões, procurar-se-á estabelecer qual a importância da descoberta da angústia como sinal de alarme nas neuroses e sua consequência na clínica psicanalítica.

Desde o período anterior, em 1917, Freud descobre que a geração de angústia ocorre diante de uma situação de perigo para o ego e distingue esse perigo como as exigências de satisfação da libido. Ali, ao investigar a origem da angústia, isto é, seu surgimento na história do sujeito, localiza duas situações em

que essas exigências constituem um perigo para o ego – a situação do nascimento e a separação da mãe - e desenvolve sua lógica.

No texto que nos ocupa, Freud realiza novas considerações à respeito da origem da angústia e das situações de perigo para o ego – o nascimento, a perda do objeto, a perda do amor do objeto, a castração, a perda do amor do superego – considerações essas realizadas (inicialmente) pelo reexame da formação de sintomas a partir do sinal de angústia, nas histerias, nas obsessões e principalmente nas fobias, o que veremos adiante durante a exposição de suas elaborações.

As descobertas acerca da função da angústia – angústia sinal de uma situação de perigo - iniciadas por Freud no período anterior, serão, pois, agora desenvolvidas. Faremos um percurso por esse texto, a fim de expor uma leitura que demonstra os elementos sobre os quais trabalha Freud para estabelecer suas conclusões.

Antes, porém, colocaremos a distinção entre sintoma e inibição que ali faz Freud, e nos limitaremos a ela no que diz respeito ao esclarecimento dessas manifestações patológicas.

O **sintoma** é uma formação substitutiva de uma satisfação pulsional, formação essa que representa uma conciliação entre as forças repressoras do ego e a representação psíquica (inconsciente) do impulso. O processo substitutivo no sintoma, produz uma satisfação degradada, não reconhecível como tal e é impedida de ser transformada em ação através da qual exerceria efeito sobre a realidade.

Se os sintomas são criados a fim de remover o ego de uma situação de perigo assinalado pela angústia, do mesmo modo, **a inibição** é uma medida de precaução contra a angústia e o perigo que ela assinala; diferenciando-se do sintoma em razão de ser um processo que ocorre no ego – é uma restrição de uma função do ego, como a função sexual, locomotora, de nutrição. São distúrbios como falta de ereção, suspensão do ato sexual, abandono da prática, falta de prazer, paralisia do aparelho motor, distração ou perda de tempo com repetições.

Inibições e sintomas são, pois, diferentes, porque a inibição ocorre a nível do ego e o sintoma é um processo que ocorre entre o ego (defesa) e o nível do inconsciente e da satisfação. O sintoma representa o inconsciente e nele se inclui o processo pulsional.

A **angústia**, conforme já colocado, é um sinal afetivo (do ego) frente a uma situação de perigo que coloca o processo defensivo em ação.

Inibições, sintomas e ansiedade é um trabalho de elaboração conceitual da angústia que pode ser dividido em três partes:

I - Do exame da formação de sintomas em que Freud situa :

- a angústia com relação às quantidades de excitação, pontuando seu caráter de reprodução de uma experiência anterior assinalada no ego: o perigo do nascimento.
- o sinal de angústia frente ao sintoma
- o sinal de angústia frente ao perigo da castração.

II - Da recuperação do que já sabe sobre a angústia – conceito, estrutura, origem e função para ampliar o conceito de angústia, distinguindo seu surgimento na história do sujeito.

II - Das conclusões acerca da causa da neurose.

Parte I – O exame da formação de sintomas

a) Da análise do processo de produção de angústia com relação às quantidades de excitação à análise da produção de angústia com relação ao fator psíquico: o perigo

- *Análise do processo de produção de angústia com relação às quantidades de excitação*

Para analisar o processo de produção de angústia, inicialmente Freud examina o conceito de sintoma neurótico em geral e questiona o ponto de vista econômico de sua formação com relação ao sinal de angústia, ao ego e ao recalque. Em outras palavras, questiona como o ego, do ponto de vista da economia psíquica, exerce a repressão à partir do sinal de angústia.

O problema que aqui quer resolver é como surge a angústia em relação com a repressão já que, no seu ponto de vista anterior, a angústia era resultado da transformação da energia catexial do impulso reprimido, isto é, a

angústia era resultado da repressão do impulso, e agora descobre que a angústia é sinal para o processo de repressão, é anterior a ele.

De acordo com suas pesquisas anteriores, Freud estabelece que o sintoma é um substituto de uma satisfação pulsional que ocorre como consequência do processo de repressão que se processa a partir do ego. Por meio da repressão, o eu conserva a idéia que é veículo do impulso repreensível, como uma formação inconsciente.

A questão antiga que tem é a respeito da economia psíquica: a partir do conceito de sintoma, pergunta-se como o processo de repressão torna a satisfação (prazer) em desprazer; isto é, como a satisfação da pulsão (excitação) pode produzir desprazer, transformando-se.

Freud conclui que, para o ego ter uma influência tão grande sobre os processos pulsionais e exercer a repressão que é, para ele uma medida de oposição, ele dá um 'sinal de desprazer' – angústia. O sinal limita a quantidade de desprazer. É, portanto, a instância do prazer-desprazer que o ego desperta, a fim de paralisar o processo pulsional no id, o que é feito através de um sinal. O sinal limita a quantidade de desprazer e põe em processo a defesa.

A resposta que a descoberta da angústia-sinal lhe deu, é então que não há transformação, apenas que a excitação é reproduzida como um sinal no eu, que é vivenciada como desprazer. No ego, a excitação (o impulso) é afeto (angústia, dor).

Reunimos a seguir as idéias principais que indicam essa leitura:

As principais características dos sintomas já foram estudadas há muito e, espero, estabelecidas sem discussão. Um sintoma é um sinal e um substituto de uma satisfação instintual que permaneceu em estado jacente; é uma consequência do processo de repressão. A repressão se processa a partir do ego quando este [...] se recusa a associar-se com uma catexia instintual que foi provocada no id. O ego é capaz, por meio da repressão, de conservar a idéia que é veículo do impulso repreensível a partir do tornar-se consciente .

[...] Uma questão que surgiu: o que aconteceu ao impulso instintual que fora ativado no id e que procurou satisfação? A resposta foi indireta. Devido ao processo de repressão, o prazer que se teria esperado da satisfação fora transformado em desprazer. Mas vimos-nos então em face do problema de como a satisfação de um instinto poderia produzir desprazer. Todo assunto pode ser esclarecido, penso, se nos ativermos ao enunciado definitivo de que, como resultado da repressão, o pretendido curso do processo excitatório no id não ocorre de modo algum; o ego consegue inibi-lo ou defletir-lo.

[...] Estamos muito inclinados a pensar no ego como impotente contra o id; mas, quando se opõe a um processo instintual no id, ele tem apenas de dar um 'sinal de desprazer' a fim de alcançar seu objeto com a ajuda daquela instituição quase onipotente, o princípio de prazer. [...] De onde provém a energia empregada para transmitir o sinal de desprazer?

[...] A repressão é um equivalente [a uma] tentativa de fuga. O ego retira sua catexia (pré-consciente) do representante instintual que deve ser reprimido e utiliza esta catexia para a finalidade de liberar o desprazer (ansiedade). O problema de como surge a ansiedade em relação com a repressão pode não ser simples, mas podemos legitimamente apegar-nos com firmeza à idéia de que o ego é sede real da ansiedade, e abandonar nosso ponto de vista anterior de que a energia catexial do impulso reprimido é automaticamente transformada em ansiedade.

[...] essa seqüência causal não deve ser explicada de um ponto de vista econômico. A ansiedade não é criada novamente na repressão; é reproduzida como um estado afetivo em conformidade com uma imagem mnêmica já existente (FREUD, 1976b, p.112-114).

➤ *Análise da produção de angústia com relação ao fator psíquico: o perigo*

Freud também descobre através da angústia sinal que o ego se opõe ao processo excitatório porque considera-o perigoso.

Entende que o ego debela os perigos internos do mesmo modo que os perigos externos: recorre a tentativas de fuga, primeiro retirando a catexia da percepção do objeto perigoso, depois realizando movimentos musculares que tornem impossível a percepção do objeto, ou seja, afastando-se da esfera do perigo. Se for um perigo interno, a repressão atua como um equivalente dessa tentativa de fuga, retirando sua catexia pré-consciente do representante pulsional que deve ser reprimido e utiliza essa catexia para a finalidade de liberar o desprazer.

O ego é um administrador dos estímulos internos e externos; uma instância que domina as quantidades de excitação, mantendo-as sob 'equilíbrio' através do princípio do prazer-desprazer.

Desse modo, o emprego da libido como sinal de desprazer, é uma estratégia defensiva do eu.

Freud supõe que o sinal de desprazer no ego é uma reprodução de situações anteriores; isto é, reproduz porque já experimentou, já vivenciou; sendo a situação original dessa vivência o ato do nascimento.

Desse modo, a angústia, diz Freud, não é criada novamente na repressão, mas reproduzida como um estado afetivo. Esse estado afetivo estaria de conformidade com uma imagem mnêmica já existente - e aí se encontra um apontamento do fator psíquico que Freud chama de fator histórico.

No nascimento, a vivência não é de desprazer enquanto mero sinal, quantidade limitada. O que aí ocorre é um trauma – uma soma de excitação crescente pela interrupção de sua descarga sendo assim uma verdadeira mudança na economia psíquica.

Mas, além disso, essa experiência é marcada psiquicamente. Questiona-se como seria o registro mnêmico dessa situação, ao que responde posteriormente.

Nas palavras de Freud:

Os estados afetivos têm-se incorporado na mente como precipitados de experiências traumáticas primeiras, e quando ocorre uma situação semelhante são revividos como símbolos mnêmicos. [...]No homem e nos animais superiores, pareceria que o ato do nascimento, como a primeira experiência de ansiedade do indivíduo, imprimiu ao afeto de ansiedade certas formas características de expressão.

[...] não penso que estejamos justificados ao presumir que sempre que haja uma irrupção de ansiedade, algo como uma reprodução da situação de nascimento se passe na mente (FREUD, 1976b, p.114-115).

Desse modo, Freud afirma que não há uma reprodução da situação de nascimento na mente, sempre que haja uma irrupção de angústia. A reprodução é da situação do nascimento é a reprodução, através de uma marca mnêmica, do estado em que o sujeito fica ao nascer. A reprodução da situação experimentada internamente – aumento de excitações pela interrupção da descarga.

Portanto, o determinante mais antigo e original da angústia é o nascimento, ato no qual o ego fica desamparado em face de uma exigência pulsional crescente. Essa é uma angústia automática, resultado da soma de excitação crescente – uma situação em que a vivência é traumática e o estado é de angústia.

Entretanto, vimos com Freud que o sinal localiza um perigo. O perigo aqui considerado é a soma de excitação, marcada psiquicamente.

O psíquico é a marca de uma vivência de desamparo – não sabe o que é, não sabe o que fazer.

Portanto, o perigo, diz Freud, é o retorno da situação análoga ao nascimento: o desamparo psíquico.

Porém, o perigo que a situação do nascimento representa só se dá em correspondência com as vivências posteriores, onde se marca psiquicamente a significação de perda; **o que veremos adiante.**

Em resumo, Freud, nesse primeiro momento, se pergunta de onde o ego toma a energia para o sinal. Responde: do corpo, da matéria pulsional. O sinal, a campanha, tem impressa a forma de um estado anterior.

Nessa primeira parte, além do exame da formação dos sintomas em geral para investigar a tese da angústia como sinal afetivo diante do perigo pulsional, indicando seu caráter de reprodução de uma experiência anterior assinalada no ego, Freud faz um outro percurso.

Esse outro percurso vai do exame de diferentes tipos de formação de sintomas considerando a luta defensiva secundária do ego contra eles a partir do sinal de desprazer, até a identificação do sinal de angústia diante do perigo da castração.

b) Do sinal de angústia no sintoma

Freud examina diferentes exemplos de formação de sintomas considerando a luta defensiva secundária do ego contra eles, uma vez que o sintoma é uma 'entidade' estranha à sua organização e também ele realiza a satisfação da pulsão, renovando suas exigências de satisfação. Nesse exame, reconhece que a luta defensiva secundária do ego contra o sintoma, ocorre em decorrência do sinal de desprazer que o próprio sintoma determina.

Em outras palavras, sendo um derivativo do impulso reprimido que renova continuamente as exigências de satisfação, o sintoma obriga o eu a dar um sinal de desprazer e colocar-se em defesa.

Sendo assim, Freud localiza a presença do medo no próprio sintoma, como é o caso das fobias. Nas histerias de conversão, em alguns de seus

sintomas, ocorre a sensação de desprazer, entretanto, o mais comum é sua ausência - o sinal que permite a luta secundária está quase ausente. A consequência disso é o eu comportar-se como se nada tivesse a ver com o sintoma.

Portanto, a luta primária do ego é contra a satisfação da pulsão e a luta secundária é contra os sintomas produzidos a partir daí. É uma renovação do sinal de angústia no ego, desta vez contra o sintoma.

Essa análise permite verificar que a angústia (na forma de sinal) no sintoma também é secundária, assim como a defesa.

Diz Freud:

Na repressão o fato decisivo é que o ego é uma organização e o id não. O ego é na realidade, a parte organizada do id.

[...]Em geral, o impulso inicial que será reprimido permanece isolado. [...] o processo mental que se transformou em um sintoma devido à repressão mantém agora sua existência fora da organização do ego e independentemente dele.

[...] ocorre algumas vezes que a luta defensiva contra um impulso instintual desagradável é eliminada com a formação de um sintoma. O ato inicial da repressão é acompanhado por uma seqüência tediosa e interminável na qual a luta contra o impulso instintual se prolonga até uma luta contra o sintoma.

Nessa luta defensiva secundária o ego apresenta duas faces com expressões contraditórias [reconciliação e repressão].

[...] é do próprio sintoma que provém o mal, pois o sintoma, sendo o verdadeiro substituto e derivativo do impulso reprimido, executa o papel do segundo; ele continuamente renova suas exigências de satisfação e assim obriga o ego, por sua vez, a dar o sinal de desprazer [que é angústia] e a colocar-se em posição de defesa (FREUD, 1976b, p.119-122).

E, lemos alhures:

Começamos por estudar a formação de sintomas e a luta secundária travada pelo ego contra os sintomas. Mas ao selecionarmos as fobias para essa finalidade fizemos claramente uma escolha. A ansiedade que predomina no quadro dessas neuroses é agora vista como uma complicação que obscurece a situação. Existem neuroses que não apresentam qualquer ansiedade. A verdadeira histeria de conversão é uma delas.

[...] A sensação de desprazer que acompanha o aparecimento dos sintomas [de conversão] varia em grau impressionante. Nos sintomas crônicos que foram deslocados para a motilidade, como paralisias e contraturas, ela se acha quase ausente; o ego comporta-se em relação aos sintomas como se nada tivesse a ver com estes (FREUD, 1976b, p.134-135).

Porém, Freud reconhece que há uma angústia sinal mais fundamental, anterior ao recalque e à formação de sintomas, cuja causa é o perigo iminente da castração.

Na primeira situação, a causa da angústia é o sintoma, na outra, a causa é o perigo da castração, que Freud localiza principalmente examinando as fobias. Isso porque o sintoma fóbico, justamente por conter o elemento de angústia (medo), ao ser colocado em análise, proporcionou uma melhor localização da situação perigosa iminente – a castração - que colocou em ação a defesa.

c) Do perigo para o ego, da castração

É principalmente da análise dos sintomas de fobias infantis a animais, notadamente o sintoma fóbico de ‘Little Hans’ a cavalos, que Freud se ocupa para expor a origem da angústia na castração.

Conforme colocado, a angústia predomina nos quadros dessas desordens: Hans tinha medo de cavalos.

Entretanto, a idéia do cavalo, rastreada em análise, leva ao verdadeiro enunciado – que um cavalo iria mordê-lo.

Assim escreve Freud:

O inexplicável medo de ‘Little Hans’ por cavalos era o sintoma e sua incapacidade de sair à rua era uma inibição, uma restrição que o ego do menino impusera a si mesmo a fim de não despertar o sintoma de ansiedade. [...] no tocante ao sintoma alegado, um conhecimento superficial do caso nem sequer revela sua verdadeira formulação, pois uma investigação posterior indica que aquilo de que o menino sofria não era um medo vago de cavalos, mas uma apreensão bem definida de que um cavalo ia mordê-lo (FREUD, 1976b, p.123).

O cavalo era substituto do pai – a substituição do objeto do medo. Por que isso se deu assim?

Freud inicia a exposição do desvendamento do sintoma em Hans, com o apontamento da situação psíquica do menino na época: Hans se encontrava na situação psíquica edipiana, em que a mãe era o objeto amado e desejado e o pai era seu rival – amado e odiado.

Explica que o amor da criança por sua mãe e as 'provas de simpatia' que ela tem por ele, tem como obstáculo o pai – mais poderoso- o que gera ódio e o desejo de livrar-se dele. Desse modo, continua, é natural criar medo do pai por esses sentimentos que nutre, ou seja, ter temor à vingança do pai.

Assim, o medo, não faz parte do sintoma, porque essa teria sido uma reação emocional compreensível diante da situação descrita.

O medo em si, portanto, não é uma neurose. O que transformou sua reação emocional em uma neurose foi a substituição do pai pelo cavalo. Esse deslocamento é que pode ser chamado de sintoma.

Entretanto, diz Freud, se Hans tivesse desenvolvido apenas uma inclinação hostil contra os cavalos e não contra o pai, isso não poderia ser chamado de neurose porque o caráter de seu impulso objetável não teria sido alterado pela repressão, mas somente o objeto para o qual estava se dirigindo.

O que ocorreu com Hans foi uma reação ao impulso desagradável – a reação de medo.

O medo do cavalo representava o medo de sua própria hostilidade, por suas conseqüências: a vingança do pai.

O impulso que foi reprimido era hostil ao pai – em vez da agressividade do paciente contra o pai, surgiu a agressividade sob forma de vingança por parte do pai.

