UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

LUCAS BAVIERA

ANGÚSTIA E ANSIEDADE: LEITURAS PSICANALÍTICAS SOBRE AS EXPRESSÕES CONTEMPORÂNEAS DE SOFRIMENTO

São Paulo
2022

LUCAS BAVIERA

ANGÚSTIA E ANSIEDADE: LEITURAS PSICANALÍTICAS SOBRE AS EXPRESSÕES CONTEMPORÂNEAS DE SOFRIMENTO

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Área de Concentração: Investigações em Psicanálise.

Orientador: Prof. Dr. Daniel Kupermann

São Paulo

2022

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catalogação na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Baviera, Lucas
Angústia e ansiedade: leituras psicanalíticas sobre as expressões contemporâneas de sofrimento. / Lucas Baviera; orientador Daniel Kupermann. -- São Paulo, 2022.
102 f.
Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) -Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2022.

1. História da Psicanálise. 2. Clínica contemporânea. 3. Psicopatologia clínica. 4. Estilos clínicos em psicanálise. I. Kupermann, Daniel, orient. II. Título.

BAVIERA, L. Angústia e ansiedade: leituras psicanalíticas sobre as expressões contemporâneas de sofrimento. Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) -Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2022.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Profa. Dra.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

RESUMO

Nesta dissertação, investiga-se, sob uma perspectiva psicanalítica, em termos de fatores culturais e de manejo clínico, como podem ser lidas diferentes modalidades de expressões de sofrimento da atualidade, manifestadas comumente sob o diagnóstico psiquiátrico de *transtorno de ansiedade*. Defende-se que estes quadros de sofrimento emocional representam mudanças nas organizações subjetivas da cultura, e, portanto, refletem também numa presença maior de estruturas psíquicas divergentes do modelo neurótico tradicional à época de Freud na clínica contemporânea. Assim, concerne observar como se dariam essas mudanças, de certa forma alinhadas a um modo discursivo no qual predomina a diretriz psiquiátrica. Exposto o objeto central, a pesquisa inicia-se, sob o método de revisão bibliográfica, com participação de trechos de vinhetas clínicas, abordando a contextualização sobre o aumento contemporâneo de diagnósticos de *transtornos de ansiedade*, assim como o aumento da sua presença no discurso geral da cultura. Pretende-se alcançar o que, deste cenário, pode ser lido como modos de sofrimento contemporâneo, com tonalidades de uma presença constante de pressão por desempenho e pela carência de capacidade de simbolização; bem como compreender qual o lugar e a influência do discurso psiquiátrico e do discurso psicanalítico neste contexto. A visão sobre a influência do discurso psiquiátrico, nesta apresentação, intenciona *sensibilizar* o leitor psicanalista a se aproximar do problema proposto. Após, revisa-se, na obra de Freud e em Winnicott, as construções teórico-clínicas sobre a psicopatologia centrada nas expressões de angústia e de ansiedade, visando apontar para a importância em abrir-se possibilidades de manejo clínico que acomodam estruturas psíquicas divergentes da estrutura neurótica tradicional, aprofundadas por autores do chamado *Estilo Empático,* conforme estas diferentes estruturas psíquicas têm se mostrado presentes, de modo relevante, na atualidade.

Palavras-chave: História da Psicanálise; Clínica contemporânea; psicopatologia clínica; estilos clínicos em psicanálise.

ABSTRACT

This work investigates different expressions of suffering in current cultural organizations, a great part of them disclaimed and classified as a *mental disorder*, specifically, for this work, the *anxiety disorders* ones, and what psychoanalytic perspective can read about this phenomena. We defend that in these expressions of emotional suffering, there are cultural changes reflected, which means a bigger presence of different psychic structures, other than the classical neurothic models, studied by Freud. Therefore, as a clinic practice, psychoanalysis shall observe how these changes affect emotional expressions. In addition, there is an investigation on how the opposition of two narrative groups, the psychoanalytic and the psychiatric, affects and interacts with these ways of suffering. The direction of this work begins, under a bibliographical revision's method, with the contextualization of what is around the rise of *anxiety disorders* rates in current culture, as much as the presence, in informative channels in general, of these labels, when talking about suffering. With this, we reached that much of this emotional suffering is related with a cultural pressure for performance and deliverance, aligned with a psychic lack of symbolic resources. That said, the next step is to review, in Freud and Winnicott's work, what is the contributions about anxiety psychopathologies of these two authors, referring to the importance of considering opening the clinical handling and set-up, from the tradicional interpretative way, more assertive on classical neurotic patients, to what is called the "Empathic Style", which involves changes on the analysis conduction.

Keywords: Psychoanalysis history; Current clinical discussions; Clinical Psychopathology; Clinical psychoanalysis styles.

RESUMEN

Este trabajo indaga en diferentes expresiones del sufrimiento en las organizaciones culturales actuales, gran parte de ellas desestimadas y catalogadas como trastorno mental, específicamente, para este trabajo, los trastornos de ansiedad, y qué perspectiva psicoanalítica puede leerse sobre este fenómeno. Defendemos que en estas expresiones de sufrimiento emocional se reflejan cambios culturales, lo que significa una mayor presencia de estructuras psíquicas diferentes a los modelos neuróticos clásicos, estudiados por Freud. Por lo tanto, como práctica clínica, el psicoanálisis deberá observar cómo estos cambios afectan las expresiones emocionales. Además, se investiga cómo la oposición de dos grupos narrativos, el psicoanalítico y el psiquiátrico, incide e interactúa con estas formas de sufrimiento. La dirección de este trabajo comienza, bajo el método de revisión bibliográfica, con la contextualización de lo que está en torno al aumento de los índices de trastornos de ansiedad en la cultura actual, así como la presencia, en los canales informativos en general, de estas etiquetas, cuando se habla de sufrimiento. . Con esto, llegamos a que gran parte de este sufrimiento emocional está relacionado con una presión cultural por el desempeño y la liberación, alineada con una carencia psíquica de recursos simbólicos. Dicho esto, el siguiente paso es revisar, en la obra de Freud y Winnicott, cuáles son los aportes sobre las psicopatologías ansiosas de estos dos autores, refiriéndose a la importancia de considerar abrir el manejo y puesta en práctica clínica, desde la vía interpretativa tradicional, más asertivo sobre pacientes neuróticos clásicos, a lo que se denomina “Estilo Empático”, que implica cambios en la conducción del análisis.

Palabras-clave: Historia del psicoanálisis; Discusiones clínicas actuales; Psicopatología Clínica; Estilos de psicoanálisis.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 8
1. CONTEXTO DA "EPIDEMIA" DE TRANSTORNOS DE ANSIEDADE 12
1.1. A CRESCENTE DIAGNOSE DOS "TRANSTORNOS DE ANSIEDADE" E A EXPERIÊNCIA SUBJETIVA DA ANGÚSTIA 12
1.2.DEFINIÇÃO DE TRANSTORNOS DE ANSIEDADE 16
1.2.1. Transtorno de Pânico - Paciente Nina 17
1.2.2. Transtorno de Ansiedade Generalizada - Paciente David 19
1.2.3. Transtorno de Estresse Pós-Traumático - Paciente Adriano 20
1.3. O PROBLEMA DO "PRAGMATISMO NOSOLÓGICO" E A ATUAÇÃO PSICANALÍTICA 22
2. ANSIEDADE, SAÚDE IDEAL E *PERFORMANCE*: EXPRESSÕES DE SOFRIMENTO CONTEMPORÂNEO. 26
2.1. O MAL-ESTAR CONTEMPORÂNEO E AS TRANSFORMAÇÕES NA SUBJETIVIDADE. 26
2.2. O REGISTRO DO CORPO E O TRANSTORNO DE PÂNICO. 30
2.3. O REGISTRO DO EXCESSO E O TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA. 32
2.4. O REGISTRO DA INTENSIDADE E O TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO 37
2.5 CONSIDERAÇÕES 39
3. ANSIEDADE OU ANGÚSTIA? FRONTEIRAS ENTRE A PSICANÁLISE E A PSIQUIATRIA..... 41
3.1. ANGÚSTIA E ANSIEDADE NA PSIQUIATRIA: PERCURSO HISTÓRICO DA TERMINOLOGIA..... 43
3.2. AS TRADUÇÕES DA *ANGST* FREUDIANA PARA O INGLÊS E PARA O FRANCÊS.. 47
3.3 CONSIDERAÇÕES 49
4. A *ANGST* FREUDIANA E AS NOÇÕES PRIMORDIAIS DA ANGÚSTIA NA TEORIA PSICANALÍTICA. 52
4.1. A NEUROSE DE ANGÚSTIA E A "AUSÊNCIA DE TRABALHO PSÍQUICO"..... 53
4.1.1. A POSSIBILIDADE CLÍNICA DA NEUROSE DE ANGÚSTIA 56
4.2. A ANGÚSTIA NAS NEUROSES DE TRANSFERÊNCIA. 59
4.3. A SEGUNDA TEORIA DA ANGÚSTIA: INIBIÇÃO, SINTOMA E ANGÚSTIA..... 61
4.3.1. Angústia como Resposta ao Desamparo Constitutivo. 62
4.3.2. Angústia Sinal e Automática: Organização Defensiva ou Trauma 64
4.3.3. O Problema Clínico do Trauma e da Angústia Automática..... 65
4.4. O ESTILO CLÍNICO EMPÁTICO E O PACIENTE CONTEMPORÂNEO 67
4.4.1. O PROBLEMA DO MANEJO DA ANGÚSTIA 69
5. WINNICOTT: ANSIEDADE, AGONIAS PRIMITIVAS E MANEJO CLÍNICO. 71
5.1. O ESPAÇO DA ANSIEDADE E DA AGONIA NA TEORIA DO DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL..... 71
5.1.1. O Processo de Desenvolvimento Emocional Primitivo 73
5.1.2. A Ansiedade e a Normalidade; a Ansiedade e a Insegurança 75
5.1.3. O Medo do Colapso e as Agonias Primitivas..... 79
5.2. A PROPOSTA CLÍNICA: CATEGORIAS DE PACIENTES E ADAPTAÇÕES TÉCNICAS 82
5.2.1. O "manejo da angústia" no estilo clínico winnicottiano 87
CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 92
REFERÊNCIAS 97

INTRODUÇÃO

A presente dissertação iniciou-se a partir da observação cotidiana das queixas sobre a ansiedade, em atendimentos clínicos, provocando um interesse particular em investigar mais sobre o tema. Ao longo da investigação realizada, entretanto, vários caminhos bibliográficos mostraram ao pesquisador como a queixa de ansiedade é constatada como uma das principais, ao se tratar de atendimentos psicoterapêuticos, desde Freud, em suas primeiras conferências sobre a psicanálise, na década de 1910, representa, talvez, um “ponto pacífico” a sua popularidade clínica.