Tal como Freud argumenta nesse momento:

Até agora não parece haver quaisquer elos de ligação entre o impulso instintual reprimido de 'Little Hans' e o substituto dele que suspeitamos devesse ser visto em sua fobia por cavalos. Simplifiquemos sua situação psíquica, pondo de lado o fator infantil e a ambivalência. Imaginemos que ele é um jovem criado que está apaixonado pela dona da casa e que recebeu certas provas de simpatia desta. Ele odeia seu patrão, que é mais poderoso que ele, e gostaria de desembaraçar-se dele. Ser-lhe-ia então evidentemente natural temer a vingança daquele e criar medo dele – da mesma forma que 'Little Hans' criou uma fobia por cavalos. Não podemos portanto, descrever o medo que faz parte dessa fobia como um sintoma. Se 'Little Hans', estando apaixonado por sua mãe, mostrara medo pelo pai, não devemos ter direito algum de dizer que ele tinha uma neurose ou fobia. Sua reação emocional teria sido inteiramente compreensível. O que a transformou em um neurose foi apenas uma coisa: a substituição do pai por um cavalo. É esse deslocamento, portanto, que tem o direito de ser denominado de sintoma, e que, incidentalmente, constitui o mecanismo alternativo, que permite um conflito devido à ambivalência ser solucionado sem o auxílio da formação reativa (FREUD, 1976b, p.125).

A idéia contida na angústia de Hans – ser mordido por um cavalo – era substituta da idéia de ser castrado pelo pai. Essa foi a idéia que sofreu repressão.

Em Hans, como diz Freud, o medo de ser castrado recebe seu pleno sentido, a saber, a ameaça de que um cavalo pudesse arrancar fora seus genitais. O impulso é hostil, e a idéia é ser castrado.

Acompanhemos algumas seqüências de sua exposição, onde faz essas afirmações:

'Little Hans' desistiu de sua agressividade para com o pai temendo ser castrado. O medo que um cavalo o mordesse pode, sem nenhuma força de expressão, receber o pleno sentido do temor de que um cavalo arrancasse fora com os dentes seus órgãos genitais – o órgão que o distinguiu de uma fêmea. Como vemos, ambas as formas do complexo edipiano, a forma normal, ativa, e a invertida fracassaram através do complexo de castração.

[...]Aqui, então, está o nosso inesperado achado: em ambos os pacientes a força motriz da repressão era o medo da castração. As idéias contidas na ansiedade deles – a de ser mordido por um cavalo e a de ser devorado por um lobo – eram substitutos, por distorção, da idéia de serem castrados pelo pai. Esta foi a idéia que sofreu a repressão. No menino russo a idéia era a expressão de um desejo que não foi capaz de subsistir em face de sua revolta masculina; em 'Little Hans' foi a expressão de uma reação nele que transformara a agressividade em seu oposto. Mas, o *afeto* de ansiedade, que era a essência da fobia, proveio, não do processo de repressão, não das catexias libidinais dos impulsos reprimidos, mas do próprio agente repressor. A ansiedade pertencente às fobias a animais era o medo não transformado de castração. Era portanto um medo realístico, o medo de um perigo que era realmente iminente ou que era julgado real (FREUD, 1976b, p.130-31).

Assim, entende Freud, nos sintomas fóbicos, o medo (angústia) aflora e é reconhecido, possibilitando o reconhecimento de que o ego teme algo considerado como um perigo .

O medo que faz parte do sintoma nas fobias revela mais proximamente sua causa imediata e seu conteúdo – a castração.

O objeto do medo é substituído, deslocado.

Freud conclui que o afeto de angústia, que era a essência da fobia, proveio do próprio agente repressor – o ego.

A angústia era o medo não transformado, da castração. O medo de um perigo iminente, julgado como real ; medo de um objeto de fora – realístico.

Nesse exame, reafirma, então, que é sempre a atitude do ego que é a coisa primária e que põe em movimento a repressão. A angústia sentida em fobias é o medo de castração do ego.

A maioria das fobias, conforme afirma Freud, remonta a uma angústia dessa espécie sentida pelo ego no tocante às exigências da libido. A angústia ocorre na organização genital da libido, e a catexia de objeto e pertence ao complexo de Édipo - isto é, em relação aos pais.

Assim afirma:

Nas fobias animais, então, o ego tem de opor uma catexia de objeto libidinal que provém do id – uma catexia que pertence ou ao complexo de Édipo positivo ou ao negativo – porque acredita que lhe ceder lugar acarretaria o perigo da castração (FREUD, 1976b, p.147).

Freud retoma uma afirmação anterior no qual declarou que as fobias substituem um perigo interno e pulsional por outro externo e perceptual, cuja vantagem consiste em proteger-se contra um perigo externo evitando a percepção do mesmo, ao passo que é inútil fugir de perigos que surgem de dentro, acrescentando, agora, que uma exigência pulsional não é perigosa em si, vindo a ser perigosa somente pelo fato de acarretar um perigo externo real – o perigo da castração.

Uma fobia é, segundo diz, em último recurso, a substituição de um perigo externo, por outro.

Assim, afirma que a teoria segundo a qual a angústia é apenas um sinal afetivo e não ocorreu nenhuma modificação na economia psíquica, está correta, visto que na fobia o ego é capaz de evitar a angústia por meio de processos inibitórios ou da fuga do objeto.

Freud explica do seguinte modo essa relação entre a exigência de satisfação da pulsão e a castração:

[...] uma exigência instintual não é, afinal de contas perigosa em si; somente vem a ser assim, visto que acarreta um perigo externo real, o perigo de castração. Dessa forma, o que acontece numa fobia, em último recurso, é substituído por outro. O ponto de vista de que numa fobia o ego é capaz de fugir à ansiedade por meio da evitação ou de sintomas inibitórios ajusta-se muito bem à teoria de que a ansiedade é apenas um sinal afetivo e de que não ocorreu nenhuma alteração na situação econômica.

A ansiedade sentida nas fobias de animais é, portanto, uma reação afetiva por parte do ego ao perigo; e o perigo que está sendo assinalado dessa forma é o perigo de castração (FREUD, 1976b, p.149).

O processo de formação do sintoma fóbico com relação à angústia é desse modo exposto por Freud:

Dessa vez não perderemos de vista o papel desempenhado pela ansiedade. Dissemos que logo que o ego reconhece o perigo de castração, dá o sinal de ansiedade e inibe, através da instância do prazer-desprazer (de uma maneira que ainda não podemos compreender) o iminente processo catexial do id. Ao mesmo tempo forma-se a fobia. E agora a ansiedade de castração é dirigida para um objeto diferente e expressa de forma distorcida, de modo que o paciente teme, não ser castrado pelo pai, mas ser mordido por um cavalo ou devorado por um lobo. Essa formação substitutiva apresenta duas vantagens óbvias. Em primeiro lugar, evita um conflito devido à ambivalência (pois o pai foi um objeto amado, também) e, em segundo permite ao ego deixar de gerar ansiedade, pois a ansiedade que pertence a uma fobia é condicional; ela só surge quando o objeto dela é percebido – e com razão, visto que é somente então que a situação de perigo se acha presente. Não é preciso ter medo de ser castrado por um pai que não se encontra ali. Por outro lado, uma pessoa não pode livrar-se de um pai; ele pode aparecer sempre que deseja. Mas se for substituído por um animal, tudo o que se tem de fazer é evitar a vista do mesmo – isto é, sua presença – a fim de ficar livre do perigo e da ansiedade (FREUD, 1976b, p.148).

Freud ainda analisa a presença do sinal de desprazer na histeria de conversão e conclui que, nesse sintoma de neurose, não aparece a luta secundária do ego, e o sinal de desprazer (em forma de angústia).

Nas histerias de conversão, conforme dito anteriormente, o sinal que permite a luta secundária contra o sintoma está quase ausente - não há sinal de desprazer no sintoma e o paciente se comporta como se nada tivesse a ver com ele.

Também examina os sintomas de neuroses obsessivas e chega à mesma conclusão que chegou quanto às fobias, isto é, que a força motora da defesa do ego é o complexo de castração e o que está sendo desviado são as tendências do complexo edípiano.

De acordo com Freud, as neuroses obsessivas são comparáveis à fobia, sendo a mola de toda formação de sintomas posteriores o medo que o ego tem de seu superego. A situação de perigo da qual o ego deve fugir é a hostilidade de seu superego. Nesse caso, o perigo está internalizado, e o que o ego teme de seu superego, o castigo ameaçado pelo segundo, deve ser uma extensão do castigo da castração.

O superego é a forma que assume o pai, despersonalizado, após o Édipo; e o medo da castração, que se encontra nas mãos dele, se transforma numa angústia social ou moral indefinida.

Essa angústia está oculta. As ordens, precauções e penitências que são impostas ao ego são meios de fugir dessa angústia. O impedimento a essas ações, produz um sentimento extremamente aflitivo de mal-estar que pode ser considerado como um equivalente de angústia.

Nas palavras de Freud:

O que aprendemos sobre a ansiedade nas fobias é também aplicável a neuroses obsessivas. Nesse sentido não nos é difícil colocar as neuroses obsessivas em pé de igualdade com as fobias. Nas primeiras, a mola de toda formação de sintomas ulteriores é claramente o medo que o ego tem de seu superego. A situação de perigo do qual o ego deve fugir é a hostilidade de seu superego. Não há aqui qualquer vestígio de projeção; o perigo está inteiramente internalizado. Mas se perguntarmos a nós mesmos o que é que o ego teme do superego, não podemos deixar de pensar que o castigo ameaçado pelo segundo deve ser uma extensão do castigo de castração. Da mesma forma que o pai se tornou despersonalizado sob a forma de um superego, o medo da castração, a qual se encontra nas mãos dele, se transformou numa ansiedade social ou moral indefinida (FREUD, 1976b, p. 151).

Com essa pesquisa, Freud reafirma o conceito de angústia que apresentou anteriormente e **acrescenta uma importante constatação clínica que permite, posteriormente, a articulação entre o fator de quantidades de excitação e o fator psíquico determinantes de angústia, ou seja, entre a satisfação e a castração : a angústia é uma reação, um sinal afetivo a uma situação de perigo.** Nos casos examinados, **o perigo em causa foi o de castração** ou algo remontável à castração.

Freud escreve do seguinte modo:

A conclusão a que chegamos, portanto é esta. A ansiedade é uma reação a uma situação de perigo. Ela é remediada pelo ego que faz algo a fim de evitar essa situação ou para afastar-se dela. Pode-se dizer que se criam sintomas de modo a evitar a geração de ansiedade. Mas isto não atinge uma profundidade suficiente. Seria mais verdadeiro dizer que se criam sintomas a fim de evitar uma *situação de perigo* cuja presença foi assinalada pela geração de ansiedade. Nos casos que examinamos o perigo em causa foi o de castração ou de algo remontável à castração (FREUD, 1976b, p.152).

O exame que faz até então refere-se às neuroses do tipo obsessiva, histérica de conversão e fóbica. Além dessas, havia as neuroses traumáticas, verificadas durante o período de guerra.

As neuroses traumáticas trazem um problema para essa tese freudiana, porque que se seguem após uma fuga iminente da morte, isto é, como resultado direto de um medo da morte (ou medo pela vida).

Sendo assim, conforme aponta Freud, a neurose traumática, coloca em questão a castração – um perigo sexual – como o perigo para o ego, do qual ele quer se afastar. Nesse caso poderia-se pensar que uma neurose seria produzida em função de uma ameaça ao instinto de autoconservação, sem a consideração de fatores sexuais.

Entretanto, ele observa que não há contradição entre a descoberta da psicanálise sobre a importância etiológica da sexualidade na produção das neuroses e a etiologia fundamentada na autopreservação.

O conceito de narcisismo, segundo diz, justifica essa afirmação, pois a partir da descoberta que faz de que as pulsões de autoconservação têm um caráter libidinal não lhe parece possível afirmar que uma neurose se formaria sem a participação da sexualidade e da ameaça ou perigo que representa para o ego.

Portanto, uma neurose não se formaria sem a participação dos níveis mais profundos do aparelho mental: as pulsões e o inconsciente.

O argumento mais importante é que, mesmo que **o inconsciente** possibilitasse a constatação de um perigo objetivo, **nele, nada parece conter que possa dar conteúdo ao conceito de aniquilamento da vida, pois nada que se assemelhe à morte, jamais pode ter sido experimentado.**

É somente através da experiência da castração que ‘algo’ dessa natureza – a morte – poderia ser representado, simbolizado.

A castração, afirma Freud, é retratada com base nas experiências anteriores de perda: na experiência diária das fezes que estão sendo separadas do corpo ou com base na perda do seio da mãe no desmame.

Assim, Freud conclui que o medo da morte pode ser considerado análogo ao medo da castração.

Tal como diz:

Estou inclinado, portanto, a aderir ao ponto de vista de que o medo da morte deve ser considerado como análogo ao medo da castração, e que a situação à qual o ego está reagindo é de ser abandonado pelo superego protetor – os poderes do destino – de modo que ele não dispõe mais de qualquer salvaguarda contra todos os perigos que o cercam (FREUD, 1976b, p. 153).

Deste ponto de vista, as neuroses de acidente, em que o perigo parece ser objetivo e o medo de morte do ‘ser total’, têm a mesma derivação geral das outras neuroses: a castração.

A partir do exame das diferentes formações de sintomas, **Freud reconhece que a angústia além de sinal afetivo de perigo, que esse perigo é, freqüentemente, o de castração**, concluindo com isso que o tema da angústia deve ser examinado sob novas considerações para propor uma ampliação do seu conceito: **a castração, parece ser a experiência de uma perda e a angústia parece ser uma reação a essa perda - reação à ameaça de perda.**

A afirmação que acabo de fazer, no sentido de que o ego foi preparado para esperar a castração, tendo sofrido perdas de objeto constantemente repetidas, coloca a questão da ansiedade sob nova luz. Até aqui consideramo-la um sinal afetivo de perigo; mas agora, visto que o perigo é tão amiúde o de castração, ele nos parece uma reação a uma perda, uma separação (FREUD, 1976b, p. 153).

Dois argumentos lhe parecem desfavoráveis a essa correlação – reação de angústia diante de uma perda. Um deles é o fato de que as reações afetivas a uma separação são a dor e o luto. O outro argumento diz respeito ao fato de que a primeira experiência de separação objetiva pela qual a criança passa é o nascimento e também a primeira situação em que ocorre angústia. Entretanto, entende que não se forma um símbolo de angústia a partir dessa primeira, que se repete a cada vez que uma situação de separação ocorre, visto que o feto é uma criatura completamente alheia à sua existência como objeto, o que faz do nascimento uma experiência que não é experimentada subjetivamente como uma separação da mãe.

Posteriormente, conforme veremos, Freud resolve essa questão, uma vez que conclui que o que se repete na separação é o estado em que o sujeito fica.

A angústia é sinal afetivo de perda – é sinal de uma separação, e o que é repetido é o estado em forma de sinal. A ameaça, o perigo, é a repetição

desse estado subjetivo – desamparo psíquico – ficar só, com o desejo que cresce e a dificuldade de dar significação a isso (elaborar simbolicamente).

Parte II - Da recuperação dos conhecimentos psicanalíticos sobre a angústia - conceito, estrutura e função - examinados sob a luz do complexo de castração : a ampliação do conceito de angústia.

Freud enuncia , do seu interesse pela angústia, que busca algum critério que lhe permita distinguir dos falsos os verdadeiros enunciados a respeito dela, e evoca sua disposição de realizar uma síntese sobre seus achados.

Entretanto, em vista da dificuldade que os fatos a seu respeito lhe trazem para realizar essa síntese, propõe um novo procedimento de investigação, pelo qual se dispõe a reunir os fatos que sabe sobre a angústia, sem a intenção de realizar, de imediato, uma síntese.

O primeiro passo é a análise da angústia através de sua fenomenologia, ou seja, a análise **dos estados de angústia** através dos quais chega aos seguintes dados :

- 1- a angústia é algo que se sente
- 2- denomina-o estado afetivo
- 3- como um sentimento, tem um caráter específico de desprazer

A qualidade de desprazer se faz acompanhar de sensações físicas definidas que podem se referir a órgãos específicos do corpo, cujos **representantes** mais claros são aqueles ligados aos órgãos respiratórios e ao coração.

Os sinais físicos (as sensações) revelam que as inervações motoras, isto é, os processos de descarga, desempenham um papel no fenômeno geral da angústia.

Em resumo, a angústia:

- 1- tem um caráter específico de desprazer;
- 2- se faz acompanhar de atos (ou processos) de descarga em órgãos específicos do corpo;
- 3- o sujeito tem a percepção desses atos.

A constatação dessas duas últimas características da angústia indica a diferença entre ela e outros estados de desprazer semelhantes – a dor e o luto, pois estes últimos não têm qualquer manifestação motora.

Assim, nessa primeira conceituação, temos:

A angústia é um estado de desprazer, com atos de descarga ao longo de trilhas específicas - - ligadas aos órgãos corporais - cujos atos são percebidos pelo sujeito.

Nas palavras de Freud:

A ansiedade, portanto, é um estado especial de desprazer com atos de descarga ao longo de trilhas específicas. De conformidade com nossos pontos de vista gerais devemos estar inclinados a pensar que a ansiedade se acha baseada em um aumento de excitação que, por um lado, produz o caráter de desprazer e, por outro lado encontra alívio através dos atos de descarga já mencionados (FREUD, 1976b, p.156).

a) O ato do nascimento: a marca de um estado de excitação

Portanto, Freud aponta o ponto de vista geral da psicanálise que fundamenta as duas características anteriormente colocadas: a angústia está baseada num aumento de excitação que se traduz em desprazer e nos atos de descarga encontra alívio.

Além desse fator, que lhe parece fisiológico (ou pulsional?), Freud diz presumir a presença de um outro, o que chama fator histórico – um fato, acontecimento, impressão; que entendemos como um fator psíquico, de representação da experiência.

Em resumo, os fundamentos dessas características são:

1 - fator 'fisiológico' – aumento de excitação gera desprazer e tem a tendência de descarregar;

2 - fator histórico – uma impressão – a marca inicial do simbólico.

A vivência do nascimento lhe parece a experiência passada que encerrou as condições para o aumento de excitações e a descarga por trilhas específicas, a partir da qual se engendrou a angústia. Entende então, que a angústia

é moldada no nascimento, ocasião em que adquire suas características de manifestação, as quais passam a ser protótipo da reação.

Os estados de angústia seriam a reprodução dessa experiência prototípica, reprodução do trauma do nascimento.

Somos tentados a presumir a presença de um fator histórico que une firmemente as sensações de ansiedade e suas inervações. Presumimos, em outras palavras, que um estado de ansiedade é a reprodução de alguma experiência que encerrava as condições necessárias para tal aumento de excitações e uma descarga por trilhas específicas, e que a partir dessa circunstância o desprazer da ansiedade recebe seu caráter específico. No homem, o nascimento proporciona uma experiência prototípica desse tipo, e ficamos inclinados, portanto, a considerar os estados de ansiedade como uma reprodução do trauma de nascimento (FREUD, 1976b, p.156).