Mesmo assim, algo no modo como as queixas de ansiedade eram expressas, em conjunto com as tentativas de *manejo clínico* psicanalítico por mim oferecidas, geravam pouca ou nenhuma evolução terapêutica, levando, assim, a indagações mais profundas, que impulsionaram a realização desta pesquisa. Procurei, a princípio, a investigação de modo tradicionalmente psicanalítico com a retomada da obra de Freud em direção específica sobre o tema da *ansiedade* - posto que era um significante frequentemente usado pelos pacientes para descreverem os sentimentos e centralizar neste os impasses emocionais. Antes de conseguir adentrar propriamente nas questões técnicas e teóricas sobre o objeto de estudo, surgiu uma indagação: por que era possível encontrar, na obra de Freud, o uso da palavra *ansiedade* apenas em traduções brasileiras antigas? O que se encontrava, em traduções mais recentes, para traduzir o original *Angst*, era *angústia*. O que significa esta mudança? Pensar que se trata de preferências semânticas de menor importância pareceu insuficiente, levando a um maior aprofundamento sobre o tema. Neste aprofundamento, foi possível se deparar com um vasto campo, composto de problemáticas que envolvem a tradução da obra de Freud como uma forma de expansão da psicanálise, possuindo desdobramentos possíveis de serem observados até os dias atuais.

É nesta pergunta, também, que se intersecciona, a prática e o discurso psiquiátricos como uma presença de notória influência cultural, às vezes, de aproximação e, às vezes, de distanciamento, da prática clínica e teórica psicanalítica. Em face disso, pareceu pertinente trazer a discussão que abrange a necessidade de uma ampla compreensão dos fenômenos contemporâneos de sofrimento por parte do discurso psicanalítico, um *contraponto* ao discurso psiquiátrico, visto que estes dois discursos possuem, entre si, um extenso e histórico debate inter-relacionado.

O ponto de debate entre o discurso psicanalítico e o discurso psiquiátrico também é observado no modo em que se recebe a queixa do paciente. Mesmo com propostas clínicas diferentes, a partir do momento em que os diagnósticos de *transtornos mentais* passaram a fazer parte majoritária do discurso que permeia o campo da saúde mental, tornou-se frequente a presença de pacientes “bipolares”, “com déficit de atenção”, ou “depressivos”, na clínica psicanalítica. De modo semelhante, muitos pacientes que relatavam *ansiedade* foram diagnosticados com algum tipo de *transtorno de ansiedade* - como o pânico, a ansiedade generalizada ou mesmo o estresse pós-traumático. A partir desta lógica diagnóstica, também chamou a atenção que justamente os *transtornos de ansiedade* ocupavam o primeiro lugar de diagnósticos no Brasil, segundo estatística organizada pela OMS (2017), que levaram a refletir como poderia haver algum aspecto *cultural* permeando a problemática delineada. Portanto, considerou-se válido aprofundar a investigação em autores que melhor explicariam como se constituem os elementos acerca da subjetividade contemporânea, a fim de compreender a queixa proliferada de ansiedade atual.

Havia também a dificuldade de *manejo clínico*, levando a difíceis momentos, quando o método tradicional, de interpretar-se aquilo que se mostrava a partir das associações livres, resultava em pouco ou nenhum efeito de avanço no vínculo terapêutico, na aderência ao tratamento ou mesmo alguma melhora do paciente. Neste sentido, o encontro mais próximo com a psicanálise de D. Winnicott abriu portas a uma postura clínica que parecia, igualmente, abrir caminhos para estes pacientes. A descoberta de *estilos* de manejo psicanalítico, conforme esclarece Kupermann (2006b; 2019), como o estilo interpretativo, centralizado em Freud e na proposta da busca pelo conteúdo reprimido, e o estilo empático, sedimentado no fomento do vínculo terapêutico, a partir de S. Ferenczi e D. Winnicott, colaboraram significativamente para prosseguir a pesquisa.

A delimitação dos objetivos desta dissertação delineia-se tendo em vista a constatação da crescente demanda clínica a respeito de “transtornos de ansiedade”, em que se pretende não só mapear limites e aproximações desta demanda com as expressões de subjetividade contemporânea, assim como observar o que esta implica para a clínica psicanalítica, recortada a partir do referencial teórico de Freud e, posteriormente, de Winnicott. Este trabalho propõe-se, deste modo, colaborar para profissionais da psicanálise junto ao atendimento ao público que se queixa de ansiedade possuam maior aprofundamento no estudo deste fenômeno.

No capítulo 1, apresenta-se a problemática chamada de “epidemia” de transtornos de ansiedade. Neste capítulo, contextualizam-se, tecnicamente, as descrições oferecidas pelo DSM-5 em conjunto com uma leitura crítica sobre o modo de psiquiatria que procura excluir os fatores subjetivos e psicodinâmicos de um tratamento terapêutico, denominado por Pereira (2017) de *pragmatismo nosológico*. Em contrapartida, há o discurso psicanalítico; procura-se brevemente contextualizar como estas diretrizes do discurso psiquiátrico podem entrar em oposição com o discurso e a prática clínica psicanalítica.

No capítulo 2, investiga-se acerca de como aspectos culturais, de subjetividade e sofrimento da contemporaneidade chamam à prática psicanalítica, em seu contexto clínico, a revisitações importantes, em relação, principalmente, à importância em se abrir a compreensão para a expansão do sofrimento contemporâneo, que pode extrapolar as tradicionais estruturas referentes ao *mal-estar*, delineado por Freud. A linha argumentativa é orientada pela contextualização em níveis mais profundos do que os sintomas previstos nas categorias de *transtorno de ansiedade* que se destaca nesta dissertação.

No capítulo 3, expande-se, a partir de revisão bibliográfica, a oposição então delineada nesta dissertação entre o uso dos termos *angústia* e *ansiedade* para referir-se, simbolicamente, a oposições de maior amplitude, que tangem à prática psicanalítica e à prática psiquiátrica. Nesta revisão bibliográfica, propõe-se um percurso histórico que remonta à separação do uso destes termos; primeiro, na área psiquiátrica; e, mais tarde, pela psicanálise, onde é possível constatar, em escolas inglesas, por exemplo, a preferência pelo termo *anxiety* (*ansiedade*), em oposição à majoritária preferência pelo termo *angoisse* (*angústia)*, em escolas francesas.

No capítulo 4, revisou-se sucintamente, tendo em vista a complexidade do tema, o estatuto da *Angst* em Freud, desde um de seus primeiros textos de cunho psicanalítico, que diz respeito à *neurose de angústia* e suas particularidades, até as considerações voltadas a compreender o papel desta no psiquismo, como um todo, assim como nas formações psicopatológicas. Nesta linha, Freud oferece, ao longo de sua obra, duas teorias acerca da função e do papel da angústia: a primeira, apresentada em *Neuropsicose de Defesa* (1894b), difere, metapsicologicamente, daquela que havia sido apresentada em *Inibição, Sintoma e Angústia* (1926d). Contudo, em relação ao *manejo clínico*, que caminha em conjunto com as reformulações teóricas, Freud deixa lacunas.

A partir da apresentação da pluralidade que existe dentro da teoria e da prática psicanalítica, buscou-se direcionar e, de certo modo, justificar a escolha da investigação, mais pormenorizada, em Freud e em Winnicott, acerca do estatuto da angústia ou ansiedade, nestes autores, bem como compreender, dentro da teoria psicanalítica, as diferenças técnicas entre *Estilo Empático* e *Estilo Interpretativo* (Kupermann, 2006b, 2019). Neste sentido, também é apresentada a contextualização de como alguns excessos em princípios que fazem parte do *Estilo Interpretativo* podem gerar resultados indesejáveis a certos tipos de indivíduos, que não se enquadram na relação clássica da neurose de transferência.

No capítulo 5, adentra-se na teoria desenvolvida por D. Winnicott sobre a *ansiedade*, que desemboca no estudo das *agonias primitivas*, categoria considerada pelo autor como a mais intensa afetivamente e relacionada às estruturas psíquicas mais regredidas. A teoria de Winnicott acerca da ansiedade complementa aquilo que pode ter ficado em aberto nos escritos de Freud. O eixo diretivo para se falar da função psíquica da ansiedade, em Winnicott, é a sua teoria do desenvolvimento emocional primitivo do ser humano, por onde busco delinear também esta investigação.