À objeção de que para o humano o nascimento teria o significado de um trauma, o que corresponderia à idéia de que possa haver angústia sem o protótipo de nascimento, Freud responde que não há nenhum bom argumento contra esse ponto de vista, uma vez que, por ter uma função biológica a cumprir como reação a um estado de perigo, ela é diferentemente engendrada em diferentes organismos.

Se a angústia é uma reação a um perigo que tem a finalidade de proteção e de conservação do indivíduo, no homem, essa reação é engendrada através de um estado à partir do qual se faz uma marca psíquica.

Com isso, parece indicar que concebe que essa experiência conduz à marca mental inicial da condição a que é submetido um ser vivo - de excitações internas e externas. No homem, a experiência de excitação é acompanhada de marcas no psiquismo as quais, posteriormente simbolizadas, formam um saber (inconsciente) de um estado de perigo, do qual deriva o saber do perigo externo, já que no humano esse saber não é inato.

b) O esclarecimento das situações de angústia, sua articulação, e sua lógica

Freud conclui que se a estrutura e a origem da angústia forem conforme o descrito, a pergunta seguinte diz respeito à sua função. Qual a função da angústia e em que ocasiões se reproduz?

A angústia, segundo ensina, surgiu originalmente como uma reação a um estado de perigo e é reproduzida sempre que um estado dessa espécie se repete.

No estado original de angústia, as inervações envolvidas tinham um significado e uma finalidade (biológica). No nascimento é possível que sua finalidade fosse preparar a atividade dos pulmões e ajudar a manter o sangue isento de substâncias tóxicas pela aceleração do coração.

Posteriormente, quando o estado de angústia é reproduzido como um afeto, faltará a oportunidade para essa finalidade, pois não haveria mais necessidade de preparo para a atividade dos pulmões e de retirar substâncias tóxicas, ao contrário, esta reação de angústia seria desaconselhável, uma vez que a situação de perigo que o sujeito enfrenta é nova e envolveria outras finalidades, como a fuga. O mais adequado, portanto, seria iniciar uma reação apropriada ao perigo atual. Entretanto, quando um sujeito é colocado em uma situação de perigo atual, é a um perigo anterior que ele responde ou reage com angústia, às vezes ao modo de um ataque, uma irrupção brusca e automática, o que é desaconselhável para qualquer ação (defesa) sobre esse perigo.

Em outras palavras, a reprodução do estado de angústia, em sua forma original, é inadequada quando surgem novas situações de perigo.

Todavia, o comportamento do sujeito pode tornar-se novamente adequado, se a situação de perigo for reconhecida à medida que se aproximar e for indicada (angústia-sinal) por uma precipitação de angústia da qual ele pode imediatamente se livrar, recorrendo a medidas adequadas.

[...] quando o estado de ansiedade é reproduzido depois [do nascimento] como um afeto, faltar-lhe-á tal oportunidade [de preparo para a atividade dos pulmões], da mesma forma como as repetições de um ataque histérico. Quando o indivíduo é colocado numa nova posição de perigo, talvez lhe seja bem desaconselhável reagir com um estado de ansiedade (que é uma reação a um perigo anterior) em vez de iniciar uma reação apropriada ao perigo atual. Mas seu comportamento pode tornar-se adequado mais uma vez, se a situação de perigo for reconhecida à medida que se aproximar e se for assinalada por uma irrupção de ansiedade (FREUD, 1976b, p.158).

Freud se interroga sobre o que é um perigo no ato do nascimento.

Esclarece que o nascimento constitui um perigo objetivo para a vida; entretanto, aponta que não se sabe o que isso significa no sentido psicológico,

porquanto o feto não tem qualquer espécie de conhecimento de que existe possibilidade de sua vida ser destruída. Não há, portanto, qualquer conteúdo psíquico (como significado) sobre o perigo do nascimento.

Sendo assim, Freud sugere que o feto só pode estar cômico(?) de alguma grande perturbação na economia de sua libido narcísica, quanto grandes somas de excitação nele se acumulam, dando margem a novas espécies de desprazer.

Além disso, se pergunta que elementos dessa situação serão utilizados como sinal. Para responder a essa questão, faz notar que o importante é saber o que recorda o evento do nascimento e o que é recordado ; (o que pode funcionar como indicativo de perigo para poder emitir o sinal de desprazer) isto é, ***qual representação assinala o perigo, uma vez que é preciso de uma representação ou idéia que possa levar a um saber sobre a situação perigosa e proporcionar um signo dela.***

Escreve Freud:

Não podemos possivelmente supor que o feto tenha qualquer espécie de conhecimento de que existe qualquer possibilidade de sua vida ser destruída. Ele somente pode estar cômico de alguma grande perturbação na economia de sua libido narcísica. Grandes somas de excitação nele se acumulam, dando margem a novas espécies de sentimentos de desprazer, e alguns órgãos adquirem maior catexia, renunciando assim a catexia objetal que logo se estabelecerá. Que elementos em tudo isso serão utilizados como sinal de uma 'situação de perigo'?

Infelizmente pouquíssimo se conhece acerca da composição mental de um recém-nascido para tornar possível uma resposta direta. Não posso sequer garantir a validade da descrição que acabo de apresentar. É fácil dizer que o bebê repetirá sua emoção de ansiedade em toda situação que recorde o evento do nascimento. O importante é saber o que recorda o evento e o que é recordado (FREUD, 1976b, p.158).

Freud indica que a possibilidade de responder a essa questão está no exame das ocasiões em que as crianças de colo, ou um pouco mais velhas, revelam disposição de produzir angústia, pois somente essas manifestações são compreensíveis até então, além do fato de que não há como garantir a validade da descrição que fez sobre a composição psíquica do recém-nascido. Ainda a esse respeito acredita que uma criança somente pode reter sensações táteis e gerais (impressões) com o processo do nascimento considerando improvável e infundada a

teoria²⁸ de que na ocasião do nascimento, a criança possa receber certas impressões sensoriais de natureza visual, cuja renovação possa fazer lembrar o trauma do nascimento e evocar angústia.

Do nascimento, portanto, não há lembrança (significação).

c) A separação (ausência) da mãe: o deslocamento do estado de perigo (trauma) para a situação de perigo – perda do objeto

As considerações seguintes foram feitas no período anterior, quase que de forma inalterada, porém serão novamente colocadas por bem da exposição da articulação que faz Freud entre as situações de angústia na infância.

São três as manifestações de angústia na criança que Freud considera compreensíveis: quando uma criança está sozinha, quando está no escuro ou quando se encontra com uma pessoa desconhecida em vez de uma com a qual está habituada. Reduz esses três exemplos à condição única em que a criança se encontra ao sentir falta de alguém a quem ama e de quem sente saudade.

Nessas situações revela-se que a imagem mnêmica que a criança tem da pessoa pela qual sente anseio é intensamente catexizada. Explica essa angústia como a expressão do sentimento da criança de não saber como melhor lidar com sua catexia de anseio, visto que está num estado (biológico e psíquico) pouco desenvolvido.

Nestas três manifestações de angústia infantil, a angústia aparece como uma reação à perda sentida do objeto.

Compara estas situações com a angústia de castração que constitui o medo que a criança sente de ser separada de um objeto altamente valioso.

Além disso, inclui nessa série (da perda, separação do objeto), a angústia do nascimento, quando nos lembra que ela ocorre por ocasião de uma separação da mãe.

²⁸ Em referência a teoria de Otto Rank.

Até então referia-se à perda do objeto como um fator ou elemento de perigo revelado nas três situações de angústia infantil, acrescido da castração e provavelmente do nascimento. Segue um aprofundamento da questão em que procura identificar a razão do anseio da criança - diz : " a razão por que a criança de colo deseja perceber a presença de sua mãe é somente porque ela sabe por experiência que esta satisfaz todas as suas necessidades sem delongas" (FREUD, 1976b, p.161).

Conclui que a situação que a criança considera um perigo é a não-satisfação²⁹ – crescente necessidade contra a qual a criança é inermes.

Esse ponto de vista leva Freud a encontrar uma lógica e alinhar os resultados do exame que faz da situação do nascimento e o perigo aí implicado e as três situações posteriores nas quais pôde encontrar reações manifestas de angústia em crianças de colo ou um pouco maiores.

O que essas situações têm em comum é uma perturbação econômica provocada por um acúmulo de quantidades de estímulo que precisam eliminadas. Freud sugere que a situação de não-satisfação na qual as quantidades de estímulo se elevam a um grau desagradável sem que lhe seja possível ser dominá-las psiquicamente ou descarregá-las, é análoga, para a criança, à experiência de nascer, ou seja, a uma repetição da situação de perigo (entretanto, a situação de perigo é um estado de perigo).

Com isso, afirma que a criança só traz da época do nascimento, essa maneira de indicar a presença do perigo.

Essa maneira, entende-se, é a marca psíquica dos efeitos de um aumento de excitação – um perigo marcado, mas não significado.

Aqui [nas três manifestações de angústia] a ansiedade aparece como uma reação a perda sentida do objeto e lembramo-nos de imediato do fato de que também a ansiedade de castração constitui o medo de sermos separados de um objeto altamente valioso, e de que a mais antiga ansiedade – a 'ansiedade primeva' do nascimento – ocorre por ocasião de uma separação da mãe.

Mas a reflexão de um momento nos leva além dessa questão da perda de objeto. A razão por que a criança de colo deseja perceber a presença de

²⁹ Por conseqüência, situação de desejo intenso, conforme aponta Freud em *A Ansiedade* (1917).

sua mãe é somente porque ela satisfaz todas as suas necessidades sem delongas. A situação, portanto, que ela considera como 'perigo' e contra a qual deseja ser protegida é a de não satisfação, de uma *crescente tensão devida à necessidade*, contra a qual ela é inerte. [...] A situação de não satisfação na qual as quantidades de estímulo se elevam a um grau desagradável sem que lhes seja possível ser dominadas psiquicamente ou descarregadas deve, para a criança, ser análoga à experiência de nascer – deve ser uma repetição da situação de perigo. O que ambas as situações têm em comum é a perturbação econômica provocada por um acúmulo de quantidades de estímulo que precisam ser eliminadas (FREUD, 1976b, p.161, grifo nosso).

Freud passa a estabelecer a ***relação entre o perigo apontado pela perturbação econômica e o perigo que indicou como a perda do objeto:***

Quando a criança descobre pela experiência que um objeto externo perceptível pode pôr termo à situação de perigo que lembra [?] o nascimento, **o conteúdo do perigo que ela teme é deslocado da situação econômica para a condição que determinou essa situação, a saber, a perda do objeto** (FREUD, 1976b, p.161, grifo nosso).

Aqui parece implícito que há uma correspondência – não recíproca, mas dialética – entre os dois fatores, isto é, não é um como causa do outro.

O perigo agora consiste na ausência da mãe e, logo que surge esse perigo, a criança dá o sinal de angústia antes que a temida situação econômica se estabeleça.

Freud considera essa mudança que se dá na criança – o deslocamento da condição de perigo - sob dois aspectos: é o primeiro grande passo no sentido de uma providência adotada para sua autopreservação, e representa ao mesmo tempo, uma transição do novo aparecimento automático e involuntário da angústia, para a reprodução intencional desta como um sinal de perigo.

Descreve, assim, dois aspectos da angústia: a angústia como fenômeno automático e como sinal de perigo/salvação.

Nestes dois aspectos verifica que a angústia é um produto do desamparo mental da criança que é similar ao seu desamparo biológico.

Retoma uma questão anterior que havia ficado pendente. Nela indica que a separação da mãe condiciona tanto a angústia da criança de colo, quanto a angústia do recém-nascido, mas, ao mesmo tempo, afirma que o recém-nascido não tem qualquer conteúdo psíquico desta separação.

Procura responder a essa questão, assim o diz, em termos biológicos e não em termos psicológicos:

[...]a mãe originalmente satisfaz todas as necessidades do feto, através do aparelho do próprio corpo dela, assim agora, após o nascimento daquela ela continua a fazê-lo, embora parcialmente, por outros meios.

[...]a situação biológica da criança como feto é substituída para ela por uma relação de objeto psíquica quanto a sua mãe (FREUD, 1976b, p.162).

Diante disso, Freud pode concluir que não há lembrança ou conteúdo ideativo (entendemos: significado) do momento do nascimento, o que leva a afirmar que não se pode achar que a angústia tenha qualquer outra função que não seja ser sinal para a evitação de um perigo.

Essas considerações de Freud demonstram que o organismo do humano é pouco aparelhado biologicamente para responder aos estímulos, sejam internos, sejam externos – faltam-lhe recursos biológicos e psíquicos. Esses recursos somente serão ‘desenvolvidos’ à partir do outro-mãe. Se é assim, se o outro-fora que constitui um meio de se livrar do excesso de estímulos, esse aparelho, essa criança, está completamente a mercê desse outro.

O que Freud expõe possibilita a leitura de que a relação entre dentro e fora está em correspondência com a transição entre uma reação automática de angústia para uma reação mediada e sinalizadora, o que é feito pela percepção do objeto e deslocamento do conteúdo do perigo para a perda desse objeto.

Portanto, sentir angústia é da condição humana, afirmação que será demonstrada nas elaborações de Freud sobre a causa da neurose em relação aos perigos e ao sinal de angústia (III parte).

É a perda do objeto que introduz (produz) um significado que se torna um determinante de angústia para o sujeito. Esse significado pode ser desdobrado em: o retorno da situação perigosa de acúmulo de excitação e impossibilidade de descarga eficaz em correspondência com a experiência de separação que produz a tensão do desejo no sujeito, o que é determinado pelo seu desamparo simbólico. É o ego que introduz o significado de perigo à perda de objeto.

d) A separação (perda) dos genitais: o deslocamento da situação de perigo como perda do objeto-mãe para a situação de perigo como perda do objeto fálico – o determinante fálico.

Freud indica que o significado da perda do objeto, se estende além do ponto da separação da mãe, pois a transformação seguinte da angústia – a angústia de castração que pertence à fase fálica – também constitui o medo da separação e está assim ligada ao mesmo determinante – nesse caso, o perigo de se separar de seu órgão genital.

Explica assim a demarcação da linha de ligação entre esse medo de se separar de seu órgão genital e o medo contido nas situações mais antigas de perigo:

O alto grau de valor narcísico que o pênis possui pode valer-se do fato de que o órgão é uma garantia para seu possuidor de que este pode ficar mais uma vez unido à mãe – isto é, a um substituto dela - no ato da copulação. O ficar privado disto equivale a uma renovada separação dela, e isto por sua vez significa ficar **desamparadamente exposto** a uma tensão desagradável devido à necessidade instintual, como foi o caso do nascimento (FREUD, 1976b, p.163, grifo nosso).

Entretanto, assinala Freud, a necessidade atual cujo aumento se teme, é uma necessidade que pertence à libido genital e não mais indeterminada como foi no período da primeira infância.

Essas afirmações de Freud serão melhor esclarecidas e desenvolvidas, ao final deste trabalho, na discussão.

Freud volta a afirmar a importância da mudança de conteúdo da situação de perigo, indicando a já traçada mudança desse conteúdo, a partir da perda da mãe como objeto até a castração. ***Insere a mudança seguinte do conteúdo da situação de perigo e do determinante da reação de angústia que é o temor ao superego***, o que ocorre em decorrência de novas necessidades, como a crescente independência da criança e a divisão mais acentuada no seu aparelho mental em várias instâncias.

O superego é a instância psíquica cujo núcleo corresponde ao agente parental despersonalizado e do qual se temia a castração. No superego, o perigo se torna menos definido e a angústia de castração se desenvolve em uma angústia moral. A angústia moral é uma angústia social que dificulta saber o que é

ela. Assim, se o núcleo do superego corresponde à instância parental introjetada, o que o ego considera como um perigo consiste em que o superego deve estar com raiva dele, ou quer puni-lo ou deixar de amá-lo. Reage a isso, com um sinal de angústia.

Entende que a transformação final pela qual passa o medo do superego é o medo da morte (ou medo pela vida) que indica ser um medo do superego projetado nos poderes do destino.

O que foi descrito como evolução das várias situações de perigo desde o protótipo do nascimento, alerta Freud, não deve ser entendido como a invalidação do determinante anterior pelo posterior. À medida que o ego se desenvolve, as situações de perigo tendem a ser abandonadas, embora todas elas possam se manter lado a lado. Desse modo, podem fazer com que o ego reaja a elas com angústia, num período posterior ao que seria apropriado. O perigo de desamparo psíquico é apropriado ao período de vida quando o ego do indivíduo é imaturo (e as representações inconscientes, incipientes); o perigo da perda de objeto até a primeira infância, quando a criança ainda se acha na dependência de outros ; o perigo de castração até a fase fálica ; e o medo do seu superego até o período de latência.

Nas palavras de Freud:

Ao descrever a evolução das várias situações de perigo a partir do seu protótipo, o ato do nascimento, não tive qualquer intenção de afirmar que cada determinante invalida completamente o precedente. É verdade que, à medida que continua o desenvolvimento do ego, as situações de perigo mais antigas tendem a perder sua força e ser postas de lado, de modo que podemos dizer que cada período da vida do indivíduo tem seu determinante apropriado de ansiedade (**FREUD, 1976b**, p.166).

Entende-se que nas situações de perigo não se trata de uma evolução, até porque Freud deixa implícito que é a situação posterior que significa a anterior, e aqui parece estar sua tentativa para explicar, embora utilize considerações sobre o que é apropriado em cada fase.

Freud julga que deve haver uma relação entre a situação de perigo que seja operativa (esteja ainda atuando) e a forma assumida pela neurose resultante, ressaltando a observação que fez sobre a importância que o perigo de castração tinha para mais de que uma doença.

Se antes colocou em questão que esse fator poderia ser decisivo para o sexo feminino, visto que, nas meninas, a castração já se efetivou, agora, uma modificação na descrição do determinante de angústia nas mulheres, esclarece esse fato. Nas mulheres, o determinante de angústia não é, como no homem, a necessidade do próprio objeto ou o medo de perdê-lo, mas o medo de perder o amor do objeto. As meninas, no curso de seu desenvolvimento, fazem uma catexia objetal pelo seu complexo de castração que determina a permanência mais efetiva da situação de perda do amor do objeto.

Freud escreve:

Indiquei alhures como as meninazinhas, no curso de seu desenvolvimento, são levadas a fazer um catexia objetal pelo seu complexo de castração. É precisamente nas mulheres que a situação de perigo da perda do objeto parece ter permanecido a mais efetiva. Tudo que precisamos fazer é proceder a uma ligeira modificação em nossa descrição do seu determinante de ansiedade, no sentido de que não se trata mais de sentir a necessidade do próprio objeto ou de perdê-lo, mas de perder o amor do objeto (FREUD, 1976b, p.167).