Por fim, nas considerações finais, é feita a síntese argumentativa do percurso ao qual esta dissertação se propôs, na qual se considera como a formação de expressão subjetiva e de sofrimento da contemporaneidade levam à necessidade de uma abertura na prática clínica, sendo as contribuições clínico-teóricas de D. Winnicott indicadas para este fim.

1. CONTEXTO DA “EPIDEMIA” DE TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

> Que negócio é esse de ansiedade? Não quero ver ninguém ansioso. O cordão dos ansiosos enfrentemos: ansipan! ansiotex! ansiax, ansiolax, ansiopax, amigos! (ANDRADE, 1973)

1.1. A CRESCENTE DIAGNOSE DOS “TRANSTORNOS DE ANSIEDADE” E A EXPERIÊNCIA SUBJETIVA DA ANGÚSTIA

A *angústia* reverbera de forma similar ao modo como o afeto reverbera no interior de quem a sente: despertando inquietudes, mantendo-se como uma visitante constante. Atualmente, sobressai a observação dos diagnósticos psiquiátricos de *transtornos de ansiedade* envolvendo manifestações excessivas de *ansiedade*, a partir de referências como informes midiáticos, laudos estatísticos ou divulgações comerciais de métodos variados de tratamento da ansiedade, que, à primeira vista, seria um termo sinônimo de angústia (TORRINHA, 1942).

A popularização dos diagnósticos de ansiedade demonstra-se em relatórios como o feito pela Organização Mundial de Saúde, que coloca o Brasil em primeiro lugar em números de transtornos de ansiedade com cerca de 18 milhões e meio de pessoas diagnosticadas (WHO, 2017*,* p. 19). Durante o cenário da pandemia de *covid*-19, outros relatórios da referida Organização (2020) discorrem sobre a relevância do cuidado com a saúde mental ante o agravamento da crise global, estimando um aumento na constatação de *ansiedade* e *depressão* (VIEIRA; MOTTA, 2018, p. 79). Esta popularização do assunto resultaria de um modo de vivenciar a angústia dentro de um determinado contorno, qual seja como um afeto patológico elegível a uma intervenção clínica que se alinha às intervenções tradicionais da medicina.

Não apenas nos relatórios oficiais de instituições de saúde é possível encontrar o efeito da propagação contemporânea destes diagnósticos, assim como na rotina clínica dos consultórios, inclusive na mídia informativa, é possível constatar o aumento da presença discursiva deste quadro. Em reportagem da revista *Veja* (VIEIRA; MOTTA, 2018) intitulada *O País dos Ansiosos*, são apresentados relatos de pessoas diagnosticadas com transtornos de ansiedade, um dos quais menciona “sensações de aperto no peito” e de episódios marcados por uma súbita dificuldade de respirar, “como se segurasse a respiração sem querer”.

Em outro relato, um entrevistado destaca ter percebido alguns comportamentos “gatilhos”, ou seja, que ativam os sintomas de ansiedade, mas difíceis de se evitar, como o acesso constante às redes sociais etc. A reportagem destaca outra entrevistada que define *ansiedade* como um “sintoma coringa”, que pode significar, dentre outras coisas, ser “perfeccionista, impaciente ou medrosa” (VIEIRA; MOTTA, 2018). De fato, todo o relatado na reportagem se mostra rotineiro como queixa de sofrimento nos centros de atendimento psicológico.

A experiência clínica psicanalítica também participa deste cenário, presenciando uma ampla variedade de queixas sobre o sentimento de ansiedade, ocupando um papel central; às vezes, impossibilitando de gerar uma demanda e queixa mais elaborada, conforme relato de Ícaro,[1] em entrevistas iniciais:

> Fui em “trocentos” médicos, especialistas do sono, endocrinologistas... todos diziam a mesma coisa: está tudo normal comigo, é só “ansiedade”. Engraçado que ansiedade virou a nova virose, *né*? Tudo agora é ansiedade. Enfim, me passaram a receita do que fazer: exercício físico regular, evitar aparelhos digitais à noite, evitar café...

O paciente descreve um cenário real e desafiador da prática clínica contemporânea: as psicopatologias que são tratadas como “viroses”, evidenciando um caráter de *exteriorização* e *contaminação* essencialmente interno e pessoal. Este cenário parece trazer uma atualização na forma como a *angústia*, afeto primordial do ser humano, atravessa as formações subjetivas da cultura atual. Observar o aumento discursivo da chave diagnóstica de *ansiedade*, presente tanto na prática clínica quanto nos diversos canais informativos da sociedade, estimula a indagações. Embora seja um ponto pacífico tratar a ansiedade como um afeto comum, suas vestes de *epidemia* a colocam em foco como uma *nova virose,* ou seja, como um afeto sobre o qual se pode (ou precisa) ser *imunizado*, através da correta tratativa de saúde. Este modo de retratar a ansiedade parece demarcar uma separação implícita entre duas experiências: a da *ansiedade* e do seu correlato terminológico, a *angústia.* Em visão mais genérica, a angústia expressaria uma experiência mais subjetiva do sofrimento, enquanto a ansiedade remete a um caráter impessoal, universalista ou mesmo fisiológico.

---

[1] No presente texto, todos os nomes serão fictícios.

Qual seria a definição da experiência da angústia, para ser contraposta à ansiedade? Historicamente, a angústia é retratada, em diversas referências de produção cultural, como um afeto protagonista da experiência humana, muitas vezes relacionado ao divino e ao transcendental. A angústia se encontra desde registros da cultura helênica, em *figuras* mitológicas como *Phobos* e *Pã* (GRAVES, 2017), como também em passagens bíblicas, onde a angústia aparece como sentimento resultante da *dúvida* e da *desobediência,* em oposição à manutenção da *crença e confiança* naquilo que é sagrado (Gênesis; 18: 23-33; Êxodo 4:10-12).

Idêntica compreensão da angústia como afeto ligado a uma experiência de caráter *transcendental* é mantida em autores da filosofia existencialista. Castro (2020) elucida como a angústia, na obra heideggeriana, adquire um aspecto de *dimensão existencial,* servindo como um afeto regulador da constante transitoriedade entre duas condições subjetivas básicas: de um lado, a experiência mais *impessoal e anônima*, conceituada como *das Man*; e, de outro, as experiências mais singulares e intransferíveis, onde haveria maior contato com uma essência própria, o *Dasein*.

De modo geral, a angústia é considerada, culturalmente, como o objeto central de uma experiência transcendental. Quando não tanto, a angústia é conceituada como uma vivência inescapável a qualquer ser humano. Por outro lado, a experiência da *ansiedade*, conforme relatada nos manuais de diagnóstico psiquiátrico que encerram as classificações de *transtornos de ansiedade*, assinalam para um tipo de objetivismo da experiência, onde há uma espécie de *promessa de alcance* de uma cura. Esta tratativa, clássica e funcional da medicina pode trazer problemas quando se fala da experiência de dor e sofrimento psíquicos.

Esta separação dada à nomeação do que seja *ansiedade* e do que seja *angústia*, portanto, parece sintetizar uma separação estrutural e abarca modos distintos em compreender esta experiência afetiva. Portanto, procura-se referências de caráter *subjetivo*, apoiadas na cultura ou na leitura crítica do que sente; do outro lado, prioriza-se a reificação do afeto, que o separa do indivíduo e encerra-o em um diagnóstico de *transtorno de ansiedade*. A teoria e a prática psicanalítica mantêm-se na direção da experiência subjetiva, majoritariamente, e serve também como *ponto de oposição* do outro paradigma delineado.

A visão psicanalítica sobre a angústia é, por si própria, extensa e complexa. Presente desde seus primeiros escritos, Freud (1915/2018) apresenta a angústia nas *Conferências Introdutórias sobre Psicanálise* a partir de uma proposta de visão *distinta*

da visão psiquiátrica (à época, fundamentada, sobretudo, na hereditariedade das psicopatologias). No entanto, Freud (1915/2018) também já avaliava, à sua época, a experiência da *angústia* como uma das principais queixas dos neuróticos. Não haveria, por parte da psicanálise, à primeira vista, novidades em constatar a sua popularização clínica. Entretanto, por haver a observação desta predominância em *separar* aquilo que é tratado como *manifestações contemporâneas de ansiedade* e aquilo que é *angústia*, mostra-se relevante uma investigação mais pormenorizada sobre quais elementos constituem as expressões afetivas de sofrimento do cenário atual.

Estas atuais expressões de sofrimento que se apresentam, comumente, como *transtorno de ansiedade*, estariam intimamente tingidas pelas cores de um discurso do *desempenho*, assim como de um ideal de saúde, alcançável através de *aprimoramentos* técnicos e farmacológicos. Neste sentido, há sintonia nesta pressão por *performance* com um modo específico de discurso psiquiátrico, pautado essencialmente na farmacologia e na supressão sintomática, o que pode influenciar as expectativas iniciais de um tratamento terapêutico pertinente à ansiedade e à angústia. Assim, o paciente “ansioso”, influenciado por um “ideal de saúde”, muitas vezes, começa o contato com a experiência psicanalítica trazendo em si um desejo de *remediar a ansiedade* à “moda psiquiátrica”. Este desejo pode gerar um conflito inicial que impossibilite a *introdução* a uma escuta clínica psicanalítica, na medida em que, dentro do discurso psicanalítico, há uma tendência geral em *opor-se* ao psiquiátrico.

Alguns questionamentos se sobressaem diante o exposto. Quais seriam as definições técnicas do que é diagnosticado como *transtorno de ansiedade?* Como este quadro de diagnóstico psiquiátrico dialoga com as expressões subjetivas da cultura contemporânea? Existem critérios bem delimitados que explicam as fronteiras estabelecidas entre a *angústia*, em psicanálise, e a ansiedade, na psiquiatria? Ademais, como pode o manejo clínico psicanalítico, perante este cenário, manter-se como uma prática clínica que corresponda às demandas de sofrimento emocional, sem perder de vista seus pressupostos éticos e epistemológicos fundamentais? Para aprofundar as questões levantadas, concerne investigar no que consiste as descrições de três categorias destacadas dos chamados *transtornos de ansiedade*, a partir do principal referencial técnico, ou seja, o manual DSM-5 - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (APA, 2014).

1.2 DEFINIÇÃO DE TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

Os *transtornos de ansiedade* são uma categoria clínica do saber diagnóstico psiquiátrico, que compreende as expressões de adoecimento emocional e mal-estar, majoritariamente, como *transtornos mentais*, isto é, um modo predominante de compreender a psicopatologia na contemporaneidade. Cabe contextualizar que nem sempre a psiquiatria desfrutou de tal prestígio, conforme pontua Pereira (2017). O autor demonstra como a psiquiatria sofrera, desde o surgimento, de certo desprestígio, tanto por parte da medicina, sendo acusada de “não conseguir delimitar seu objeto”, como por parte dos críticos fora do campo científico da medicina, ora a acusando de “pairar as sombras do charlatanismo”, ora por supostas tendências higienistas em policiar “comportamentos e mentalidades socialmente indesejados” (PEREIRA, 2017, p. 169). Seria após a década de 1980 que a modalidade médica sofreria uma guinada de prestígio social e maior influência no campo discursivo da subjetividade cultural, apoiada pelos avanços farmacológicos e das neurociências, que colaboraram na reforma de diretrizes diagnósticas observadas a contar da terceira edição do manual *DSM.*

Alcançadas estas ascensões, que resguardam o discurso psiquiátrico de antigos constrangimentos, inerentes ao desafio de delinear, no organismo, os sofrimentos de ordem mental, a psiquiatria moderna encontra reputação relativamente sólida na forma diagnóstica dos *transtornos mentais*. Pereira (2017) conceitua esta chave de leitura como uma “etiqueta diagnóstica específica”, que designa um agrupamento objetivo de emoções, pensamentos e comportamentos “mórbidos ou potencialmente danosos”, passando a ser este agrupamento o alvo da intervenção clínica (PEREIRA, 2017, p. 169). Na sequência à investigação deste modo de diagnosticar e tratar o sofrimento emocional, serão apresentadas as descrições técnicas dos diagnósticos de *transtornos de ansiedade* a partir do manual DSM-V - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2014).

A descrição genérica, válida para todos os subtipos da categoria, de *transtornos de ansiedade* é marcada pela presença de “medo e ansiedade excessivas” no indivíduo que desencadeariam "perturbações comportamentais”, afetando, assim, a sua organização de rotina (APA, 2014, p. 189). O manual descreve *ansied*ade contrapondo-a ao *medo*: enquanto na ansiedade prevalece a *antecipação*

de preocupações e de cenários de risco, ou seja, a ameaça ainda é *imaginativa*, o medo seria despertado diante de uma “ameaça iminente real ou percebida” (APA, 2014, p. 189). Baseado nesta definição, o manual oferece uma organização de diferentes subtipos de transtornos de ansiedade por meio de critérios como a intensidade dos sintomas, os grupos estatísticos mais relacionados etc. Para uma melhor apresentação deste quadro diagnóstico, destacam-se, entre os subtipos, três para exposição, em conjunto com um recorte clínico de pacientes que foram diagnosticados neste grupo. A saber: o *transtorno de pânico,* o *transtorno de ansiedade generalizada* e o *transtorno de estresse pós-traumático* - este, proveniente de outra categoria, os *transtornos de estresse*, mas intimamente relacionados aos sintomas de ansiedade.

1.2.1. Transtorno de Pânico - Paciente Nina

O *transtorno de pânico* consiste numa das principais manifestações clínicas da ansiedade patológica na atualidade. Esta categoria leva em conta manifestações intensas de desconforto nas funções cardiorrespiratórias. As reações orgânicas ao episódio de pânico provocam sudorese, taquicardia, tremores, asfixia, tontura, calafrios, entre outros. Acompanhando as reações orgânicas, há iminente sensação psicológica de “morrer, ou enlouquecer” (APA, 2014, p. 208). A partir de um primeiro episódio, o indivíduo desenvolveria expectativas de episódios futuros, gerando sensação de ansiedade relacionada aos locais e aos contextos de ocorrência do pânico. Conforme relata Nina, uma jovem paciente, estudante universitária e diagnosticada com *transtorno de pânico*, conta como se sente culpada por ser tratada “como se fosse de vidro”, além de sentir-se “atrasada” em relação aos demais, devido as suas contingências diagnósticas. Ao mesmo tempo, expõe situações onde se sente extremamente vinculada às suas especificidades diagnósticas, em suas palavras:

> Havíamos combinado de que eu iria até a casa dele, para depois sairmos juntos. De repente, ele mudou o combinado e eu teria que pegar metrô para encontrá-lo na estação. Isso me deu ódio! Comecei a passar mal... falei pra ele como é importante as coisas serem bem organizadas, pelo bem da minha saúde mental. Comecei a sentir o pânico, aquela sensação de que a minha pele não vai aguentar. Eu não posso ser surpreendida, pode me dar um gatilho e mais um episódio [de pânico]. Ainda mais em metrô... ambiente claustrofóbico, tudo fechado…

Ao longo dessa sessão, a paciente esclarece como desejava passar um tempo a sós com o namorado antes de chegarem ao evento social. Contudo, parecia-lhe que o argumento da “manutenção de sua saúde mental” lhe daria *poder de convencimento* sobre o namorado, sendo uma espécie de “atestado médico” a ser seguido. Sobre os episódios de pânico e ansiedade correspondente, a paciente reporta a impressão sentida durante os episódios de que o corpo “não vai aguentar” a angústia.

É recomendado, no manual DSM, que este diagnóstico seja feito com ressalvas. Caso haja fatores que poderiam “melhor explicar" o desencadeamento das perturbações do pânico, como a presença do objeto fóbico na fobia, as obsessões nos transtornos compulsivos ou evocações traumáticas nos transtornos de estresse (APA, 2014, p. 209), seria melhor considerar o episódio de pânico como uma patologia “coadjuvante” de um transtorno protagonista. Todavia, na prática clínica, fica evidente a popularidade do uso deste conceito clínico – nem sempre de forma precisa - caminhando em conjunto com fatores de expressões de subjetividade que se centralizam no fator da *corporeidade* das expressões de mal-estar e sofrimento.

A própria sensação, descrita pela paciente, de que a sua pele “não vai aguentar” a angústia, leva a uma sugestão de manejo clínico baseado na ideia de contenção e *holding*, da teoria winnicottiana, salientando a necessidade de um vínculo terapêutico amparado na relação transferencial, conforme se discutirá adiante nesta dissertação.

1.2.2 Transtorno de Ansiedade Generalizada - Paciente David

O segundo subtipo de *transtorno de ansiedade* a destacar compreende o *transtorno de ansiedade generalizada*, conhecido, popularmente, como TAG, cujo motivo desencadeador da ansiedade as “preocupações excessivas”, relacionadas às “circunstâncias diárias” da vida do indivíduo, como as tarefas profissionais, o estado de saúde, organização financeira etc. (APA, 2014, p. 223). Há, neste subtipo de transtorno de ansiedade, a apreensão acerca do desempenho do indivíduo - no âmbito escolar ou profissional, particularmente. Os principais sintomas relacionados ao TAG são: dificuldade de concentração, disfunções no sono e tensões musculares. As manifestações e os sintomas do quadro de *transtorno de ansiedade generalizada* se assemelham ao *transtorno de ansiedade social* - outro subtipo dos transtornos de ansiedade.

No entanto, divergem entre si em relação ao objeto desencadeador da ansiedade, pois enquanto o TAG diz respeito à atividades e ao desempenho de tarefas, o segundo diz respeito a interações sociais e interpessoais. Trata-se de um diagnóstico que se dilui em uma espécie de *mal-estar* comum à contemporaneidade, cuja popularidade clínica é notória. Dentre os mais frequentes relatos associados aos diagnósticos de TAG, há sempre pressões sentidas para *desempenhar algo*. É comum escutar sobre como o papel do desempenho profissional parece ocupar boa parte das preocupações e ansiedades destes pacientes, expressas através de medo de ser demitido e de se tornar profissionalmente obsoleto.

No caso do paciente David, diagnosticado com TAG com cerca de 30 anos de idade, cujas preocupações acerca da vida profissional o levaram a certa *inversão:* para se assegurar – e, assim, mortificar as preocupações - desenvolveu o hábito de participar de processos seletivos, sem necessariamente desejar trabalhar naquelas empresas, apenas para garantir que “está em alta”. Este comportamento despertou, no analista, a impressão de que David comporta-se como uma espécie de *atleta* do mundo corporativo. Em um de seus relatos, deixa ilustrada esta tendência:

> Quando tenho uma entrevista agendada, sinto que minha vida tem sentido. Se não, é como se tivesse várias “tarefinhas” no meu dia, várias janelas abertas, mas eu não faço nenhuma, não me dá interesse. Estudar inglês, ler um artigo novo, atualizar minha rede

> profissional... isto fica ocupando espaço mental, eu me sinto mal, mas não me dá motivação. Mas quando tem entrevista nova, esqueço tudo e só penso nisso. A parte mais excitante é ficar pensando sobre minha *performance* depois, tentando encontrar onde está o *gap* daquele encontro.