Pode-se também considerar que, se ambos os sexos produzem a teoria da primazia do falo, sendo para ambos, o feminino o outro sexo, a questão da castração está, de qualquer modo, vinculada à feminilidade. A feminilidade é um problema para ambos os sexos e pode gerar angústia, problema esse, que se refere à simbolização da diferença sexual.

Parte III - Das conclusões acerca da causa da neurose a partir do estudo sobre a angústia: o desamparo 'constitucional' – biológico e simbólico – como determinante do perigo

Freud observa que na infância, os determinantes de angústia, (separação do objeto, ameaça de perda de amor do objeto, ameaça de perda do falo) produzem, regularmente, reações neuróticas como fobias, histerias de conversão e atos cerimoniais e podem quase que ser chamadas de normais; isso, de acordo com suas observações em crianças citadinas, que pertencem a raças 'brancas e que vivem de acordo com padrões culturais razoavelmente elevados.

Todavia, segundo diz, nem todas as crianças que revelam esses sinais se tornam neuróticas na vida adulta.

Porém, afirma que em todos os adultos que sofrem de neurose, sem exceção, são detectados sinais de neurose infantil.

É importante esclarecer que embora relacione as reações de angústia às neuroses, Freud aponta que os determinantes finais de dor e angústia permanecem definitivos durante toda a vida em todas as pessoas, como o medo do superego; porém, com seu determinante atualizado.

Assim, o estudo sobre a angústia traz uma interrogação fundamental a Freud com relação às neuroses: se os determinantes de angústia – os perigos – e a reação defensiva do ego a eles parecem ser justificáveis à época que ocorrem por corresponderem a um período particular do desenvolvimento do aparelho psíquico, e após passado esse ‘tempo’ não teriam o mesmo significado podendo ser abandonados em função do sujeito não estar mais em desamparo biológico e psíquico, porque muitas pessoas continuam a reagir aos perigos determinantes de angústia que ficaram ultrapassados?

Embora todas as instâncias para a dominação dos estímulos de há muito se tenham desenvolvido dentro de amplos limites em seu aparelho mental, e embora esteja suficientemente crescido para satisfazer a maior parte de suas necessidades por si mesmo e há muito tenha aprendido que a castração não é mais praticada como castigo, ele [o neurótico] não obstante se comporta como se as antigas situações de perigo ainda existissem e se apegava a todos os antigos determinantes de ansiedade. Por que isto é assim exige uma resposta um tanto longa (FREUD, 1976b, p.171).

O que Freud quer saber é de onde provém o elemento de persistência relativo a essas reações de perigo - porque nem todas as neuroses são episódicas e porque só o afeto de angústia parece desfrutar da vantagem de evocar reações que por sua falta de propriedade vão contra a vida?

Se a angústia é uma reação ao perigo, o motivo pelo qual esse afeto ocupa uma posição ‘sui generis’ na economia da mente, poderia ser algo ligado à natureza desse perigo, mas Freud reconhece que os perigos são os mesmos para todos, são o destino comum da humanidade.

Embora considere que após tantos anos de trabalho psicanalítico, ainda se encontra no escuro quanto à questão subjacente a todas elas, isto é,

quanto a razão última, peculiar da neurose, faz uma espécie de reconstrução do processo patológico e suas relações ao perigo até onde suas pesquisas o levaram, e levanta alguns fatores que desempenham papel na persistência dessas situações de perigo, e , em conseqüência, na causação das neuroses.

A repressão que o ego impõe ao id é o principal fator de persistência das situações de perigo. Por ter a natureza de uma tentativa de fuga do ego diante de um impulso perigoso, torna o reprimido, um excluído de sua organização e sujeito somente às leis do inconsciente.

Se, depois, o perigo modifica-se de tal forma que o ego não teria porque temer e desviar-se do impulso análogo ao reprimido, a conseqüência da restrição que o ego fez anteriormente se manifesta na compulsão à repetição. O novo impulso prosseguirá seu curso sob esta influência automática, ou seja, seguindo a mesma trilha do impulso mais antigo reprimido, como se a situação de perigo já superada ainda existisse.

Numa reação mais normal, diz Freud, o ego poderá romper as barreiras que ele mesmo erigiu e recuperar a influência sobre o impulso instintual, dirigindo seu curso em conformidade com a situação de perigo modificada – angústia realística.

Com isso, Freud deixa entrever que as situações de perigo nunca são inteiramente dos dias atuais, para nenhum humano, porém no temor realístico, o determinante interno de perigo, diminui, ‘perde sua força’.

Embora Freud afirme que o ego pode romper as barreiras que erigiu, ele esclarece que raramente pode desfazer-se de suas repressões e que o resultado é uma luta – a luta neurótica.

Do ponto de vista da prática analítica, ele considera que a assistência ao ego para levantar suas repressões e recuperar seu poder sobre o id reprimido, permite que os impulsos sigam seu curso como se as antigas situações de perigo não mais existisse.

Dizendo de um outro modo, incluir os impulsos na vida subjetiva, pelo desvendamento do inconsciente: saber sobre o desejo que o habita, ‘transformando’ o medo neurótico em medo realístico , no sentido dado acima – ‘a perda da força’ do determinante antigo de angústia e a aproximação ao determinante atual.

Freud sugere ainda outros três fatores que desempenham papel na causação das neuroses, 'criando condições sob as quais as forças da mente são lançadas umas sobre as outras'. Entende-se que esses fatores que descreve, são próprios da condição humana – inelutáveis.

Chama o primeiro de **fator biológico**, que entendemos como o real do corpo.

O humano, diferentemente dos outros animais, é lançado ao mundo num estado 'menos acabado' - em desamparo biológico - tendo como resultado a intensificação da influência do mundo externo sobre ele – conforme entendemos, um verdadeiro impacto.

O real do corpo é um perigo, porque o aumento das excitações se alia à incapacidade da criança de conduzi-los à descarga.

Assim, o objeto assume maior importância para ele visto que somente ele pode protegê-lo dos perigos do mundo externo, e conduzir as excitações a sua descarga.

Freud conclui: “ O fator biológico estabelece as primeiras situações de perigo e cria a necessidade de ser amado que acompanha o sujeito pelo resto da vida” (FREUD, 1976b, p. 179).

O segundo **fator** é o **filogenético**, que traduzimos como a especificidade da sexualidade na espécie humana.

De acordo com Freud, é **característica da sexualidade humana**, a eflorescência inicial até o quinto ano, com uma interrupção, e **o retorno de seu curso na puberdade, reatando os inícios interrompidos na primeira infância**.

Esse fator produz um significado patogênico na porque a maioria das exigências dessa sexualidade infantil são tratadas pelo ego como um perigo e desviadas como tais. Desse modo, os impulsos sexuais posteriores à puberdade correm o risco de sucumbir à atração de seus protótipos infantis e segui-los até a repressão.

Freud supõe que essa interrupção no desenvolvimento sexual do humano tenha surgido como um precipitado histórico – algo momentoso ocorrido nas vicissitudes da espécie que deixou marcas dessa interrupção, separação em dois momentos.

Arrisca-se a idéia de que esse algo é a constituição mental ou de representação simbólica das experiências vividas no corpo, diferentemente dos outros animais. O mundo simbólico, no qual cada humano deve fazer sua entrada, determina a marca da sexualidade no inconsciente : um saber ainda prematuro por não acompanhar a maturidade fisiológica, e por demais tardio no que se refere à sua compreensão, já que a criança reconhece a diferença sexual e se interroga sobre ela na relação com seu próprio sexo e com o outro sexo, mas não lhe é possível realizar o ato sexual.

Pode-se colocar esse fator, ainda, da seguinte maneira:

No homem a sexualidade é representada mentalmente e construída desde a infância. Não há para ele instintos que designem o que deve fazer como ser de macho ou de fêmea, a não ser na relação com um outro que possa transmitir isso a ele. A descontinuidade da sexualidade é a discordância entre as primeiras experiências de satisfação narcísicas e as experiências posteriores, que ocorrem à partir a percepção da diferença sexual e indicam sua realidade copulatória, o que passa a representar um perigo ao ego.

Esse apontamento será melhor esclarecido no final deste trabalho.

O terceiro **fator** é o **psicológico**. De acordo com Freud, refere-se a um defeito no aparelho mental relacionado com a diferenciação entre id e ego, atribuível, em última análise, à influência do mundo externo. Os perigos da realidade externa obrigam o ego a proteger-se também contra os perigos instintuais internos e a tratá-los como perigos.

O ego se defende de um perigo pulsional do mesmo modo que se defende de um perigo externo, mas esse modo de atuação defensiva resulta numa neurose devido à 'imperfeição do aparelho mental'. Essa 'imperfeição' é a divisão interna. Por causa dessa divisão o ego se defende de algo que é dele: o perigo é parte de si mesmo. Sendo assim, ele se afasta de algo que lhe constitui, criando sintomas, e, como não é possível que isso ocorra sem conseqüências, ocorrem as lutas contra o sintoma.

Nas palavras de Freud:

Dos perigos que advêm da realidade que não é parte do próprio sujeito, o ego pode ser mais eficaz do que aqueles determinados pelos seus impulsos internos, pois só pode desviá-los restringindo sua própria organização, uma

vez que o id está completamente ligado a ele. Desse modo, o ego aceita a formação de sintomas em troca de ter prejudicado a pulsão. Os males neuróticos são as dificuldades antepostas ao ego pela renovação do ataque da pulsão (FREUD, 1976b, p.180).

A análise desses fatores leva a considerar que em todos eles Freud indica um 'defeito' ou carência próprios da condição humana - uma falta constitucional do ser humano : a carência do real do corpo (desamparo biológico) que incapacita a criança de dar respostas eficazes ao que vem de dentro e de fora como estímulo, colocando-a em dependência de cuidados e de amor; a carência de representações (desamparo simbólico) com as quais pode dar significados ao que vem do corpo como excitações, necessitando, igualmente, de um outro (objeto) da espécie para lhe dar significações ou, em outras palavras, ajudá-lo a interpretar o significado de suas experiências. Em consequência desse desamparo constitucional – biológico e simbólico – processa-se a divisão no interior do aparelho representacional que a conduz a reações de defesa (recalque) contra si mesma; com isso, produz-se uma divisão entre a sexualidade experienciada na infância e na vida 'adulta' (ato sexual copulatório) que lhe dificulta correlacionar uma experiência com a outra.

Coloca-se assim essa 'série causal': desamparo biológico e simbólico – perigo (e/ou trauma) - angústia - recalque (primário e secundário) - divisão interna (o ego e o inconsciente) - neurose.

2 Discussão e Conclusão acerca do Terceiro Desenvolvimento

Chegado ao fim deste percurso em que acompanhamos as elaborações de Freud, cabe retomar resumidamente as respostas que dá aos problemas com os quais trabalha, e o desenvolvimento que fez do conceito de angústia, o qual, entendemos, possibilita um esclarecimento sobre qual o perigo que a sexualidade representa para o sujeito.

O interesse de Freud pela angústia, conforme vimos, data dos primórdios da psicanálise e está ligado à investigação clínica sobre a causa das

neuroses, interesse esse, relançado como questão, nesse período de suas elaborações finais.

Freud quer definir a participação da angústia nas neuroses e com essa questão, afinal, saber o que é a angústia.

A angústia, descobre, é um fenômeno precedente à formação de sintomas e inibições. Mais do que um sintoma de neurose, trata-se de um sinal que conduz à defesa e à formação de sintomas neuróticos.

Conforme vimos, desde 1917, Freud tem a proposição de que a angústia é um sinal diante do perigo que as exigências da pulsão representam ao ego e investiga sua origem; com isso, entendemos, buscando sua causa, os motivos pelos quais a pulsão representa um perigo ao eu. Situa a origem do primeiro temor infantil - o primeiro sinal de angústia - na separação da mãe (ausência do objeto de amor), e dá indicações de sua causa através da análise que faz dessa situação: ***a condição de angústia é o aumento das excitações que impõem a exigência de satisfação, em dialética com as experiências de perda que ocorrem no sujeito a partir da introdução do objeto (ligação amorosa) e da experiência de ausência (falta) desse objeto.***

Freud, portanto, situa a experiência psíquica de perda e de falta interna – falta no sujeito, isso pela falta de representações da criança nas quais a excitação possa se vincular. O desapontamento pela ausência do objeto de amor do qual resta um desejo intenso (anelo) e uma libido inaplicável, que exige satisfação, tornam a situação de ausência do objeto uma situação de perigo e fazem da exigência interna de satisfação, marcada no inconsciente como expectativa ou desejo, um estado de perigo.

Retoma agora essa situação de separação da mãe, articulando-a com a situação original de angústia que postula - o ato do nascimento - uma vez que descobre (elabora) que a angústia é um sinal de desprazer (quantidade pulsional limitada, reduzida) reproduzido no ego a partir de experiências anteriores.

É no ato do nascimento que ocorre, pela primeira vez, um aumento interno das excitações que é vivenciado como desprazer e tem a tendência de descarregar (exigência interna de satisfação). A vivência do nascimento marca, portanto, a experiência de um estado afetivo de desprazer causado pelo aumento

das excitações internas. Esse estado de excitação é o estado de angústia, o qual é reproduzido posteriormente como um afeto.

Freud entende que este estado de excitação e desprazer – angústia - marca uma situação de perigo à qual o ego reage com angústia sempre que um estado dessa espécie se repete; sendo assim, o estado produz a situação de perigo.

A situação de perigo é significada somente *a posteriori*, quando da separação do objeto de amor, isto porque, a imagem mnêmica que a criança tem da pessoa pela qual sente anseio, é intensamente catexizada.

Desse modo, nessa situação, a angústia aparece como a perda sentida do objeto, mediante a separação, a ausência desse objeto. Entretanto, deixa claro, como expõe em 1917, que a situação de perda do objeto só é significada como um perigo porque a criança reconhece, por experiência, que ele pode pôr termo à sua situação de não-satisfação e anseio (desejo intenso): o perigo é deslocado da situação econômica para a condição que determinou essa situação – a perda do objeto.

Nesse texto, portanto, Freud insere como novo que a angústia é originalmente um estado de excitação libidinal não significado, apenas marcado, e que a separação (ausência) da mãe produz o deslocamento do estado para uma significação de perigo: a situação de perigo de perda do objeto dá significado de perigo ao estado de excitação e ao desejo que daí deriva. Há nessa elaboração, nos parece, uma lógica dialética circular, uma vez que a experiência do momento inicial se desloca para o 'final', mas é o momento posterior que dá significado ao anterior.

Assim, é a perda do objeto que introduz (produz) um significado que se torna um determinante de angústia para o sujeito. Esse significado pode ser desdobrado em dois: para o ego, o significado de perigo de perda do objeto; para o inconsciente, o acúmulo de excitação e a impossibilidade de descarga eficaz pela experiência de separação produz a tensão do desejo, o que é determinado pelo seu desamparo simbólico.

Desse modo, através das duas situações, Freud descreve a angústia sob dois aspectos – como fenômeno automático que é o aparecimento involuntário da angústia e como reprodução intencional dela como um sinal de perigo.

Ainda como novo Freud introduz o termo desamparo mental ou simbólico (que já utilizamos no desenvolvimento anterior), que considera similar ao

desamparo biológico, para nomear a condição que determina o estado de angústia no sujeito, seja na angústia automática, seja na angústia-sinal.

Com isso conclui-se que o que se repete na separação da mãe é o estado em que o sujeito fica – excitação intensificada, libido não-satisfeita e o que se acrescenta (após a introdução do objeto) é o anseio, expectativa (ansiosa) ou desejo intenso. Isso possibilita derivar a seguinte leitura: só há desejo a partir da falta do objeto, falta, marcada internamente.

A angústia é, pois, sinal afetivo em face de uma perda – é sinal de uma separação, de uma experiência de perda, e o que é repetido é o estado em forma de sinal. A ameaça, o perigo, é a repetição desse estado subjetivo – desamparo psíquico – ficar só, com o desejo que cresce e a dificuldade de dar significação a isso (elaborar simbolicamente).

A situação de angústia e de perigo de castração para o ego que Freud localiza na base do recalque e da posterior formação de sintomas, em todas as formas de neurose, é o passo fundamental seguinte que permite formular a lógica simbólica do perigo que a sexualidade representa ao ego; isto é, a face psíquica do perigo sexual.

Freud articula, então, as situações de angústia do ato do nascimento e da separação da mãe, com a situação de angústia de castração.

O significado de medo da separação, da perda do objeto, conforme diz, se estende além do ponto da separação da mãe, pois a transformação seguinte do conteúdo da situação perigosa e da angústia, que pertence à fase fálica, também constitui o medo da separação e está ligada ao mesmo determinante – nesse caso, o perigo de se separar de seus órgãos genitais.

Sendo assim, a angústia diante da separação (perda) dos genitais é o deslocamento da situação do perigo como perda do objeto-mãe para a situação de perigo como perda do objeto fálico. A ameaça de perda do falo é, pois, nessa fase, um determinante de angústia.

Freud explica que há uma ligação entre o medo de se separar de seus órgãos genitais e o medo contido nas situações anteriores de perigo. Essa ligação está no alto valor narcísico que o pênis possui por proporcionar ao possuidor poder ficar mais uma vez unido à mãe – a um substituto dela, no ato da copulação.

O perigo de ficar privado do órgão equívale ao perigo de renovar a separação da mãe e, com isso, ficar desamparadamente exposto à uma tensão decorrente da necessidade pulsional.

Entretanto, a necessidade atual cujo aumento se teme, aponta, pertence à libido genital e não mais indeterminada como foi no período da primeira infância.

Entende-se, portanto, que, à condição de desamparo simbólico da criança, explicada pela necessidade que essa tem da mãe para satisfazer suas necessidades – desamparo biológico – Freud associa o desamparo simbólico advindo da ameaça de perda do falo.

A Lógica Simbólica da Castração: uma Elaboração Ensejada pelo Caso Hans.

Procurar-se-á esclarecer melhor o desamparo simbólico proveniente ameaça de perda dos genitais - essa lógica da castração e do perigo que ela representa ao ego – valendo-nos do que nos ensina Freud desde sua clínica, quando da discussão do caso de Hans, exposto no segundo desenvolvimento das elaborações de Freud sobre a angústia, segunda parte deste nosso trabalho.

Embora, no texto de que nos ocupamos – *Inibições, sintomas e ansiedade*, Freud não deixe explícito que, do ponto de vista do inconsciente, o significado de desamparo simbólico que a perda do objeto (o pênis) representa seja uma interrogação e uma falta de resposta sobre a própria sexualidade, em 1909, quando da discussão do caso de Hans, apresenta os elementos que possibilitam essa leitura.