A popularidade das descrições sintomáticas do TAG, refletindo problemas que extrapolam o quadro organizativo de um indivíduo, mas abarcando toda a problemática do modo como as relações de trabalho são postas na sociedade contemporânea, faz pensar nas reflexões de Freud sobre porque o neurótico “sofreria mais” do que os demais indivíduos, que vivenciam, de modo geral, experiências e condições semelhantes. No caso dos transtornos de ansiedade generalizada, a evidente pressão pelo desempenho, que permeia a subjetividade contemporânea como um todo, pode exercer influência intensa em indivíduos que possuam, em seu histórico de desenvolvimento, momentos prévios de necessidade de *adaptação precoce*, acarretando em um *falso self,* nos termos winnicottianos, que se procurará pormenorizar posteriormente.

1.2.3 Transtorno de Estresse Pós-Traumático - Paciente Adriano

O último subtipo de diagnóstico de transtornos de ansiedade que se destaca é o *transtorno de estresse pós-traumático* ou TEPT. Avalia-se este subtipo como parte do fenômeno das manifestações de ansiedade na contemporaneidade, apesar de estar inserido em outra categoria, chamada *transtornos relacionados ao trauma e ao estresse*. Ressalta-se a aproximação com os *transtornos de ansiedade*, sendo a manifestação da ansiedade “invariavelmente presente no transtorno de estresse pós-traumático” (APA, 2014*,* p. 226).

Em sua definição técnica, o *transtorno de estresse pós-traumático* é diagnosticado com base na observação de reincidências invasivas de rememorações de algum episódio traumático vivenciado - ou presenciado - pelo indivíduo. A categoria estabelece como episódios com “potencial traumatizador” eventos que envolvam abuso sexual, risco de morte ou lesão grave (APA, 2014*,* p. 272). Os sintomas manifestos pelo TEPT estão relacionados a uma espécie de repetição de cenas do episódio do trauma - na forma de pensamentos invasivos, sonhos ou mesmo *flashbacks* dissociativos, que levam o indivíduo a reagir com explosões de agressividade e atitudes de autodepreciação. O diferencial diagnóstico entre a

ansiedade generalizada e o *estresse pós-traumático* seria pautado, especialmente, pelas reações emocionais do indivíduo traumatizado se mostrarem mais agressivas e vinculadas a um episódio passado específico (APA, 2014*,* p. 266).

De fato, os traços de autoagressividade e de autodepreciação chamam a atenção em pacientes que relatam episódios traumáticos. Isto se observa no paciente Adriano, na faixa de 20 anos de idade, que procurou a psicoterapia após receber o diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático. Entretanto, demorou algumas sessões para expor mais acerca do episódio desencadeador dos sintomas de ansiedade e episódios de pânico, priorizando as falas de autodepreciação nas primeiras sessões. Fica evidente a ansiedade, em pontos como tensão vocal, demonstrando como há assuntos “entalados” na garganta ou na falta de uma sequência conectada de suas falas que se tornaram entrecortadas em diversos assuntos e de modo bastante acelerado. Ao conseguir mencionar o episódio traumático, apenas cita, de passagem, ter encontrado o colega, com quem dividia apartamento, morto após este cometer suicídio. O paciente, ao trazer o assunto, mescla falas de autodepreciação e culpa com sentimentos de perda e luto, conforme recorte:

> Me sinto um hipócrita, porque eu era o cara que dava conselhos para ele... não só ele, mas a todos. Hoje eu não consigo seguir meus próprios conselhos… ele era igual... eu, sabe, viemos do interior, gostávamos das mesmas coisas… ele se matou quando descobriu o HIV. Eu poderia ter ajudado muito ele… quando começo a pensar nisso, vem a ansiedade.

O paciente vê, com o tempo, como o seu modo de lidar com a culpa e o choque da cena testemunhada podem ter raízes mais profundas em sua história de vida. Certo momento, após alguns meses, pondera: *“*Acho que, no episódio do suicídio, quando decidi me fechar de tudo e todos, eu achei que estava tomando uma decisão, mas acho que quem tomou foi a minha culpa e [os] meus complexos.”

Em síntese, pode-se definir como os subtipos dos *transtornos de ansiedade* destacados possuem, cada qual, um signo condensador de sintomas e classificação. Os ataques de ansiedade abruptos, intensos e de curta duração, em conjunto com a apreensão por novos ataques, caracterizam o *transtorno de pânico* (APA, 2014, p. 266), a preocupação excessiva e constante em ser avaliado e ter um desempenho de

alto nível configuram o *transtorno de ansiedade generalizada* (APA, 2014, p. 190); e a reincidência de lembranças intrusivas, relacionadas a algum episódio traumático, que fazem o indivíduo agir e pensar de modo depreciativo, demarcam o *transtorno de estresse pós-traumático* (APA, 2014, p. 225). Segundo estas classificações demonstradas, muitas demandas de início de tratamento psicoterapêutico são apresentadas aos profissionais de saúde, inclusive psicanalistas.

1.3 O PROBLEMA DO "PRAGMATISMO NOSOLÓGICO" E A ATUAÇÃO PSICANALÍTICA

Entende-se ser possível questionar qual a finalidade de trazer alguma compreensão do *discurso psiquiátrico* para se pesquisar sobre um problema de ordem *psicanalítica*. Na verdade, os dois paradigmas possuem compreensões fundamentais divergentes, e, talvez, não haja ponto de intersecção unânime. De todo modo, é válido *sensibilizar* o leitor de como este modo discursivo permeia as formações culturais, fomentando-as, e podem, por conseguinte, afetar a própria prática psicanalítica. O modo de compreender e categorizar o afeto da ansiedade a partir das diretrizes destacadas pode resultar em diversos entraves, um dos quais foi apontado por Frances (2012), participante na formulação de edição prévia do DSM. O referido autor denuncia como este modelo de classificação psicopatológica poderia acarretar uma "inflação geral de diagnósticos" atrelada à "rotulagem errônea de milhões de pessoas" (FRANCES, 2012).

De fato, quase uma década após o aviso de Frances (2012), observa-se um cenário próximo do descrito pelo autor. Neste sentido, Bjorklund, (2005 apud PEREIRA, 2017, p. 175) aborda o fenômeno da "psiquiatria cosmética", onde a noção de clínica psiquiátrica encontra-se associada a uma promessa de *melhora de desempenho* e *bem-estar contínuo*, através, principalmente, do uso indiscriminado de psicofármacos. Pereira (2017) apresenta o conceito de *pragmatismo nosológico* para englobar aquilo que descreve como a prática de parte predominante da psiquiatria moderna, desde as reformulações iniciadas em meados da década de 1950. Este modo de atuação reduz a complexidade psíquica para uma espécie de *busca ao sintoma*, a partir da observação das descrições dos manuais, visando, ao fim, à supressão química de estados mentais indesejáveis ou danosos.

A proposta clínica do *pragmatismo nosológico*, estando em ampla aplicação e desfrutando dos prestígios alcançados pelas descobertas químicas e neurológicas, colocaria a psiquiatria em um lugar de alcançar a almejada *objetividade* em sua prática clínica, assegurando-lhe paridade com as outras especialidades do ramo médico. Evidentemente, o custo deste alcance foi desconsiderar questões de caráter mais *subjetivo*, convertendo sua prática na "busca da cura química". Contudo, conforme ensina Pereira (2017, p. 178), uma compreensão de *cura* que não considere questões relativas ao "desejo, às escolhas, à liberdade e à correlativa responsabilidade, às fantasias e ao ideal" mostra-se incompleta e problemática.

Em contrapartida à proposta tratativa do *pragmatismo nosológico,* o modo como boa parte da psicanálise entende o afeto da ansiedade, ou angústia, é como uma espécie de "afeto por excelência" da experiência analítica (ZIMMERMAN, 2004, p. 91). Esta oposição de leitura é expandida em diversos elementos, fundamentais e paradigmáticos de cada um dos dois campos de saber, dos quais se destacam dois: a forma como é considerada a formação patológica e a noção de objetivos e alcance do tratamento clínico.

No que concerne às perspectivas distintas sobre as noções da formação patológica do adoecimento mental, o modo de considerar o sujeito em sua subjetividade é um fator predominante de diferenciação entre estes dois discursos. Considerar a subjetividade implicaria, em linhas gerais, considerar a relação do sujeito com o que está ao seu redor: sua cultura, sua inserção na sociedade, seu contexto familiar etc. Neste ponto, do lado da psiquiatria moderna, nas versões mais atualizadas dos manuais de diagnóstico psiquiátrico consultados (DSM-5, 2014; CID-10, 1993) há uma recomendação geral de observar, antes de diagnosticar, possíveis "fatores contextuais culturais" (APA, 2014, p. 189) que envolvem o transtorno. Contudo, os critérios ofertados para que se faça esta apreciação são baseados predominantemente em *dados estatísticos*, que reduzem epistemologicamente o modo de ler o sofrimento emocional. Não há outro enriquecimento possível que não o levantamento estatístico da incidência dos transtornos em populações separadas por critérios estatísticos variados, como fatores geográficos, étnicos, etários ou de gênero.

No sentido oposto, a teoria psicanalítica, ao buscar compreender o sujeito enredado em laços subjetivos correlacionado ao intrapsiquismo, o contexto sociocultural, político e inter-relacionado com outros indivíduos, enfatiza a noção do resultado *singular,* a cada indivíduo, que esta amálgama de fatores pode gerar. Deste

modo, o que seria excessivo para uma “média estatística” da população, por exemplo, pode se mostrar, individualmente, o resultado real alcançado e possível para a vivência emocional. Por esta via, é possível afirmar que a prática psicanalítica possui maior robustez epistemológica a oferecer em relação ao aprofundamento do que seja subjetivo no paciente. Ao mesmo tempo em que haveria esta aparente “vantagem” da prática psicanalítica, há um considerável desafio para esta prática na discussão sobre *o alcance* da “cura”.

A oferta de cura, para o discurso psiquiátrico pautado pelo *pragmatismo nosológico*, concerne ao alcance da supressão sintomática do mal-estar emocional, ou senti-la de modo atenuado. Apesar da promessa se mostrar animadora ao paciente, posto que a intervenção química de fato pode produzir novos quadros de sensações emocionais, nomear estes resultados de “cura” ou “sucesso terapêutico” se mostra insuficiente, conforme a própria inflação de números de diagnósticos evidencia.

Do lado oposto, o discurso psicanalítico não promove uma definição precisa do que seria *cura*, sendo referência o aforismo freudiano que situa o objetivo do tratamento psicanalítico em possibilitar que a “miséria da neurose” se torne “infelicidade comum”. Como um todo, o tratamento psicanalítico não busca a supressão da angústia, mas sim um trabalho *ativo* sobre o afeto, através da fala e do vínculo terapêutico. Todavia, se distanciada por completo de qualquer relação com um esperado *bem-estar* emocional do paciente, abre espaço para questionamentos. Kupermann (1997) pontua como o exagero na posição da abstinência pode restringir excessivamente o campo de atuação das práticas psicanalíticas, conforme citado:

> A partir do momento em que a cura deixa de ter qualquer relação com o alívio dos sintomas e do sofrimento psíquico daquele que nos procura, está aberta a possibilidade de supremacia do teorismo e de um enfraquecimento da clínica na psicanálise. (...) Não se trata, obviamente, para a psicanálise, de se espelhar no discurso sobre a eficiência, mas de repensar a partir desse quadro sua posição. Afinal, não existe psicanálise sem analisandos, e é preciso que estes - e não apenas uma parcela do público intelectualizado seduzido pelo “bem dizer” - possam continuar encontrando na psicanálise uma escuta efetiva (KUPERMANN, 1997, p. 68).

Esta dificuldade, muitas vezes, é tratada de forma radical: recusa-se todo significante provindo do campo psiquiátrico sob a justificativa de “tratar-se de outro campo do saber”. Para a prática psicanalítica, posicionar-se deste modo, torna-a

vulnerável à marginalização, posto que o discurso narrativo que se utiliza do vocabulário dos *transtornos mentais*, para além de uma questão epistemológica, já faz parte da prática discursiva da cultura como um todo, expressando, sob esta roupagem, um modo de sofrer. Sobretudo, é possível encontrar, dentro da teoria psicanalítica, substancial material teórico e clínico sobre a problemática da angústia e da ansiedade, que *podem* servir como valioso recurso clínico às manifestações lidas como *transtornos de ansiedade*, na medida em que se compreende, com mais propriedade, o que estes diagnósticos representam, em termos de formação psíquica subjetiva.

Diante das considerações expostas, propõe-se, ao longo desta dissertação, delinear algumas nuances que permeiam as possibilidades clínicas, com base no referencial psicanalítico, perante o problema de *transtornos de ansiedade.* De partida, realiza-se uma investigação sobre como as atualizações ocorridas nas noções de subjetividade contemporânea influenciam o modo como a angústia é expressada, para, em seguida, aprofundar no percurso histórico que demarca as separações epistemológicas - e semânticas - entre a psiquiatria do *pragmatismo nosológico* e a psicanálise; e, por fim, adentrar numa maior investigação na teoria metapsicológica da psicanálise sobre a angústia e a ansiedade, centradas em Freud e Winnicott, no intuito de aprofundar o entendimento sobre as possibilidades clínicas, principalmente norteadas pelas possibilidades do chamado *estilo empático* (Kupermann, 2019), como recurso a estas demandas contemporâneas de ansiedade.

2. ANSIEDADE, SAÚDE IDEAL E *PERFORMANCE*: EXPRESSÕES DE SOFRIMENTO CONTEMPORÂNEO

> Talvez fosse verdade que as condições de vida do ser humano médio fossem melhores hoje (...). Os únicos indícios em contrário eram o protesto mudo que você sentia nos ossos, a percepção instintiva de que suas condições de vida eram intoleráveis e de que era impossível que em outros tempos elas não tivessem sido diferentes (ORWELL, 2009, p. 93).

2.1 O MAL-ESTAR CONTEMPORÂNEO E AS TRANSFORMAÇÕES NA SUBJETIVIDADE

Enquanto é possível ver um fomento narrativo acerca da *ansiedade*, constata-se, também, como este fomento parece colocar em segundo plano o olhar sobre a experiência da *angústia* e as diretrizes teóricas que dela se ocupam. Neste sentido, entende-se como o modo como se experimenta - e se nomeia - o sofrimento emocional relaciona-se com o “espírito do tempo” desta manifestação. É possível observar, por exemplo, na pintura *O Grito* de Munch, 1893, o teor do movimento artístico expressionista dando formas e cores singulares a uma manifestação da angústia, que divergem das tonalidades de angústia expressas em *Édipo amaldiçoando seu filho* de Fuseli, 1786, pintura pertencente a outro movimento artístico, correspondendo a outra *chave subjetiva*.

De modo similar, observa-se como os elementos descritivos do “sujeito ansioso” predominantes da atualidade, a partir, principalmente, dos diagnósticos do DSM-5, possuem aspectos distintos das descrições de angústia feitas, por exemplo, nos primeiros escritos de Freud (1894a, p. 52), que descrevem o “sujeito angustiado” como um indivíduo pessimista ou pedante. Parece prevalecer no imaginário cultural sobre o *ansioso* da contemporaneidade a imagem de um indivíduo *perfeccionista, incontinente* ou, mesmo se for para ser enaltecido, *engajado e envolvido* intensamente com suas causas e seus objetivos.

Elementos da sociedade e da cultura contemporânea, ainda em estágios embrionários na época de Freud, como o desenvolvimento da globalização ou a revolução tecnológica, que fomenta a velocidade no intercâmbio de informações e comunicações, afetam o modo como a angústia se expressa e é vivenciada pelo ser humano atual. Nestes novos elementos, fatores como a *pressa* e a *velocidade* passam

a ser constitutivos da cultura e do sofrimento. Deste modo, a predominância clínica do *pragmatismo nosológico* entra em harmonia com estas alterações culturais, na medida em que também se apresenta com promessas de suprimir, sensorialmente, manifestações corporais intensas de ansiedade. Todavia, esta proposta clínica, radicalizada em seu pragmatismo, pouco tem a oferecer não só no sentido de uma *leitura* crítica dos elementos que participam da própria cultura em que está inserida, bem como a constituição de suas psicopatologias, como a própria ansiedade.

Caberia questionar, portanto, quais seriam alguns elementos, de caráter mais *subjetivo,* que atravessam as e se relacionam com as manifestações de ansiedade e sofrimento frequentes da contemporaneidade. De modo amplo, pode-se entender por *aspectos subjetivos* aquilo que *dialoga* com o indivíduo humano, em seus afetos e pensamentos, como a cultura em que se insere, suas relações sociais e pessoais, e suas próprias ideações. Definições mais robustas, contudo, ramificam-se em e dependem de escolas de pensamento, de autores, que propõem, muitas vezes, uma estruturação própria.

No caso da teoria psicanalítica, a noção de clínica está intrinsecamente vinculada à cultura em que o indivíduo está inserido. Muitos preceitos fundamentais da constituição subjetiva humana, para a psicanálise, como a noção do inconsciente, as fases de desenvolvimento psíquico, as estruturas neuróticas ou não-neuróticas, recebem, frequentemente, propostas de *atualizações,* para melhor dialogar com as mudanças progressivas da cultura. Com efeito, Birman (2014, p. 55) apresenta uma atualização da organização contemporânea do *mal-estar na cultura*, ao ponderar que justamente este conceito freudiano seria um “signo privilegiado” na leitura das manifestações de subjetividade humana em determinados contextos.

Em linhas gerais, Freud desenvolve a noção de *mal-estar* em momento final de sua obra, possuindo tonalidades mais antropológicas e filosóficas do que propriamente clínicas. De todo modo, a ideia de mal-estar na civilização demonstra-se apropriada para pensar sobre a relação entre *subjetividade* e *sofrimento*, pois o conceito, além de sintetizar grande parte das principais noções de organização psíquica da teoria psicanalítica, fundamenta a posição do autor sobre a impossibilidade da vida plena de um “bem-estar mental” irrepreensível, opondo-se, radicalmente, à noção do *pragmatismo nosológico* que parece estimular a busca por tal estado de humor em que “tudo vai bem”. Ao ser humano em estado de civilização, segundo Freud, algum nível de conflito psíquico ou *mal-estar* seria inescapável.