As conclusões seguintes foram depreendidas do que ali foi elaborado, em correspondência com o que foi articulado com base em *Inibições, sintomas e ansiedade*.

As considerações de Freud em *Inibições, sintomas e ansiedade* sobre a primeira angústia da criança na separação da mãe e o deslocamento para a angústia de castração esclarecem que o significado de perda aí encontrado faz parte de um complexo que encontra um ‘desfecho’, um ‘momento crucial’, quando na fálica.

A discussão que Freud faz do caso do pequeno Hans, à época de sua publicação, possibilita o entendimento de que a chamada fase fálica diz respeito tanto à modicidade de satisfação genital – a tensão do desejo, no que se refere à excitação no órgão genital – quanto ao fato de que, nessa fase, simbolicamente, a sexualidade está sob a primazia do falo: a premissa da universalidade do órgão sexual masculino. Em outras palavras, as crianças representam psicicamente o sexo como apenas um.

Além disso, os pais são os objetos aos quais se dirige a catexia libidinal – a satisfação dos impulsos amorosos - e das perguntas que demonstram o interesse que a criança tem de saber da sexualidade, principalmente no que se refere à questão sobre a origem dos bebês.

Em resumo, quando, ao tratar da ameaça e da angústia de castração, Freud diz que a libido pertence ao complexo de Édipo e à fase fálica – organização genital da libido - entenda-se:

1 – O órgão genital tem um valor de satisfação e um valor simbólico especiais

Como ilustração, viu-se que Hans sente necessidade de tocar no pênis e pratica a masturbação. Para Hans, o pênis significa a constatação da existência – todos os seres vivos tem ‘pipi’.

2 – A excitação e satisfação dirigida à mãe está localizada principalmente no órgão sexual

Hans quer que a mãe pegue no seu pipi, que o olhe, e que faça elogios a ele. Há ainda o prazer cutâneo - quer dormir com a mãe. Além disso, pergunta se a mãe tem ‘pipi’, se o pai tem ‘pipi’ grande.

Entretanto, é nessa mesma fase que se põem novas representações a serem elaboradas pela criança: o outro sexo, para ambos o feminino. Essas novas representações ocorrem em função da pergunta da criança sobre seu órgão - o falo, o outro na criança que se excita independente dele e devido ao problema que a sexualidade do pai coloca para a criança: as relações sexuais, principalmente em decorrência da pergunta sobre a origem dos bebês.

Do ponto de vista simbólico (do inconsciente), pode-se dizer que na fase fálica, a necessidade colocada pela exigência de satisfação da pulsão dirigida ao órgão genital é uma necessidade de saber. Saber do seu sexo, da sexualidade.

Sigamos os recortes do caso de Hans para melhor esclarecer esses últimos apontamentos.

O nascimento da irmã de Hans legou-lhe perdas em virtude das quais agitou-se seu pensamento colocando-lhe interrogações. Hans queria saber da função do pai no nascimento de Hanna e dele próprio, já que os chamava de filhos.

É a gravidez da mãe e, na seqüência, o órgão sexual feminino da irmã que propiciam a Hans a percepção da diferença sexual e que geram nele uma busca – como compreender a si próprio, se tem outro sexo? Além disso, a constatação da diferença sexual gera o ‘pensamento’ de que há algo que os dois sexos fazem para que nasçam os bebês; havendo, assim, uma questão subjacente sobre o fator copulatório da sexualidade.

A partir daí instalou-se um conflito e uma ameaça de perda, dos quais deriva a angústia.

Hans ficou em desamparo simbólico:

Do lado da mãe vivenciou a perda da satisfação amorosa (por exemplo, o contato no ato de dormir e os cuidados gerais) juntamente com a perda da premissa de que ela tinha um pênis.

Do lado do pai também houve perda em duas direções – sua presença diminuía as oportunidades de satisfação de Hans com sua mãe e sua resposta às questões de Hans sobre a sua participação no nascimento de bebês foi insuficiente e gerou descrédito. A resposta do pai segundo a qual é a cegonha que traz os bebês gera incredulidade em Hans, pois ele verifica suas hipóteses - viu a barriga da mãe crescer, ouviu seus gemidos, viu Hanna e viu a mãe magra novamente – sabe, portanto, que os bebês nascem da mãe. E o pai, qual sua participação, qual sua função no nascimento dos bebês, já que os chama de filhos? Hans acha que ele tem algo a ver com isso, mas não tem elementos intelectuais e simbólicos para resolver essa questão, apenas ‘intui’ que é preciso um pênis grande e talvez forçar uma passagem.

Qual era, então, a ameaça para Hans? A ameaça é de uma perda. Qual é a perda que agora ameaça Hans e gera angústia?

Em resumo, a perda da qual Hans tem medo faz parte de um complexo, do qual se destaca um elemento – a perda da premissa fálica :

- A privação da mãe em dois sentidos – Hans perde a satisfação narcísica que experimenta com a mãe e intui a falta do órgão sexual masculino nela. Além disso, observa o órgão sexual feminino na irmã.
- Com isso, perde a premissa da universalidade do pênis - há um outro sexo, o feminino.

Essa constatação representa um abalo, uma perda das premissas sexuais anteriores - a perda da premissa da significação do seu sexo - que é o amor de sua mãe, que é o falo de sua mãe; isso, juntamente com a perda da satisfação narcísica que experimenta com ela.

Essa perda é vivida imaginariamente como a separação dos seus órgãos genitais. A castração é, pois, interpretada como: seu órgão sexual será cortado.

- A privação do pai no sentido de uma resposta sobre a significação do seu sexo em relação ao outro sexo - a admissão de sua participação no nascimento de Hans e Hanna: 'informação' sobre o órgão sexual feminino e o ato copulatório.

Desse modo, para Hans, a gravidez da mãe (complexo do parto da mãe grávida) e o nascimento da irmã geraram interrogações que têm como núcleo a questão principal – que significado tem seu órgão, seu sexo. Portanto, a perda da premissa da universalidade do pênis é a perda da significação do sexo, a qual gera uma questão sobre a relação entre os dois sexos – o outro órgão, as relações sexuais (copulação).

Assim, o caso Hans propicia a seguinte leitura : o medo de perder os genitais donde se deriva a angústia de castração, parte da premissa da universalidade dos sexos, da queda dessa premissa, que gera um conflito e uma pergunta que quer ser respondida – a busca de saber sobre o outro sexo e sobre o próprio sexo. A falta de resposta 'suficiente' – desamparo simbólico – produz angústia e a recusa ou afastamento (recalque) por parte do eu a essa interrogação.

Em outras palavras, entende-se que a questão sobre o significado do sexo passa a ser um perigo para o eu porque demonstra a perda da premissa sexual anterior, a falta de resposta, e sobretudo, a vivência do desamparo. O

afastamento do ego - o recalque – representa, então, a falta de elaboração simbólica da perda.

Considera-se que a angústia de castração situada por Freud como o medo de perder os órgãos genitais é uma interpretação dada pelo ego ao perigo, que no inconsciente representa a perda da premissa fálica e da significação do sexo.

Do texto *Inibições, sintomas e ansiedade* o que fica esclarecido é que, do ponto de vista do inconsciente, o ‘significado’ (que a perda do objeto representa) pode ser desdobrado em : o retorno da situação perigosa de acúmulo de excitação e impossibilidade de descarga eficaz e a correspondente experiência de separação que produz a tensão do desejo no sujeito, o que é determinado pelo seu desamparo simbólico. O que não está explícito nesse texto e que o caso Hans esclarece é que o desamparo simbólico que ocorre por ocasião da fase fálica e do complexo de Édipo, é uma falta de resposta sobre a própria sexualidade.

Pelo caso de Hans, entendemos que o complexo de castração é um complexo associativo que remete a uma questão sexual não respondida, em função do desamparo simbólico da criança: qual a função do pai no nascimento dos bebês? Essa pergunta indica uma outra, subjacente, sobre a diferença sexual: o que é o homem, o que é a mulher e o que é a cópula.

O desamparo simbólico é, pois, gerado pela perda das premissas sexuais anteriores - a perda da significação que a criança tinha de si - quando o sujeito fica diante de novos elementos da sexualidade : a existência do outro sexo, o feminino, para ambos os sexos, e a cópula que não pode ser simbolizada devido à ‘incompreensão dos fatos’ pela criança.

A perda da significação que a criança tinha de si – um só sexo, ele é feito para ser amado como falo (objeto) da mãe – é o perigo que a sexualidade representa: a divisão entre os dois sexos.

Pode-se também considerar que, se ambos os sexos produzem a teoria da primazia do falo, sendo para ambos, o feminino, o outro sexo, o feminino, a questão da castração está, de qualquer modo, vinculada à feminilidade. A feminilidade é um problema para ambos os sexos e pode gerar angústia, problema esse que se refere à simbolização da diferença sexual.

Assim, de um modo esquemático, o complexo de castração em Hans, do ponto de vista do inconsciente, pode ser assim colocado :

O falo – o órgão que eu tenho: qual o seu significado, se tem outro sexo?

A mãe e o pai (o complexo parental) – geram perguntas sobre o fator copulatório da sexualidade: o que fazem para que nasçam os bebês?

Com isso, pode-se concluir **o que é a perda na angústia de castração: a perda, gerada pela separação entre os sexos (diferença sexual) é, simbolicamente, a perda das premissas sexuais anteriores.**

Essa perda gera perplexidade e angústia, pelo desamparo simbólico em que a criança se encontra em face da questão posta pelas novas premissas - a diferença sexual e a copulação.

À partir da questão insolúvel sobrevém o recalque da questão e do desejo de saber.

Após o recalque, a angústia sinaliza o retorno do reprimido – retorno de uma questão sexual não-solucionada (no caso Hans, Freud chama: “o complexo do parto da mãe grávida”) acerca da diferença sexual, da falta na mãe e da função do pai .

Com Freud, principalmente pelo caso Hans, aprendemos que a neurose é uma questão sexual pendente, que ficou recalçada, esquecida, evitada: questão relacionada ao desejo de saber da própria sexualidade e que corresponde à elaboração simbólica das perdas que o sujeito experienciou – a perda no sujeito gerada pela separação do objeto-mãe, o que constitui o desejo; e a perda da premissa fálica gerada pela constatação da diferença sexual.

Por isso, a neurose se sustenta em uma neurose infantil – na constituição da sexualidade infantil – quando as perdas podem ser apenas imaginariamente elaboradas (fantasias inconscientes), produzindo sintomas, e, por vezes, angústia.

A angústia-sinal pode, então, ser tomada em dois sentidos:

Primeiro, conforme Freud elucida, a angústia pode ser tomada como sinal do ego em busca de ‘salvação’, isso, pela vivência de abandono e desamparo diante da perda (e da conseqüente falta no sujeito que o desamparo gera), impondo a necessidade de manter o amor narcísico para evitar o estado de

perigo (excitações e desejo inconsciente), deslocado para a situação considerada como um perigo.

Segundo, *ela pode ser tomada no sentido do inconsciente, sendo a angústia-sinal, a mostra dessa falha de elaboração das perdas e indicando uma questão pendente. A angústia mostra a falha em recusar e esquecer sua questão sexual.*

Com isso, entendemos que Freud esclarece a distinção metapsicológica: o sinal de angústia ocorre no ego (topográfica), mas esse sinal demonstra as relações (econômica-dinâmica) da angústia com a pulsão (a satisfação da excitação - o gozo) e com o desejo inconsciente. Isso indica **duas vertentes de significação a partir do sinal, do aviso : aviso para renovar a fuga do ego (recalque) da pulsão e do desejo – o que habita mais intimamente o sujeito; o que, ao mesmo tempo, significa que há ‘um outro eu’ (o inconsciente) que está se manifestando.**

Portanto, a descoberta de que a angústia é um sinal frente a um perigo para o ego é fundamental porque através dela, Freud situou a dialética da satisfação e da castração (dialetriz a face das excitações da pulsão inserindo o fator simbólico da vivência das perdas) na constituição subjetiva, identificando sua causa – o desamparo constitucional do humano. Com isso, esclarece que a angústia é o afeto central, derivado da economia subjetiva que se processa (opera) à partir das relações entre o corpo e o outro – o que constitui o aparelho mental - e de suas conseqüências traumáticas.

ARTICULAÇÕES FINAIS
O Legado Freudiano :
a Angústia na Clínica Psicanalítica e na Cultura
Contemporânea

Poderíamos fazer nossa a surpresa de Fedra, que constata que **os eruditos** não evoluíram muito desde aquela época [de Platão]; eles **debruçam-se com maior naturalidade sobre o problema do sal e de sua utilidade do que sobre o enigma do desejo. Se é verdade que, graças a seu saber, as ligações intermoleculares e até intra-atômicas não têm mais segredo, em compensação, no relativo a Eros, o mistério permaneceu quase inviolado.** Que o intuito do desejo de saber teve como resultado fazer bascular no registro do realizável aquilo que até então era, como fantasma do fim do mundo, próprio do fantasma psicótico, não parece tê-los induzido a se colocarem a **questão do desejo** a fim de denunciar seus paradoxos e logros mortíferos [...] Ao **escândalo desse vazio no discurso dos sábios**, o *Banquete* opõe o escândalo da resposta que vocês conhecem. Será preciso esperar quase 25 séculos para que Freud volte a esse feito (AULAGNIER-SPAIRINI, 1990, p.67, grifo nosso).

O Legado Freudiano

Essa breve consideração de Piera Aulagnier-Spairini é um pretexto para a introdução da questão da angústia na clínica psicanalítica e na cultura contemporânea porque, por um lado, ela apresenta o elemento central de análise da angústia que o legado freudiano proporcionou à clínica e à humanidade - o desejo - e, por outro lado, ela expõe com simplicidade, a amplitude e a força com que o desejo foi excluído historicamente do campo do saber na cultura (ciência) ao mesmo tempo que mostra que o desejo impõe uma questão importante pelo fato de aduzir um enigma e um paradoxo.

Com efeito, o que Freud lega à humanidade e à clínica quando estuda a angústia é que ela é o medo que todo humano tem do seu próprio desejo.

Essa resposta que Freud dá desde sua última consideração sobre a angústia é resultado da interpretação que faz dos elementos iniciais com os quais trabalha - as excitações provenientes do corpo impõem satisfação que, para o humano, se dá através de sua representação psíquica (pulsão).

Esclarece, portanto, desde o início, que a tensão no humano nunca é puramente corporal, pois tem que passar pelo pensamento para sua descarga.

Se a excitação (pulsional) se satisfaz através da representação psíquica, na investigação posterior, Freud encontra a relação entre os dois no conceito de desejo. Descobre e faz entender teoricamente que o desejo é a expressão psíquica da relação entre a satisfação e a ausência (perda) de satisfação o que se demonstra no conceito de separação.

Quanto a isso, cabe fazer observar que a última elaboração segundo a qual a angústia é medo e que o medo é do próprio desejo (falta no sujeito), constituído por último pela experiência da castração, é a resposta freudiana que interpreta a tese inicial de que a causa da angústia é a insatisfação sexual.

A elaboração freudiana faz concluir que o desejo é a própria falta de satisfação sexual, é a insatisfação da excitação que se dá por estrutura - pelo fato de que é inscrita psiquicamente; por isso, o desejo é a expectativa de satisfação e ao mesmo tempo um saber que não se satisfaz por completo.

Desse modo, verificamos que Freud percorre, desde o início, um eixo de pesquisa que tem como base a pergunta se a causa da angústia é física ou psíquica e obtém a resposta de que a causa está no inconsciente, no 'entre-dois' da excitação e sua representação psíquica, que é o desejo.

Sendo assim, o desejo, que se constitui a partir do vivido no corpo como excitação e sua representação e como a experiência com o outro e sua representação (perda do objeto - perda no sujeito), demonstra que na estruturação psíquica há uma dialética, não sem perdas nem sem falta, e isso é o próprio desejo. O desejo é, pois, 'expectativa de'- o que pugna por satisfazer.

Entretanto, desejo não é apenas premência (expectativa) de satisfação. Pelo fato de também ser representação, é o saber da impossibilidade da satisfação toda, isto é, que o enlace com outro (e às idéias que o representam) não se faz sem perdas.

Logo, pode-se considerar que o desejo é um 'estado de desejo' - estado de não-satisfação - e, por isso, de expectativa (de satisfação); que o desejo se torna um estado subjetivo, quando a satisfação da excitação é subjetivada, isto é, além de inscrita psiquicamente como marca, é significada como falta.

Se o desejo é expectativa de satisfação e também a angústia é, por definição, um 'estado expectante' (em espera), pode-se conceber que o desejo é a 'outra face' da angústia. E qual seria, então, a diferença entre os dois?

É possível pensar que a diferença reside na divisão no aparelho psíquico, próprio da estruturação subjetiva: a angústia é afeto e percepção e o desejo tem significação, depende de uma certa elaboração simbólica.

Desse modo, pelas articulações elaboradas com base no percurso freudiano, a angústia é resultado do impulso no real e do desejo (e suas representações) no inconsciente, e no ego é afeto.

Sendo assim, se o desejo é o resultado da articulação entre o real do corpo e a inscrição psíquica dos estímulos que provêm dele, a angústia indica que esse enodamento afeta o vivente pelo fato de cingir uma falta; a angústia mostra que esse centro representa um conflito para o humano, pois, se por um lado quer se manifestar, por outro, é afastado da 'vida subjetiva'.

O elemento fundamental de onde provém a angústia também fundamental que todo humano vivencia diante de seu desejo que se faz no enlace com o outro, Freud identifica no encontro com a diferença sexual, com o 'outro do outro sexo' – face simbólica da experiência de castração.

Se no plano do ego a castração é o risco de sofrer da parte da autoridade paterna o corte e perda do pênis, no plano simbólico (inconsciente recalçado) significa a relação fálica do desejo pelo outro.

O que muda na experiência com o desejo a partir do encontro com a realidade da diferença dos sexos?

O desejo é ressignificado pela experiência da castração, isto é, pela operação de produção de um novo significado para o sujeito e para o seu desejo.

O encontro com a realidade da diferença dos sexos impõe uma pergunta ao psíquico. A questão que a diferença sexual impõe ao psíquico desde a perda da significação narcísica (fálica) é saber a significação (o sentido) dessa diferença: o que é o homem, o que é a mulher e o que é a relação entre os dois.