Conquanto se mantém, para a psicanálise, a ideia da impossibilidade de felicidade plena ao ser humano, inserido em cultura, os *motivos* que fomentariam este mal-estar podem ter se transformado, com o passar dos anos. Vê-se, em Freud (1929e), como os principais elementos culturais geradores de mal-estar seriam certo anseio em apegar-se a um “sentimento oceânico”, oriundo da experiência religiosa, ou o conflito gerado pelo tradicional dilema neurótico entre cumprir as obrigações impostas pelos costumes ou ceder à força pulsional de um desejo. Nos elementos constitutivos da cultura vitoriana, contemporânea a Freud (1929e), nota-se uma natureza *reflexiva* e *dual* no mal-estar: há duas “forças mentais”, conflitantes entre si, que ocupam espaço e bloqueiam a fluidez do *bem-estar*. Esta natureza representaria bem a natureza psíquica neurótica.

A proposta de uma atualização no conceito de mal-estar é alicerçada numa mudança no tipo de estrutura psíquica. Birman (2014) apresenta sua leitura sobre as características do mal-estar da atualidade em contrapartida à organização clássica das neuroses descritas por Freud. Os conflitos do sujeito contemporâneo estariam pautados em outra ordem psíquica, cuja organização leva à intensidade afetiva presente, ao narcisismo e à experiência traumática (BIRMAN, 2014, p. 43). Para o autor, o filme *De Olhos Bem Fechados*, de Stanley Kubrick (1999), ilustra estas alterações na subjetividade contemporânea, a partir da banalização do erotismo e da simbolização, reduzindo-as ao ato sexual em si.

A emergência de uma *atualização* em alguns conceitos fundamentais da psicanálise, conforme o avanço das produções culturais, havia sido observada também por Castel (1987). Em meados de 1980, as mudanças estruturais nas constituições familiares desdobravam-se em mudanças no tipo de demanda e queixa que chegava aos espaços de oferta de tratamento clínico. O autor pontua como a família passou a organizar-se menos em torno do patrimônio econômico e das transmissões de hábitos, a fim da manutenção ou da ascensão na escala social, para uma organização que gira mais em torno do “capital relacional” de seus membros. Portanto, a lógica dos afetos e da melhor convivência possível passaria a ter maior peso nas configurações familiares, tornando, assim, a figura da autoridade paterna/materna mais flexível, o que, por sua vez, também altera para o tipo de demanda e apresentação de queixa recebida na clínica psicanalítica (CASTEL, 1987, p. 158).

Cerca de uma década depois, Marcuse, conforme elucida Kupermann (2006), elabora a ideia de *dessublimação repressiva*, conceito que *substituiria* o então considerado obsoleto complexo de Édipo, ante as novas e mais frequentes configurações relacionais e familiares. O início da chamada flexibilização dos espaços nas relações familiares, por Castel (1987), é apresentada por Marcuse sob a perspectiva de uma efetiva *perda* e do abandono destes espaços, resultando em mudanças estruturais na organização psíquica do indivíduo contemporâneo, que passa a vivenciar em menor escala a oportunidade de ter "embates controlados" com as figuras de autoridade de sua vida íntima.

Kupermann (2006) elucida como há um benefício no atravessamento destes embates controlados com a figura paterna, na medida em que esta seria a experimentação gradual de uma vivência afetiva ambivalente, possibilitando ao sujeito maiores graus de desenvolvimento de autonomia e liberdade. Sem a oportunidade de vivenciar estas experiências, a estrutura psíquica do sujeito estaria mais vulnerável e impotente, restando apenas a identificação imediata a "ideais e imperativos" transmitidos através da "mídia de massa" (KUPERMANN, 2008, p. 148). De fato, estas transformações nas organizações sociais tornariam a demanda clínica psicanalítica centralizada no conflito edípico e neurótico não mais uma unanimidade.

Seguindo, então, a proposta de uma "atualização" em conceitos psicanalíticos, visando um alinhamento destes com o progresso temporal da cultura, verifica-se como proveitoso o aprofundamento da leitura dos aspectos subjetivos e culturais que acompanham os modos de sofrimento da contemporaneidade, a fim de ampliar aquilo que, a princípio, é apresentado, por grande parte do discurso vigente, de modo restrito e pragmático como *transtornos de ansiedade*. O intuito desta leitura não é reduzir a noção psicanalítica de "mal-estar" aos diagnósticos atuais de transtornos de ansiedade, mas, sim, ampliar a compreensão sobre o que atravessa e alimenta estes diagnósticos, em termos de produção de cultura da civilização contemporânea.

Organiza-se aqui a proposta de aprofundamento nos aspectos culturais a partir do texto de Birman (2014), que fornece o aspecto conceitual nas expressões e causas de mal-estar da atualidade, a partir de uma classificação de três registros da expressão subjetiva contemporânea - o corpo, o excesso e a intensidade. Com base na organização destes três registros de Birman (2014), propõe-se um diálogo com os três transtornos de ansiedade aqui destacados: o transtorno do pânico, o transtorno de ansiedade generalizada e o transtorno de estresse pós-traumático. Também em

contribuição para a compreensão deste mapeamento da subjetividade contemporânea, Han (2017) serve de embasamento para compreender a relação da *ansiedade* com o perfeccionismo ou com a *performance*, sobrepostas como condições operantes em predominância na atualidade. Em cada subtópico, será trazido um recorte de uma situação clínica com os pacientes apresentados no capítulo anterior, a fim de ilustração relacionada ao argumento.

2.2 O REGISTRO DO CORPO E O TRANSTORNO DE PÂNICO

Um dos aspectos elementares a serem observados nas formações de subjetividade contemporânea diz respeito ao lugar ocupado pelo corpo e pela corporeidade. A exaltação do corpo, na cultura contemporânea, toma diversas formas de expressão: a popularização das *academias de musculação*; a tendência à exibição do corpo em perfis pessoais nas redes sociais da internet; a popularização de procedimentos de alteração estética, dentre outros exemplos, facilmente encontrados na convivência cotidiana.

Deste modo, Birman (2014) registra como chave primordial do mal-estar contemporâneo as expressões corporais de sofrimento e adoecimento. Neste registro, manifestam-se patologias como a bulimia, a anorexia, e o *pânico*. Na medida em que o corpo “ideal” passa a ser um imperativo a ser alcançado, onde a escala tende sempre a subir, o não alcance deste ideal gera mal-estar que pode resultar no adoecimento psicológico - o que se percebe na bulimia e na anorexia. Por sua vez, no fenômeno do pânico, interesse central nesta investigação, há uma espécie de *efeito colateral sintomático* desta sobrevalorização do corpo - conforme este se torna um espaço privilegiado de investimento libidinal, torna-se, também, de *descarga emocional*.

Birman (2014, p. 70) avalia como esta sobrevalorização dos ideais corporais poderia ser explicada na medida em que o corpo seria “o único e último bem de valor” do indivíduo comum, na atualidade. Outros valores - seja de ordem moral, transmitidos culturalmente, seja de ordem material, foram relativizados, ou mesmo extintos. De fato, nota-se como endereçamentos até então tradicionais de investimento libidinal, como filiações a instituições de variadas espécies e finalidades ou a produção ou consumo de atividades artísticas, parecem ceder espaço para o culto e cultivo do

corpo - como uma espécie de aquisição sempre a ser melhorada, resultando em uma notória inflação à dimensão valorativa da realidade corpórea.

Neste viés, Birman elucida que, atrelada à supervalorização do corpo, há também uma ampliação na valorização de *cuidados à saúde.* Cada vez mais, nota-se o acréscimo de práticas a serem inseridas na rotina do indivíduo, especialistas a serem consultados, hábitos a serem evitados, para que se possa fazer parte do que o autor nomeia como o “clube dos saudáveis” (BIRMAN, 2014, p. 69). Sob esta perspectiva do que significa *saúde* e *ser saudável*, há uma série de desdobramentos que podem prejudicar a própria saúde do indivíduo.

Talvez a principal seja a de que seria impossível acompanhar o ritmo do avanço das ofertas de tratamentos à saúde, restando o sentimento, apontado por Birman (2014, p. 69), de estarmos “sempre faltosos (...) sempre culpados” com relação ao nosso cuidado com relação à saúde. Esta tendência, por si só, já é geradora de uma série de sensações de ansiedade em numerosa parte da população, que esforça-se para manter-se *fit* - algo traduzível como “enxuto”, mas também como “encaixável”, denotando um significado implícito de encaixar-se a um ideal social de sucesso, transfigurado em “ser saudável”.

Decorrente desta sobrevalorização libidinal do corpo, populariza-se também o conceito clínico de *estresse*. Birman (2014, p. 70) considera o estresse como “o maior mal-estar permanente na contemporaneidade”, por poder ser atribuído, de maneira genérica, a muitos fatores. O conceito de estresse é apresentado pelo autor como uma expressão de sofrimento abrangido por aspectos ambientais, orgânicos e psicológicos, representado principalmente a partir de uma manifestação *psicossomática*, similarmente se populariza o *pânico*. Birman o avalia como uma das principais expressões clínicas da subjetividade contemporânea. Neste sentido, observa-se como a noção clínica de estresse e pânico se assemelham àquilo que Freud (1894a) denomina de “ataques” provenientes da *neurose de angústia*, categoria clínica separada das neuroses de transferência, como a histeria de conversão, por possuírem o escoamento da energia psíquica por via direta no corporal, sem a passagem pela elaboração acerca do recalque.