Assim, é a experiência da castração que impõe ao sujeito uma questão sobre o desejo sexual e o constitui como desejo de saber, de responder a esse enigma, a esse mistério, que é a diferença entre os sexos - que se resume nesta pergunta: o que isso quer dizer, o que representa?

O que é um enigma também é uma ameaça porque, à época que ocorre, o sujeito não tem recursos simbólicos para responder; por isso, quer manter o amor narcísico - a preservação do falo como objeto.

Em outras palavras, a angústia se manifesta no eu quando está diante do desejo que nele habita e da questão que ele traz, em razão de que o põe diante de uma divisão simbólica - há homem e há mulher - a que não sabe como responder, colocando-o em conflito porque não quer abandonar sua premissa sexual anterior.

Desse modo, a angústia provém da perplexidade em que fica o sujeito diante do enigma do desejo e da diferença sexual: o outro sexo traz o significado de uma perda a qual o sujeito não sabe responder.

Que é a angústia, nos ensina Freud ao final do seu trajeto, senão o sinal que indica o enigma e o paradoxo central que todo humano tem em relação ao seu desejo, fruto do encontro da criança com a realidade da diferença entre os sexos e o mistério que ela comporta?

Em conclusão, ao final de sua pesquisa, em 1926, Freud responde qual é o alcance da significação da angústia: primeiro, pelo conceito de separação, possibilita a interpretação de que a angústia aponta a verdade do desejo - o sujeito deseja - e, posteriormente, essa verdade, ampliada pelo conceito de castração, demonstra que a verdade do desejo que a angústia assinala, é a verdade de que há um outro sexo.

Nessa perspectiva ampliada, o desejo constituído na estruturação subjetiva, desde o nascimento até a castração, é o resultado da dialética entre a premência de satisfação e a perda que o outro sexo representa - ao outro sexo falta (o falo) .

A conseqüência disso é, portanto, fazer o sujeito saber que tem um sexo que exige satisfação (desejo) e que o leva a consideração de que é homem ou mulher, que, por sua vez, implica assentir ou não com isso.

Se desde o início de sua investigação Freud deixa implícito que a causa da angústia é o desejo em exclusão - a angústia é um caminho de expressão da excitação uma vez excluída a representação do desejo - 'tateando' a causa dessa exclusão, ao final, com o conceito de castração e com a segunda distinção metapsicológica (ego/id/superego), possibilita responder sobre essa causa: a causa de o desejo ser excluído pelo ego, de ser considerado um perigo, é que a aproximação a ele impõe uma pergunta ao sujeito - se deseja, o que isso quer dizer do seu e do outro sexo.

Portanto, na estruturação psíquica, a angústia demonstra que não há saída para o sujeito: a satisfação é tal que sempre deixa uma pergunta sobre o desejo, como se dissesse "não há satisfação que possa eliminar a falta (o desejo)".

Desse modo, o conflito que a angústia aponta é o querer e o não querer saber do corpo e do desejo.

Nesse sentido, a angústia, a partir da concepção (conceito) que a pesquisa de Freud nos lega, é um paradoxo:

- ela é um enigma que em si não é decifrável, apenas aponta para algo que se pode decifrar - o desejo inconsciente. A angústia assinala o enigma do desejo sexual (inconsciente) como falta do outro sexo.
- ela pode ser tomada em dois sentidos ao mesmo tempo - de afastamento e de aproximação ao desejo inconsciente.

No primeiro sentido, conforme atesta Freud, é o 'sinal do ego em busca de salvação', é o sinal para o afastamento ou recalque da exigência de satisfação e das representações do desejo, isso, pela vivência de abandono, desamparo e interrogação diante da perda da premissa fálica, que impõe ao ego a necessidade de manter o amor narcísico.

O ego recusa o saber da satisfação à medida que ela revela a perda.

A angústia significa, pois, que o sujeito está amedrontado com sua satisfação (a satisfação vivenciada como um estado de perigo) porque o coloca diante do problema da castração - o enigma de sua sexualidade.

No segundo sentido, a angústia sinaliza a aproximação do desejo e do saber do inconsciente, mostrando ao sujeito que ele não esqueceu sua questão.

A angústia mostra a falha em recusar e esquecer sua questão sexual.

Portanto, há duas vertentes de significação a partir do sinal : aviso para renovar a fuga do ego (recalque) da pulsão e do desejo - o que habita mais intimamente o sujeito - e, também, aviso de que este 'outro eu' quer se manifestar.

I - A Angústia na Clínica Psicanalítica

1 A angústia como motor do tratamento

O percurso demonstrado acerca das investigações de Freud sobre a angústia não só mostra a história da elaboração do seu conceito como também outorga seu valor clínico.

Essa elaboração permite reconhecer que, na clínica psicanalítica, o fenômeno deve ser colocado como um enigma que consiste em se interessar em

saber o porquê, não saber o que vem de fora como explicação, mas em buscar o saber que está no próprio sujeito, pelo qual este já passou e ao qual recalçou, definição mesma de inconsciente. Isso indica que o analista tem que fazer o paciente se interessar por aquilo que sua angústia assinala, portanto, por sua causa inconsciente. É importante observar que esse procedimento diferencia a psicanálise de outras abordagens.

Com seu trajeto Freud outorga o valor da pergunta, do analista e do analisante, para chegar à causa. Freud indica, com seu próprio percurso de pesquisa clínica sobre a angústia, a verdade dessa proposição - a posição do pesquisador, isto é, sua pergunta, decide o que é e decide onde buscar a causa: Freud chegou ao conflito provocado pelo recalque do desejo.

A 'pergunta-chave' para o analista e para o analisante é "qual o medo?", isso porque se dirige ao sujeito, enquanto que a pergunta "do que tem medo" se dirige ao objeto, o que muda toda a direção do encontro com a causa.

A angústia é, pois, importante para cingir a questão sexual do sujeito, causa dessa reação.

Logo, a resposta de Freud não sugere saídas ou alternativas à angústia, cujo protótipo é o alívio, mas propõe que se venha a saber o que teme. A resposta da psicanálise é pôr o sujeito a questionar, tomando a angústia como um sinal que aponta um enigma: aquilo que se sabe, mas se desconhece. A angústia deve ser tomada pela verdade inconsciente que ela aponta.

A teoria freudiana da angústia nos ensina que ela é sinal de pedido de socorro, pedido de salvação, e pode ser considerada ruim, pois afinal a pessoa angustiada sente intenso desprazer. É ruim para o ego, uma vez que o coloca diante de uma situação de desequilíbrio e perigo de perda da premissa narcísica, fálica, daí a colocar em processo o afastamento da causa (do inconsciente).

Porém, a angústia pode ser considerada boa se o clínico não quiser 'salvar o ego de saber' sobre aquilo que ficou como 'resto de si' - excluído. Isso porque, se a angústia indica ao eu que deve excluir novamente, também mostra com sua presença, a própria recusa em esquecer: o inconsciente persiste (a pulsão, o desejo, a questão sexual).

É do lado do inconsciente que o analista está, do lado do "outro eu", e sua prática deve fazer permitir ao paciente que ele também fique do lado do seu inconsciente, considerando a angústia 'sua amiga, não sua inimiga'. Esse imperativo

é ético porque o analista sabe que incluir o inconsciente na vida subjetiva, transforma-a. O sujeito terá menos angústia porque o perigo de desejar, diminui, 'perde sua força'.

Então, em uma análise, não se trata de ficar do lado do ego para fortalecê-lo frente à angústia. Fortalecê-lo é induzir ao esquecimento e afastamento. A angústia mostra que aquilo que foi afastado permanece, e sua força se manifesta desde o sinal até a geração propriamente dita, indo da irrequietude ao pânico.

Aliviá-la, com remédios ou outros meios, pode fazê-la voltar, e quando volta é a mola propulsora mais terrível, circunstância na qual se vive mais profundamente o desamparo e a carência que a determina, podendo provocar desde as atitudes mais "loucas", como decisões que lhe arrasam a vida, até o mau funcionamento ou a paralisação das funções vitais.

A idéia que a psiquiatria transmite pela sua premissa de diagnóstico, a saber, apenas pelos sinais e pelo tratamento através de medicamentos, é que a angústia faz parte da doença, é algo do funcionamento que não depende daquele que a sente.

Assim, do ponto de vista da ciência médica e da cultura, a angústia é ruim. Conforme foi visto, até um novo nome foi criado para designar os sinais - síndrome do pânico - e para demonstrar a eficácia de medicamentos para eliminar a angústia.

Do ponto de vista da psicanálise a angústia é boa. Significa uma falha no recalque ou um sintoma mal-arranjado, sendo, portanto, uma abertura ao inconsciente - o retorno de uma questão sexual pendente que acossa, que espreme, o sujeito.

Todavia, na clínica, a angústia reflete um paradoxo: um estado de angústia muito intenso paralisa o sujeito e o impede de querer saber; só quer alívio. Porém, um certo 'nível' de angústia coloca o sujeito em movimento na busca de significação. A análise funciona com essa tensão expectante dirigida ao analista.

A angústia é, portanto, motor do tratamento, e do mesmo modo que põe em processo o afastamento da causa inconsciente pelo ego, indica uma aproximação desse mesmo inconsciente.

É motor porque, se o paciente está em angústia é sinal de que se aproximou da representação do desejo inconsciente, e, com isso, possibilita, a partir de sua localização através do sinal e do seu manejo pela palavra, dar o movimento

para se dirigir a essa causa. O sofrimento que ela causa e a abertura para novas significações, que o pôr em palavras a angústia produz, faz o paciente se interessar e querer saber mais, colocando em andamento o processo de análise.

O analista é alguém que escuta e a quem o sujeito pode pedir socorro, mas deve mudar de direção no sentido de orientar para o saber inconsciente.

É pela elaboração simbólica da perda, através da palavra, que o analista ajuda a incluir o desejo na vida subjetiva, o que faz diminuir a angústia.

2 As implicações na prática clínica

A angústia na prática clínica tem implicações que dizem respeito ao diagnóstico, o que envolve seu reconhecimento e localização, e à direção do tratamento, que envolve, além do diagnóstico, sua abordagem e manejo.

A ação do analista em relação à angústia:

O primeiro passo consiste em identificar os sinais de angústia para verificar se está presente ou não.

Com Freud aprendemos que a angústia é medo, mas que nem sempre aparecem seus sinais psíquicos.

Aprendemos que a angústia se manifesta na forma de sinais que se apresentam de dois modos: sinais somáticos e psíquicos. Às vezes, os dois aparecem juntos num mesmo sujeito, outras vezes, apenas os sinais somáticos ou, ainda, apenas os sinais psíquicos.

A angústia sobre que Freud expõe tem muitas manifestações a serem diagnosticadas, sendo, portanto, importante que o clínico aprenda a reconhecê-la, isso porque, conforme se viu, ela indica o desejo e a questão do sujeito (inconsciente), possibilitando orientar o tratamento em direção ao inconsciente.

Quando os estados de angústia se apresentam somente por alguns sinais físicos - equivalentes ou complexo fracionado - por exemplo, uma vertigem, insônia, diarreia, suores, tremores, sinais esses que não se reconhecem à primeira vista, há a possibilidade de parecer tratar-se de outra coisa, como uma disfunção de causa orgânica. Porém, mesmo os sinais físicos são indicativos de medo, conforme aprendemos com Freud.

O sinal psíquico é o medo. O medo aparece de duas formas: indeterminado - medo de morrer ou enlouquecer - ou ligado a um objeto; nesse caso, trata-se de um sintoma já constituído, o sintoma fóbico.

Outro modo de expressão de angústia, deve-se lembrar, é um mal-estar vago.

Em resumo, a angústia aparece na forma livre, nas diversas apresentações físicas, na apresentação psíquica, cujo objeto é indeterminado, ou ligada a um objeto; caso esse, que consiste num modo de evitá-la.

Cabe observar um outro importante ensinamento de Freud: a angústia é um estado e não um sintoma. Entretanto, a angústia é um estado afetivo que aparece em todas as formas de neurose - obsessiva e histérica (histeria de conversão e histeria fóbica), nos dois modos de expressão, como medo e/ou como manifestações somáticas (equivalentes), indicando uma certa falha da função do sintoma.

O caso clínico de Freud com o qual nos ocupamos - o caso de Hans - vale como exemplo de como a angústia foi evitada pela formação do sintoma. A fobia, sintoma neurótico, tomou o lugar da 'verdadeira angústia' pela sua objetivação. As fobias são, conforme se viu, um jeito do sujeito se desangustiar. Esse modo de se desangustiar - produzindo sintomas - tem sua 'nobreza', visto que é o único modo pelo qual o sujeito pode responder ao que o afeta, o desejo inconsciente, mas o mantém em uma luta contínua, estendendo-se até a luta secundária contra o sintoma.

O segundo passo se refere ao manejo da angústia no tratamento.

Se o paciente está muito angustiado - apavorado - não é possível trabalhar. É tarefa do analista abaixar a angústia fazendo o paciente falar. Fazê-lo falar permite reduzir a angústia (não com o intuito de eliminá-la) e iniciar a introdução ao terceiro e mais importante passo.

O analista precisa saber e fazer o paciente saber que não é à toa que ele está falando, isto é, não é apenas para se aliviar, desangustiar, mas para localizar e circunscrever os 'fatos' relativos ao desencadeamento da angústia (verificar quando começou), o que permite introduzir a importância da história da vida desse sujeito com relação ao que sofre.

No terceiro passo o analista deve verificar a relação da angústia com o saber inconsciente, isso de acordo com o dito anterior. Essa verificação inclui o

paciente - inclui fazer o paciente se interessar: o analista deve fazer com que o próprio paciente verifique essa relação, ou seja, que o sujeito saiba verdadeiramente que a angústia da qual sofre tem ligações com algo de sua vida, de sua história. E esse algo, sabemos, é a sexualidade, da qual o paciente deve vir a falar.

Esses procedimentos devem levar a estabelecer a associação livre.

Convém notar que muitas vezes, o paciente vem em busca da análise porque ele quer saber, isto é, já tem a intuição de que a angústia da qual sofre se relaciona com sua própria vida, o que é um importante passo para a introdução ao saber inconsciente. Outras vezes, o paciente está mais distante de tomar a angústia como algo que lhe diz respeito, encarando-a apenas como uma doença que o exclui.

Como conclusão, para o clínico importa saber sobre a significação da angústia, que tem um sentido para o sujeito que sofre dela, que é medo de algo de dentro que toca em uma verdade inconsciente no medo que sente. A verdade do inconsciente é a verdade da pulsão e da castração, recalcada pelo eu.

Também é importante saber que o eu vai fazer de tudo para se desfazer da angústia porque é desprazerosa e porque quer defender uma posição de existência, uma significação de ser amado (narcísica).

Como exemplo, poder-se-ia dizer que 'o paciente foge com as pernas' ou com o pensamento (deslocamento ideativo), ou então, 'fazendo uma diarreia, uma taquicardia, uma vertigem'. Com o medo, 'o eu' procura se afastar do desejo, do que realmente está inquietando - seu sexo - e 'vai falar do sexo dos anjos'.

Desse modo, se o clínico não souber que os distúrbios são expressões de angústia pela aproximação à causa inconsciente, consequência da associação livre, o analista pode considerar que o paciente está pior, assim como o próprio paciente também, desviando do ponto de causa. Ele pode entender que se trata de disfunções orgânicas de causa fisiológica e, por exemplo, mandar o paciente ao médico, ou então, pode abordar 'significações derivadas', decorrentes do deslocamento ideativo, ao invés da verdadeira significação.

A abordagem clínica da angústia merece uma explanação recapituladora. Para um clínico é importante que:

1- Identifique seus sinais.

Trata-se, primeiramente, de realizar uma constatação: como afeto a angústia está ou não está, conforme a descrição de 1895.

2- Note que a angústia é uma reação, um efeito, cuja causa é inconsciente, portanto, que ela atende a premissa de saber, saber inconsciente.

Em outras palavras, que não dispense a angústia e suas manifestações, ou seja, que ele acolha como indicativo daquilo que pode revelar uma verdade - do desejo inconsciente do sujeito que padece dela.

3- Considerando tudo isso, localize os sinais de angústia e afirme que é medo cuja causa é psíquica - está dentro do sujeito : "está em você, existe e lhe pertence".

No tratamento, portanto, prevê o encaminhamento da questão do sujeito, do seu inconsciente, isto é, uma questão sobre a sexualidade.

4- Saiba que a localização da angústia é uma maneira do sujeito, ao invés de recalcar, aproximar-se, interessar-se pela sua história subjetiva e se apropriar dela, até o ponto onde se localiza a causa de sua angústia - onde está sua questão, questão essa relativa ao seu sexo.

5- Compreenda que o tratamento da angústia não consiste em desafetar o sujeito e não atende a premissa de estabilizá-lo. Isso implica que o tratamento não é a restituição de um estado anterior e não se conduz sem dano, fundamentalmente dano do narcisismo.

Essas colocações são norteadas pelo saber fundamental - que a angústia é a mostra da falha de uma elaboração simbólica da perda, indicando que a questão (sexual) retorna.

Na clínica psicanalítica a direção do tratamento é, pois, da angústia ao saber falar.

Cada sujeito em análise deve fazer a descoberta freudiana de que a sua angústia é um sinal frente a um perigo para o seu eu, e, valendo-se desse sinal de angústia, deve colocar em dialética, no percurso de sua própria análise, a face das excitações da pulsão com a face simbólica da vivência da perda, isto é, partindo do perigo, chegar à causa real e simbólica, identificando seu desejo e, conseqüentemente sua questão sobre o próprio sexo.

Nesse caminho, poder responder para si o que é seu sexo e as responsabilidades que isso implica, vivenciando a perda das ilusões e

reivindicações narcísicas, mudando sua posição subjetiva em face do outro e da vida.

II - A angústia na Cultura Contemporânea: Considerações

Este texto visa tão somente enunciar algumas considerações sobre a angústia na cultura contemporânea, *tomando por base alguns aspectos do estudo realizado em Freud*, e, como uma outra referência, o estudo de E. Roudinesco (2000), psicanalista francesa, que aborda e caracteriza a subjetividade na sociedade atual, interpretando a causa de seus fenômenos.

O estudo de Roudinesco traça um panorama extenso e complexo dos "tempos atuais", do qual serão extraídos e expostos alguns recortes que tratam especificamente do advento da sociedade depressiva e do questionamento do paradigma da depressão.

Além da referência advinda do estudo de Roudinesco, serão retomadas as considerações dos autores postas na introdução da presente pesquisa sobre a maior exigência de satisfação dos tempos atuais e sobre a emergência, na atualidade, de ataques bruscos de angústia, designados 'síndrome do pânico' pela psiquiatria moderna.

Roudinesco observa, em seu estudo, que o sofrimento psíquico manifesta-se atualmente sob a forma da depressão, caracterizando-a assim: "atingido no corpo e na alma por essa estranha síndrome em que se misturam a tristeza e a apatia, a busca da identidade e o culto a si mesmo [...] o homem deprimido busca desesperadamente vencer o vazio de seu desejo" (ROUDINESCO, 2000, p. 13).

Afirma ainda que a depressão é a forma atenuada da antiga melancolia a qual domina a subjetividade contemporânea, tal como a histeria do fim do século XIX imperava na Europa, constituindo, às vésperas do terceiro milênio, a epidemia psíquica das sociedades democráticas.

Indica alhures : " é claro que a histeria não desapareceu, porém ela é cada vez mais vivida e tratada como uma depressão" (ROUDINESCO, 2000, p. 17). Essa observação, por si só, faz compreender que "*depressão*" é uma *designação paradoxal*.

Com efeito, a observação de Roudinesco de que a depressão domina a subjetividade contemporânea, longe de ser posta como "a verdade per si", é anteposta por ela, com a afirmação de que houve, no desenvolvimento da história das idéias, principalmente no campo que lhe interessa, na medicina, na psiquiatria e na psicanálise, a substituição de um paradigma por outro.

O advento de um novo paradigma³⁰ contemporâneo para a subjetividade, a depressão, é resumido pela autora:

Saída da neurastenia, noção abandonada por Freud, e da psicastenia descrita por Janet, a depressão não é uma neurose nem uma psicose nem uma melancolia, mas uma entidade nova, que remete a um "estado" pensado em termos de "fadiga", "déficit", ou "enfraquecimento da personalidade. O crescente sucesso dessa designação deixa bem claro que as sociedades democráticas do fim do século XX deixaram de privilegiar o conflito como núcleo normativo da formação subjetiva (ROUDINESCO, 2000, p.19).

O paradigma contemporâneo não considera o conflito, excluindo assim, o sujeito: atualmente, a depressão remete a um estado cuja causa seria o enfraquecimento, a fadiga, ou, como diz alhures, o 'mal funcionamento' do corpo físico. Nesse paradigma, o tratamento consiste em psicotrópicos e/ou o tratamento humanitário. Este evoca a vitimização, aqueles retiram o indivíduo da vivência do seu sofrimento.

A consideração que se propõe, e que adiante será melhor explicitada, é que a designada depressão, em alguns casos, pode ser decorrente de um estado de angústia crônica que culmina na desistência do sujeito, ou como diz nossa autora, pela apatia do sujeito e por um vazio de seu desejo.

O novo paradigma, portanto, de acordo com a autora, trata como depressão o conflito neurótico contemporâneo e tende a apagar da organização mental contemporânea, a idéia de causalidade psíquica, em prol da noção psicológica de personalidade depressiva.

Essa noção de personalidade deprimida - homem enfraquecido, em déficit e esgotado - é acompanhada de uma valorização dos processos psicológicos de normalização, valorização advinda da sociedade democrática moderna. Essa

³⁰ Roudinesco chama de paradigma "o contexto do pensamento, o conjunto das representações ou modelo específico que são próprios de uma época e a partir dos quais se constrói a reflexão" (ROUDINESCO, 2000, p.17, em nota de rodapé).

concepção de norma e patologia repousa sobre o princípio de que "todo indivíduo tem direito e, portanto, o dever de não mais se entusiasmar com o menor ideal que não seja o do pacifismo ou o da moral humanitária" (ROUDINESCO, 2000, p.16).

Com isso, conforme entende Roudinesco, as novas terapias que proliferam, tendem a tratar do sujeito depressivo com compaixão.

A compaixão e humanitarismo são baseados na idéia de que o sujeito é vítima, tendo como consequência, o aumento da agressividade narcísica contra ele: "[...] o ódio ao outro tornou-se sub-reptício, perverso e ainda mais temível, por assumir a máscara da dedicação à vítima" (ROUDINESCO, 2000, p.16).

Além da **psicologia**, os campos da **medicina e da psiquiatria**, fundamentados pelo avanço da psicofarmacologia e pela neurobiologia, **também respondem ao paradigma da depressão**, desta feita baseados na afirmação "de que todos os distúrbios psíquicos estão ligados a uma anomalia do funcionamento das células nervosas" e de que existem os medicamentos adequados a essas anomalias (ROUDINESCO, 2000, p. 17).

Com efeito, segundo Roudinesco, os psicotrópicos (psicolépticos, psicoanalépticos e psicodislépticos) demonstraram uma impressionante eficácia, desde que foram colocados em circulação em 1952 por dois psiquiatras franceses.

De acordo com a autora, os neurolépticos devolveram a fala ao louco e os ansiolíticos e antidepressivos trouxeram aos neuróticos e aos deprimidos uma tranquilidade maior.

No entanto, a despeito dessa eficácia, a psicofarmacologia perdeu parte de seu prestígio porque " encerrou o sujeito numa nova alienação ao pretender curá-lo da própria essência da condição humana", e mais, produz a decepção do sujeito diante da promessa, impossível de cumprir, do fim do sofrimento psíquico através da ingestão de pílulas (ROUDINESCO, 2000, p. 22).

Apesar dessa decepção, a autora considera que a biopolítica³¹, que governa o pensamento social-científico, vence esse paradoxo que o uso dos remédios determina, e acaba por utilizar-se dos psicotrópicos, muitas vezes porque os pacientes exigem que seus sintomas psíquicos tenham uma causalidade orgânica, outras vezes porque o próprio médico, clínico geral ou psiquiatra, encontra

³¹ A autora usa o termo no sentido empregado por Foucault : "política que pretende governar o corpo e a mente em nome de uma biologia erigida em sistema totalizante e que assume o lugar da religião."

no medicamento uma solução que atende à demanda de sua impotência para curar ou para ouvir um sofrimento psíquico, a sua inquietação pela pressão dos laboratórios e a sua insatisfação proveniente de seu cotidiano apressado.

Como conseqüência, "entre os psicotrópicos, os antidepressivos são os mais receitados, sem que se possa afirmar que os estados depressivos vêm aumentando" (ROUDINESCO, 2000, p. 29).

O novo paradigma no campo da medicina e da psiquiatria é acompanhado pelo advento das sociedades democráticas modernas, segundo Roudinesco.

A sociedade moderna (liberal), conforme diz, prega a emancipação, sublinhando a igualdade de todos perante a lei. Ela quer extinguir "a realidade do infortúnio, da morte e da violência, ao mesmo tempo procurando integrar num sistema único as diferenças e as resistências". Em nome da globalização e do sucesso econômico, ela tem tentado abolir a idéia de conflito social. Observa que essa é a era da individualidade que dá a si mesma a ilusão de uma liberdade irrestrita, de uma independência sem desejo e de uma historicidade sem história. Entende que a sociedade atual se encerra cada vez mais na lógica narcísica, em que só se interessa pelo indivíduo, para contabilizar seus sucessos, e pelo sujeito sofredor, para encará-lo como uma vítima. (ROUDINESCO, 2000, p. 13 e 16).

Uma das conseqüências dessa organização mental atual, como expõe a autora, reside em que quanto mais ela apregoa a igualdade, mais ela acentua as diferenças, produzindo o ódio ao outro. A outra é que a era contemporânea se constitui a era da evitação do litígio e, principalmente, da tentativa de extinção da subjetividade - do sujeito constituído por um núcleo conflitivo, essência da experiência humana - a morte, as paixões, a sexualidade, a loucura, o inconsciente e a relação ao outro.

Roudinesco considera que a psicofarmacologia aniquilou o saber psiquiátrico, com o emprego de substâncias químicas no tratamento das doenças da alma. Segundo entende, os psicotrópicos, receitados pela medicina científica (lógica químico- biológica) são remédios para todas as doenças.

Observa que cada paciente é tratado como um ser anônimo pertencente a uma totalidade orgânica, sendo-lhe prescrita a mesma gama de medicamentos seja qual for seu sintoma.

Entende que sob o impulso da psicofarmacologia a psiquiatria abandonou o modelo nosográfico³² em prol de uma classificação dos comportamentos, reduzindo a psicoterapia a uma técnica de supressão dos sintomas, técnica na qual o medicamento sempre atende a uma situação de crise, a um estado sintomático.

Expõe que a psiquiatria pretende

[...] tratar o traço visível da doença, depois suprimi-lo e por fim, evitar a investigação de sua causa de maneira a orientar o paciente para uma posição cada vez menos conflituosa e, portanto, cada vez mais depressiva. Em lugar das paixões, a calma, em lugar do desejo, a ausência de desejo, em lugar do sujeito, o nada, e em lugar da história, o fim da história (ROUDINESCO, 2000, p. 41).

O impacto dessa mutação mundial - retirar o sujeito das responsabilidades de sua doença e colocar implicações organicistas e/ou culturalistas - de acordo com Roudinesco, se fez sentir nas sucessivas mudanças do Manual diagnóstico e estatístico dos distúrbios mentais (DSM), no qual, ao final (1994), a cura apóia-se no modelo: sinais - diagnóstico - tratamento. Esse princípio eliminou definitivamente a subjetividade de suas classificações. Os conceitos elaborados pela psiquiatria dinâmica (clássica) e pela psicanálise - psicose, neurose e perversão:

foram substituídos pela noção frouxa de 'distúrbio' (disorder = distúrbio, desordem) e as entidades clínicas foram abandonadas em favor de uma caracterização sintomática desses famosos distúrbios. Assim, a histeria foi reduzida a um distúrbio dissociativo ou "conversivo", passível de ser tratado como um distúrbio depressivo[...] (ROUDINESCO, 2000, p. 49).

Na psiquiatria atual vê-se, então "[...] eliminar uma entidade nosográfica para substituí-la pela descrição de uma estado depressivo ou ansioso passível de ser tratado pela psicofarmacologia ou pelo comportamentalismo" (ROUDINESCO, 2000, p. 50).

O novo modelo explicativo do sofrimento psíquico é, de acordo com a autora, organicista, cujas causas são os gens, neurônios, hormônios, o que determina uma universalidade ou o modelo do culturalismo empírico, cujas causas

³² Nosologia é a disciplina que estuda as características distintivas das doenças, com vistas a uma classificação. A nosografia é a disciplina ligada à classificação e à descrição das doenças (ROUDINESCO, 2000, p. 27, em Nota de rodapé).

se assentam nos espíritos maléficis, nos astros, nas pessoas que lhe deitam mau-olhado, isto é, na chamada 'cultura' ou 'pertença étnica', modelo que quer pôr em prática uma humanização do sofrimento, mas que faz o sujeito acreditar que seu mal-estar não provém dele ou de sua relação com os outros, mas do universo da possessão.

Para finalizar essa exposição, cabe colocar uma idéia conclusiva:

Todos os estudos sociológicos mostram igualmente que a sociedade depressiva tende a romper com a essência da vida humana. Entre o medo da desordem e a valorização de uma competitividade baseada unicamente no sucesso material, muitos são os sujeitos que preferem entregar-se voluntariamente a substâncias químicas a falar de seus sofrimentos íntimos. O poder dos remédios do espírito, portanto, é o sintoma de uma modernidade que tende a abolir no homem não apenas o desejo de liberdade, mas também a própria idéia de enfrentar a prova dele. O silêncio passa então a ser preferível à linguagem, fonte de angústia e vergonha (ROUDINESCO, 2000, p. 30).

O estudo de Roudinesco faz confirmar e aprofundar o quadro dos "tempos atuais" descrito na introdução deste trabalho, principalmente no que se refere às transformações ocorridas no saber psiquiátrico representado pelas modificações dos *dsms*, cujo modelo de diagnóstico e tratamento apóia-se em princípios que eliminaram a subjetividade de sua classificação.

Vimos com Roudinesco que na atualidade, no campo do tratamento das manifestações patológicas, prevalece o paradigma da depressão, ou seja, designa-se 'quase tudo' depressão, ou pelo menos prescrevem-se antidepressivos a diversos tipos de manifestações.

A histeria é vivida e tratada como depressão; a tristeza e a simples desilusão são cada vez mais medicadas, conforme testemunha Édouard Zarifian, citado por Roudinesco: "quantos médicos receitam tratamentos antidepressivos a pessoas que estão simplesmente tristes e desiludidas, e cuja ansiedade levou a uma dificuldade de dormir!" (ROUDINESCO, 2000, p.24).

Outro apontamento de Roudinesco confirma a idéia de que a designação depressão e outras denominações da atualidade são pouco consistentes, quando refere que:

O avanço da psicofarmacologia permite que todos os médicos abordem da mesma maneira todo tipo de afecção e tratem psicoses, neuroses, melancolias, fobias e depressões, como um punhado de estados ansiosos,

decorrentes de lutos, crises de pânico passageiras, ou de um nervosismo extremo devido a um ambiente difícil (ROUDINESCO, 2000, p.23).

Conforme foi visto, a sociedade democrática depressiva, emancipada das proibições em virtude da igualdade de direitos e do nivelamento de condições, acompanhado de um cientificismo, no qual a psicofarmacologia tornou-se o símbolo de uma espécie de imperialismo e da ciência triunfante, levou a um fechamento que conduz à abolição da subjetividade, valorizando o homem-máquina em detrimento do homem desejante (ROUDINESCO, 2000, p. 23).

Entende-se, por todas as considerações da autora, que o homem atual não só evita, mas pretende abolir a subjetividade (desejo) da sua vida, preocupado que está em retirar de si todo conflito. O conflito subjetivo está encoberto sob a designação depressão. Apesar disso, o sujeito em sofrimento acaba por se expressar de algum modo.

Tomando por base o estudo em Freud e os apontamentos feitos do estudo de Roudinesco, entende-se que assim como a subjetividade (o conflito) também a angústia e a questão clínica que ela traz, estão atualmente encobertas sob a designação depressão.

Sendo assim, pergunta-se se não haveria, entre esses casos designados depressão, expressões de angústia que se constituem em seus equivalentes (complexo fracionado), como irritabilidade e problemas do sono. Além disso, outros sinais próprios do estado angustioso, como expectativa pessimista e inclinação para idéias antitéticas, não estariam sendo tomados como depressão?

Desse ponto de vista alguns desses casos denominados de depressão são, na verdade, casos daquilo que Freud denomina angústia crônica que, conforme vimos com ele, pode fazer parte de mais de uma entidade clínica.

Poder-se-ia considerar que a angústia crônica seria derivada da frequência, intensidade e extensão do 'sem saída' e 'sem resposta' (desamparo simbólico) que o sujeito vivencia diante de sua falta (separação, desejo, morte, sexualidade) na atualidade. Isso porque, em detrimento do 'drible' atual do conflito e das perdas que o determinam - portanto, do sujeito da falta - a condição de perda vai sempre existir e a falta vai aparecer porque faz parte da estruturação psíquica e da vivência cotidiana do sujeito: é real, existe - a morte e a sexualidade acabam colocando um enigma para o sujeito a seu respeito que quer ser respondido.

Pela extensão do desamparo - o sem-resposta da cultura - que, conforme se viu com Roudinesco, é característica da sociedade atual - sociedade de direito na qual não se pode manifestar o sofrimento psíquico (direito de se calar), a falta, que é 'desejo de' ou expectativa, fica como um puro vazio. A apatia, a falta de mobilidade, a desistência - do sujeito do desejo - é a manutenção do puro vazio, instalando-se então o que se manifesta como um estado depressivo.

Por que a angústia tornar-se-ia, nos tempos atuais, uma expressão crônica com mais freqüência? Roudinesco nos dá uma hipótese: porque a medicina científica e a sociedade democrática (narcísica) não acolhem a verdade que a angústia aponta a qual está em o sujeito querer saber de si e poder falar de seu impasse (conflito) subjetivo que lhe causa um sofrimento psíquico.

Outros "sintomas" que se apresentam na contemporaneidade referidos na introdução deste trabalho são os ataques bruscos de angústia, reações agudas nomeadas pela nosografia psiquiátrica atual de "síndrome do pânico".

Além disso, uma das características da atualidade apontada por diversos autores é o aumento da busca de satisfação, busca maior do que em todos os tempos, de modo que chega a ser uma exigência. O homem atual é dominado por um feroz ideal de satisfação.

Maior do que em todos os tempos também é a suplência de objetos para a satisfação e a propaganda (ilusória) de que é possível 'a satisfação perfeita' - o (eu) ideal pode ser atingido: sujeito satisfeito, aliviado, feliz. Na cultura atual, a oferta de objetos (substitutos) tenta fazer parecer que não falta nada ao humano.

Esse ideal implica ter menos perdas possível: todo o esforço é para ser mais eficiente, mais 'total', mais 'qualidade'. Daí a crescente valorização de tudo aquilo que possa corresponder a um alívio imediato, desconsiderando-se a dor, o desejo, as paixões, na tentativa de abolir justamente o que faz saber que se está vivo.

A automação que se apresenta como resposta aos questionamentos do sujeito - a máquina conduz ao saber - e o 'mercado dos medicamentos' que se propõe ao alívio e à solução das dores do sujeito tentam "driblar" a insatisfação.

Porém, aprendemos com Freud que não há satisfação completa, que a satisfação faz o sujeito se deparar com a falta nele próprio - o desejo.

A descoberta de Freud de que a satisfação da excitação passa pela representação psíquica, ou seja, pelo desejo, demonstra que para a satisfação a via não é corporal, mas mental.

Sendo assim, a satisfação imediata impede que se passe pelo simbólico (pelas representações do desejo) e faz crescer a tensão dentro do sujeito - a tensão do desejo.

A imposição de satisfação conduz a um maior afastamento (distância) do sujeito da dialética que há dentro dele - satisfação/perda - aumentando, com isso, a insatisfação.

Crescem as tensões dentro do sujeito - entre o eu (ideal, narcísico) e o outro dentro dele (sujeito do desejo) que não tem como resolver esse impasse pela via da cultura, pois esse sofrimento não deve ter palavra.

A tentativa de abolir o sujeito do desejo - sujeito da palavra - tem sempre conseqüências, porque, sendo a falta real, o sujeito a vivencia e representa psiquicamente, isto é, mesmo "satisfeito" não pode evitar completamente a existência do sexo e da morte. O sujeito se depara com as perdas - sexualidade, morte: a castração envolve um 'não saber' que é a condição humana. Os objetos de satisfação, os medicamentos de alívio, impostos pela tecnologia/consumo não respondem à questão sobre a diferença sexual.

Daí a pensar que os fenômenos atuais observados pelos estudos - aumento dos estados de pânico - também sejam resultado, assim como as 'depressões', da tentativa atual de abolir a realidade do sujeito desejante, e por isso, sujeito da perda.

A satisfação sem uma elaboração simbólica (que vem da cultura como linguagem) ou uma elaboração frágil, pouco consistente, tem como conseqüência o estado de angústia que a satisfação produz - a angústia sem uma referência simbólica é um estado de pânico.

É possível pensar que atualmente haja mais referências imaginárias a sustentar o sujeito - o imaginário cultural que, através da informação crescente dá amparo ao sujeito para ele saber quem é - o sujeito vivencia o engodo, porque 'a informação' não proporciona respostas significativas, assim como os objetos de satisfação que vêm como suplência do desejo.

O afastamento que se faz atualmente do sujeito do desejo parece não ter a consistência de um recalque (que já é uma certa elaboração) e a

conseqüente constituição de 'sintomas estáveis'. Com isso, quando ocorre a proximidade à experiência de castração marcada no inconsciente, irrompe a angústia subitamente, em forma de ataque, podendo desenvolver-se em pânico.

As chamadas depressões e os nomeados ataques de pânico podem ser estados decorrentes das dificuldades de simbolização do sujeito do desejo. São estados em que não aparece o sujeito, não aparece o sintoma, embora o estado indique que há um sujeito em exclusão.

Como está, pois, a angústia na atualidade?

Ela não é encontrada no histórico da suposta depressão - como haveria de o ser, se o histórico não tem mais tanto interesse; ela encontra-se localizada no pânico das síndromes da nosologia psiquiátrica, mas tratada como um sinal de um estado a ser eliminado; encontra-se desvinculada de sua pertença (e pertinência!) aos diferentes tipos de neurose e de seu valor para a localização do sujeito do inconsciente, como um estado afetivo que demonstra que afinal tem alguém que sente dor, que deseja, que ama, que ignora ou quer ignorar, cujo narcisismo (ilusões) morre a cada dia - mais do que homem-máquina, alguém de carne, osso e desejo.

Diante do panorama tecido, a cultura atual será ainda capaz de considerar que o desejo possa ser um enigma importante?

Qual seria o aporte da cultura que possibilite a presença do sujeito do desejo? Saber que, para o sujeito se manifestar é preciso do outro - um lugar na história, um lugar na cultura para a palavra, portanto, para as perdas, ao invés da satisfação garantida do homem-máquina.

A cultura contemporânea será ainda capaz de acolher o que, sob angústia, demanda no sujeito - responder para si o enigma do seu desejo - solicitando para isso, o dispositivo psicanalítico?

Embora o quadro atual dificulte, cabe ainda apostar que os sujeitos busquem sua presença no enfrentamento das suas perdas na relação com o outro, enfrentamento esse que a psicanálise oferece. O dispositivo analítico que Freud mais do que descobre, inventa, é a justa resposta à angústia: a partir da angústia, uma aproximação, uma intimidade com seu desejo.

REFERÊNCIAS

ABRÃO, J. L. F. **Um percurso pela história da psicanálise de crianças no Brasil.** 1999. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 1999.

ALAIN-MILLER, J. A psicanálise e a psiquiatria. **Falo:** Rev. Bras. do Campo Freudiano, v.1. p. 117 -118, p. 113-124, 1987.

[ANSIEDADE] Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/dsm/ansie1.html>>. Acesso em: 10 maio 2002.

AULAGNIER-SPAIRINI, Piera. Observações sobre a feminidade e suas transformações. In: CLAVREUL, Jean et al. **O desejo e a perversão.** Campinas : Papyrus, 1990.

BARROS, A. J. P. ; LEHFELD, N. A. S. **Projeto de pesquisa:** propostas metodológicas. Petrópolis : Vozes, 1990.

BASS, B. A angústia e a verdade. **Latusa:** Rev. Esc. Brás. Psic., Rio de Janeiro, n.4/5, p.249-281, 2000.

BERCHERIE, Paul. **Os fundamentos da clínica:** história e estrutura do saber psiquiátrico. Rio de Janeiro : J. Zahar, 1989.

BIRMAN, J. **Freud 50 anos depois.** Rio de Janeiro : Relume Dumará, 1989.

_____. A clínica na pesquisa psicanalítica. In: ENCONTRO DE PESQUISA ACADEMICA EM PSICANÁLISE,2., 1992, São Paulo. **Atas, Psicanálise e Universidade.** São Paulo : Imprensa Universitária da PUC. 1992.

BREUER, J. ; FREUD, S. (1893). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar. In: **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud.** 2.ed. Rio de Janeiro : Imago, 1987. v.2.

BUENO, M. A. T. O mal-estar na contemporaneidade: conversas de Freud com Hipócrates. **Latusa:** Rev. Esc. Bras. Psic., Rio de Janeiro, n.4/5, 2000.

CABAS, A. G. **Da clínica da angústia :** psicanálise ou psicoterapia. Campinas : Papyrus, 1997.

COSTA, Ana C. S. ; ANGULO, Norma S. Sobre a síndrome do pânico : um comentário sobre a angústia em psicanálise. In: **O Inconsciente,** Curitiba : Associação Coisa Freudiana, mar. 1994. (Letras da coisa, n.13).

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário da língua portuguesa.** Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1975.

FREUD, S. (1888). Histeria. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. 3.ed. Rio de Janeiro : Imago, 1990a. v.1.

_____. (1893). Rascunho B: a etiologia das neuroses. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. 3.ed. Rio de Janeiro : Imago, 1990b. v.1.

_____. (1894a). Rascunho E: como se origina a angústia. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. 3.ed. Rio de Janeiro : Imago, 1990c. v.1

_____. (1894b). Rascunho F: coleção III. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. 3.ed. Rio de Janeiro : Imago, 1990d. v.1.

_____. (1894c). Obsessões e fobias: seu mecanismo psíquico e sua etiologia In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. 2.ed. Rio de Janeiro : Imago, 1987a. v.3.

_____. (1895a). Rascunho J: Frau P. J. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. 3.ed. Rio de Janeiro : Imago, 1990e. v.1.

_____. (1895b). Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada 'neurose de angústia'. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. 2.ed. Rio de Janeiro: Imago, 1987b. v.3.

_____. (1895c). Uma réplica às críticas do meu artigo sobre neurose de angústia. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. 2.ed. Rio de Janeiro : Imago, 1987c. v.3.

_____. (1900). A interpretação dos sonhos. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. 2.ed. Rio de Janeiro : Imago, 1987d. v.4/5.

_____. (1905).Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. 2.ed. Rio de Janeiro : Imago, 1989. v.7

_____. (1909). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro : Imago, [1987e]. v.10.

_____. (1910). Psicanálise 'silvestre'. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro : Imago, 1970. v.11.

_____. (1914). História de uma neurose infantil (1918). In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976a. v.18.

_____. (1915). Artigos sobre metapsicologia. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v.14.

_____. (1915-1917). A ansiedade. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. 3.ed. Rio de Janeiro : Imago, 1990f. v.16.

_____. (1925). Inibições, sintomas e ansiedade. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976b. v.20.

_____. (1925b). Um estudo autobiográfico . In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1976c. v.20.

_____. (1932). Ansiedade e vida instintual. In: _____. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro : Imago, 1976d. v.22.

GARCIA-ROZA, L. A. Pesquisa de tipo teórico. In: ENCONTRO DE PESQUISA ACADÊMICA EM PSICANÁLISE, 1., 1991, São Paulo. **Atas, Psicanálise e Universidade**. São Paulo : Imprensa Universitária da PUC. 1994.

HARARI, R. **O seminário “A angústia” de Lacan**: uma introdução. Porto Alegre : Artes e Ofícios, 1997.

HERRMANN, F. Problemas na orientação de teses de psicanálise. In: ENCONTRO DE PESQUISA ACADÊMICA EM PSICANÁLISE, 1., 1991, São Paulo. **Atas, Psicanálise e Universidade**. São Paulo: Imprensa Universitária da PUC. 1991.

_____. O momento da teoria dos campos na psicanálise. In: ENCONTRO PSICANALÍTICO DA TEORIA DOS CAMPOS, 1. São Paulo, 1999. **Anais...** São Paulo : CETC, 1999.

HERMANN, F. ; MINERBO, M. Creme e castigo: sobre a migração dos valores morais da sexualidade à comida. In: CARONÉ, Iraí (Org.). **Psicanálise fim de século** : ensaios críticos. São Paulo : Hacker, 1998.

JONES, E. **A vida e a obra de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro : Imago, 1989.

LACAN, J. A ética da psicanálise. In: _____. **O seminário**. Rio de Janeiro : Zahar, 1991. p. 99. (Livro 7).

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário de psicanálise**. São Paulo : Martins Fontes, 1991.

LAPLANCHE, J. **Problemática I**: a angústia. São Paulo : Martins Fontes, 1998.

MAIA, G. Sobre a angústia (Angst) em Freud. **Latusa**: Rev. Esc. Brás. Psic., Rio de Janeiro, n.4/5, p.49-66, 2000.

MEZAN, R. **A trama dos conceitos**. São Paulo : Perspectiva, 1989.

_____. Pesquisa teórica em psicanálise. In: ENCONTRO DE PESQUISA ACADÊMICA EM PSICANÁLISE, 2., 1992, São Paulo. **Atas, Psicanálise e Universidade**. São Paulo : Imprensa Universitária da PUC, 1992.

NICÉAS, C. A. Pânico e angústia. **Latusa**: Rev. Esc. Brás. Psic., Rio de Janeiro, n.4/5, 2000.

OLIVEIRA, M. L. **Dês/Obede/Serás**: sobre o sentido da contestação adolescente. 1984. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1984.

_____. **Rebeldia e identidade**: estudo psicanalítico sobre uma contradição aparente. 1992. Tese (Doutorado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1992.

PEREIRA, M. L. D. **Da angústia ou de quando indicar análise a uma criança**. São Paulo : Cortez ; Curitiba : UFPR, 1990.

ROCHA, Z. **Os destinos da angústia na psicanálise freudiana**. São Paulo : Escuta, 2000.

ROUDINESCO, Elisabeth. **Por que a psicanálise?** Rio de Janeiro : J. Zahar, 2000.

SEVA, A. M. L. **Angústia e repressão**: um estudo crítico do ensaio 'Inibição, sintoma e angústia'. 1975. Dissertação (Mestrado) – Depto. de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 1975.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo : Cortez, 1996.

TARANTINO, M. ; ZACHÉ, J. Alta ansiedade. **Isto É**, São Paulo, p. 72-78, abr. 2001.

[TRANSTORNO] Disponível em: < <http://www.psiqweb.med.br/ansitext.html>>. Acesso em 10 maio 2002.

ZIZEK, S. A fuga para o real. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 8 abr. 2001. Encarte: Mais, p.10-11.

ANEXO A

Transtornos da Ansiedade - DSM IV

TRANSTORNOS DE ANSIEDADE – DSM . IV

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – o DSM IV – introduz os “ Transtornos de Ansiedade” a partir de suas características essenciais, a saber, sintomas de ansiedade e comportamento de evitamento. Distingue, neste grupo, o “Transtorno do Pânico”, segundo os seguintes critérios diagnósticos:

A) ATAQUES DE PÂNICO RECORRENTES, isto é, em algum momento durante a perturbação um ou mais ataques de pânico - período discreto de medo e desconforto ocorreram.

Sabe-se que os ataques de pânico começam tipicamente com o início súbito de preocupação intensa, medo ou terror, sendo freqüente um sentimento de catástrofe iminente. Muito mais raramente, a pessoa não vivencia o ataque como ansiedade, mas somente como desconforto intenso.

O aspecto “inesperado” dos ataques de pânico é uma característica deste distúrbio, embora no curso da perturbação situações como por exemplo dirigir um automóvel ou estar numa multidão possam se tornar associada a eles.

B) É preciso observar se QUATRO ATAQUES DE PÂNICO OCORRERAM NUM PERÍODO DE QUATRO SEMANAS, ou UM OU MAIS ATAQUES FORAM UM MÊS DE MEDO PERSISTENTE DE TER UM OUTRO ATAQUE.

C) Recomenda-se observar se pelo menos quatro dos seguintes sintomas se desenvolveram durante pelo menos um dos ataques.

01. Falta de ar (Dispnéia) ou sensações de asfixia.
02. Vertigem, sentimentos de instabilidade ou sensação de desmaio.
03. Palpitações ou ritmo cardíaco acelerado (Taquicardia).
04. Tremor ou abalos.
05. Sudorese.
06. Sufocamento.
07. Náusea ou desconforto abdominal.
08. Despersonalização ou desrealização.
09. Anestesia ou formigamento.
10. Ondas de calor ou calafrios.
11. Dor ou desconforto no peito.

12. Medo de morrer.

13. Medo de enlouquecer ou cometer ato descontrolado.

D) É importante notar se não se pode estabelecer que um Fato Orgânico iniciou e manteve a perturbação, por exemplo Intoxicação por Anfetamia ou Cocaína ou Hipertireoidismo.

O referido manual distingue, a seguir, dois tipos de Transtornos do Pânico:

1. Transtorno de Pânico sem Agorafobia, cujos critérios diagnósticos acabamos de examinar; e
2. Transtorno de Pânico com Agorafobia, que além de preencher os critérios diagnósticos para Transtorno de Pânico apresenta o medo de estar em alguns lugares ou situações de onde seja difícil sair (ou situações embaraçantes) ou nas quais a ajuda não esteja disponível no caso de um ataque de pânico. Inclui casos de evitamento persistente originado durante uma fase do Transtorno do Pânico, mesmo que a pessoa não atribua este comportamento ao medo de ter um ataque. Como resultado deste medo, a pessoa restringe a locomoção ou precisa de uma companhia quando sair de casa. Situações comuns de agorafobia incluem, além de estar sozinho fora de casa, estar numa multidão ou uma fila, viajar de trem, ônibus ou automóvel.

Para concluir, apresentam-se dois fatores que aparentemente predis põem ao desenvolvimento do Transtorno do Pânico:

1. Transtorno de Ansiedade de Separação na Infância, cujo fundamento é a ansiedade experimentada por crianças quando ocorre sua separação daqueles a quem está vinculada, e que pode chegar ao pânico- uma reação que excede o que aí seria de se esperar.
2. Perda súbita de suportes sociais ou rompimento de relacionamentos inter-pessoais importantes

SÍNDROME DO PÂNICO

O ataque tem um início súbito e aumenta rapidamente, atingindo um pico em geral em 10 minutos acompanhado por um sentimento de perigo ou catástrofe iminente e um anseio por escapar. Os 13 sintomas físicos são:

1. Palpitações,
2. Sudorese,
3. Tremores ou abalos,
4. Sensações de falta de ar ou sufocamento,
5. Sensação de asfixia,
6. Dor ou desconforto torácico,
7. Náusea ou desconforto abdominal,
8. Tontura ou vertigem,
9. Sensação de não ser ela(e) mesma(o),
10. Medo de perder o controle ou de “enlouquecer”,
11. Medo de morrer,
12. Formigamentos e
13. Calafrios ou ondas de calor.

A ansiedade característica de um Ataque de Pânico pode ser diferenciada da ansiedade generalizada por sua natureza intermitente (em crises) enquanto na ansiedade generalizada a ansiedade não é em crises mas continuada e a gravidade geralmente é maior nas crises de pânico que na ansiedade generalizada.

Os Ataques de Pânico podem ocorrer em uma variedade de Transtornos de Ansiedade, tais como:

1. Transtorno de Ansiedade,
2. Fobia Social,
3. Fobia Específica,
4. Transtorno de Estresse Pós-Traumático,
5. Transtorno de Estresse Agudo.

A ansiedade é um sinal de alerta que adverte sobre o perigo iminente e capacita a pessoa para medidas eficientes, sejam de enfrentamento ou

de fuga. O indivíduo ansioso coloca-se em posição de alarme, física e psiquicamente; dilata as pupilas, acelera o coração, diverge o sangue para musculatura voluntária, aumenta a glicose circulante, dilata os brônquios. A palavra Alarme já é por demais sugestiva; vem do italiano All' armi, significando às armas”.

A ansiedade passou a ser objeto de transtornos quando o ser humano colocou-a não a serviço de sua sobrevivência, como fazia antes, mas a serviço de sua existência, com o amplo leque de circunstância quantitativas e qualitativas desta existência.

Assim, o estresse passou a ser o representante emocional da Ansiedade, sua correspondência psíquica e egoicamente determinada.

No ser humano o conflito parece ser essencial ao desenvolvimento da Ansiedade.

Os padrões individuais de Ansiedade variam amplamente. Alguns pacientes têm sintomas cardiovasculares, tais como palpitações, sudorese ou opressão no peito, outros manifestam sintomas gastrointestinais como náuseas, vômito, diarreia ou vazio no estômago, outros ainda apresentam mal-estar respiratório ou predomínio de tensão muscular exagerada, do tipo espasmo, torcicolo e lombalgia. Enfim, os sintomas físicos e viscerais variam de pessoa para pessoa. Psicologicamente a Ansiedade pode monopolizar as atividades psíquicas e comprometer, desde a atenção e memória, até a interpretação fiel da realidade.

Sendo a Ansiedade uma grande mobilizadora de sintomas (desarmonias) do Sistema Nervoso Autônomo, a sintomatologia do Transtorno de Ansiedade é rica em elementos físicos e vegetativos (internos e autônomos). Portanto, neste tipo de transtorno encontramos não apenas uma sintomatologia psíquica mas, sobretudo, física.

Sobre a sintomatologia geral, recomenda-se a observância de pelo menos seis dos seguintes sintomas, quando freqüentemente presentes:

- 01 – tremores ou sensação de fraqueza
- 02 – tensão ou dor muscular
- 03 – inquietação
- 04 – fadiga fácil
- 05 – falta de ar ou sensação de fôlego curto
- 06 – palpitações
- 07 – sudorese, mãos frias e úmidas

- 08 – boca seca
- 09 – vertigens e tonturas
- 10 – náuseas e diarreia
- 11 – rubor ou calafrios
- 12 – polaciuria (aumento de número de urinadas)
- 13 – bolo na garganta
- 14 – impaciência
- 15 – resposta exagerada à surpresa
- 16 – dificuldade de concentração ou memória prejudicada
- 17 – dificuldade em conciliar e manter o sono
- 18 – irritabilidade

Convém sublinhar que estes sintomas costumam estar relacionados à estresse ambiental crônico, têm um curso flutuante, variável e tendência à cronificação. Com certa frequência a ansiedade está associada à Depressão, à Fobia ou à outros sintomas emocionais mas, nestes casos, deverá ser incluída em outras classificações.