É possível verificar uma relação prejudicial com o corpo e a sintomática do pânico na forma como Nina relata sua principal sensação diante dos episódios: “como se o meu corpo não fosse aguentar”. A relação da paciente com o próprio corpo é conflituosa de diversas formas, relata sempre a dificuldade de se adequar aos ideais

impostos pela cultura, além de demonstrar frequentes mudanças radicais na aparência. Nina, ao longo de sua experiência analítica, chegou, às vezes, a mostrar por semana diferentes colorações de cabelo desde a mais conservadora até a mais excêntrica. Em outro momento, seus conflitos com os ideais de corporeidade chocaram-se com os ideais de personalidade, conforme demonstra a respeito de algo que pretende fazer:

> Estou pensando se faço mesmo aquela “lipo”... claro que me dá vontade, acho que eu ia ficar bem mais atraente, pra mim mesmo, sabe? Não é por causa dele, ele fala que gosta de mim assim, do jeito que eu sou, mas eu sei que todos os homens só falam das “magrinhas” e das “gostosonas” nas rodinhas com os amigos. O problema é que, se eu fizer, eu vou ser hipócrita. Eu sempre defendo tanto meus ideais, e a bandeira do feminismo, de se aceitar como se é, de que a sociedade nos força a termos corpos impossíveis... por que eu não consigo aceitar meu próprio corpo?

Expostas estas considerações e ilustradas pelo recorte clínico da paciente Nina, avalia-se como o *registro do corpo*, marca do mal-estar contemporâneo, dialoga com as sintomáticas do *transtorno do pânico,* evidenciando o valor dado ao corpo na cultura contemporânea. Todavia, esta preferência ou mesmo exclusividade do corpo como espaço de investimento e de escoamento libidinal viabilizaria manifestações de conflito emocional e patologia psíquica também corporais. O estudo de Freud (1894a) sobre as *neuroses de angústia* ressurge como um recurso teórico relevante para a prática clínica contemporânea e mostra-se pertinente sua revisitação, conforme proposto no quarto capítulo desta dissertação.

2.3 O REGISTRO DO EXCESSO E O TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

Outro registro da expressão do mal-estar contemporâneo levantado por Birman (2014) consiste no registro do *excesso*, cuja marca é percebida, de fato, permeando diversas questões da organização cultural atual, em escala global. Um exemplo disto reside no agravamento dos problemas ambientais e climáticos, associados ao excesso de poluição decorrente de comportamentos voltados ao consumo e à produção acelerada, desembocando em problemáticas cada vez mais preocupantes e evidentes. Nota-se, sobretudo, como a tendência ao excesso parece estar atrelada

à noção de *consumo* e *performance*, demonstrando, assim, uma íntima relação com as classificações diagnósticas do *transtorno de ansiedade generalizada*.

Em virtude deste modo de vida pautado pelo excesso, Birman (2014) lista a tendência a adoecimentos organizados no fundamento do protagonismo da agressividade, das compulsões mais variadas e da hiperatividade. O conceito de *hiperatividade* possui uma íntima aproximação com os critérios diagnósticos dos *transtornos de ansiedade*, a ponto de, muitas vezes, *ansiedade* e *hiperatividade* serem empregadas como sinônimos na comunicação cotidiana para se referir a um ato irreflexivo, um agir sem pensar, uma inquietação.

Birman (2014, p. 82) aprecia que uma expressão de subjetividade pautada na hiperatividade causa o efeito de *inverter* o eixo de gravidade do ser humano, de uma lógica cartesiana de “penso, logo existo” para uma lógica *hiperativa* do “agir, logo existir”. O autor considera que a ação contínua da hiperatividade é como uma forma de *escoamento da angústia* (BIRMAN, 2014, p. 84), pois, durante o agir interminável, o indivíduo ocuparia a sua atenção de modo a não experimentar sua subjetividade e suas angústias em níveis mais profundos. Além disso, esta espécie de *pressa constante*, proveniente da hiperatividade, que leva o indivíduo sempre em direção à ação o aprisiona em repetições infinitas, visto que não propicia *consistência* suficiente para alcançar - e suportar - experiências que possuam um compasso mais delongado de rítmica.

Dentre as possibilidades de aprofundamento na leitura do modo de viver pautado pela hiperatividade, aquelas elaboradas por Han (2017) mostram-se como proeminentes e precisas apreensões da subjetividade contemporânea. Em sua obra *Sociedade do Cansaço*, o autor critica a adesão espontânea, presenciada como uma máxima da subjetividade contemporânea, aos ideais de *performance*, do compromisso com o desempenho e com a produtividade, que são os motores ignitivos das relações de trabalho. Provavelmente estes ideais de *performance* sejam anteriores à era contemporânea, porém são, de fato, potencializados atualmente pelo aceleramento que a tecnologia proporcionou à troca de informação e à capacidade de produção.

Han (2017) nomeia de *positividade* ou *pensamento positivo* a tendência do indivíduo de se organizar pela prontificação e aderência àquilo que lhe é evocado como cultura e ideais a serem seguidos. Em contrapartida, chama de *negatividade* ou de *pensamento negativo* as ações do indivíduo que levam o sujeito à alteridade e à

diferenciação de si em relação à massificação social, fornecendo, assim, uma espécie de fortalecimento de um “sistema imunológico”. Neste sentido, a hiperatividade é apreciada pelo autor como um dos principais sintomas deste “pensar positivamente” (HAN, 2017, p. 12).

A hiperatividade, consequência do *pensamento positivo*, é uma tendência que dissemina comportamentos como a *hiperatenção*, um modo de estar atento que contrasta com a atenção “profunda e contemplativa”, típica dos processos de criação e do desenvolvimento de cultura e da arte. A *hiperatenção* é explicada por Han (2017) como um estado de consciência disperso, com rápida mudança de foco e difuso em diversas atividades paralelas (HAN, 2017, p. 19). Este modelo de atenção seria, de fato, o modo de atenção mais apropriado à organização subjetiva contemporânea: na medida em que a predominância é a do excesso - excesso de estímulos, de informação e de tarefas a serem cumpridas, é necessária uma atenção *difusa*, que procure permear tudo o que se põe como *dever* ao indivíduo. A hiperatenção, contudo, acarretaria em graves efeitos colaterais, à proporção que estimula a *intolerância ao tédio* e inibe a *capacidade de se irar*, conforme explica Han (2017).

A intolerância ao tédio, na concepção de Han (2017), implicaria a infertilidade da criatividade, na medida em que tolerar certo grau de tédio seria fundamental para que haja movimentos de inovações. O autor apresenta uma ilustração para expressar este conceito, feita com base em uma analogia com o ato de caminhar, ao qual haveria algo de entediante: um movimento repetitivo e monótono. Se suportado o tédio gerado pelo caminhar, o sujeito pode, primeiramente, perceber-se entediado, para após, arriscar-se a uma quebra de uniformidade, na forma de um passo diferente, como um passo de dança. Seria necessário, primeiramente, *suportar o tédio*, e, em seguida, *percebê-lo* em suas fontes, e daí arriscar um movimento criador. Isto ocorreria no caso da lógica da *hiperatividade,* todavia, diante do tédio, o sujeito é posto a correr, ou seja, apenas intensifica o mesmo movimento entediante. Este ato de aceleração, além de inibir a criação, aumentaria o sentimento de cansaço e fadiga.

A segunda consequência da *hiperatenção* elencada por Han (2017) diz respeito ao prejuízo na capacidade de se *irar.* O autor a pondera como um afeto potente em essência, desencadeador de revoluções e mudanças vigorosas na vida do indivíduo. Assim como suportar o tédio forneceria a capacidade de ações criativas, a conservação da agressividade até o ponto da *ira* forneceria combustível suficiente

para ações transformadoras. Por sua vez, Birman (2014) também se debruçou sobre a impotência e a repetição provenientes do comportamento hiperativo. Ao invés da ira, Han (2017) salienta que a predominância da *irritação* - um estado de perturbação emocional, forte o suficiente para manter-se constante e perceptível se manifesta na subjetividade contemporânea, porém não se revela forte o bastante para se transformar em *ira* e desencadear transformações (HAN, 2017, p. 29).

É possível verificar estas marcas de mal-estar - o cansaço fruto da hiperatividade, a irritação, a repetição - com frequência em relatos clínicos de pacientes *ansiosos:* os sintomas de irritação, fadiga, dificuldade de concentração e inquietação, que são sintomas classificativos de *transtorno de ansiedade generalizada*. Destaca-se, a seguir, o relato do paciente David acerca de uma promoção que conquistou no trabalho. Embora a notícia fosse aparentemente boa, fora dita de forma desvigorante e cansada, a demonstrar certa apatia:

> David começa a sessão dizendo sobre a promoção que alcançou no trabalho. Penso que, talvez, ele sinta que devesse contar isso ao seu analista, pois não demonstra sinais de animação com a notícia ou com o compartilhar. Quando o analista compartilha sua impressão, o paciente confirma e responde que, para ele, foi apenas “mais uma tarefa da lista” realizada. David pensa no próximo passo: comprar uma casa, é o seu próximo “objetivo”. Objetivo, de fato - mas não um sonho. O paciente fala constrangido que a última vez que se sentiu sonhando havia sido na infância, na casa da avó, quando passavam a madrugada conversando, deitados na cama e com as luzes apagadas, até adormecer.

Ao que parece, a *aceleração* de seu andar monótono o levou a *correr* e alcançar progressos na vida profissional, sem desfrutar, contudo, do movimento criativo de um passo de *dança*. Em síntese, conforme ilustrado pelo recorte clínico, as ponderações de Han (2017) acerca dos desdobramentos da tendência ao desempenho, resultam em certo *empobrecimento* de funções psíquicas que fazem parte da maturação emocional, como a capacidade de *continência* do tédio - que permitiria o sonhar - ou da utilização da ira para sair de estados estagnados.

É possível relacionar estas aferições de Han (2017) com os conceitos elaborados por Winnicott (1945c/2014) referentes ao processo de maturação da experiência afetiva humana. Para Winnicott (1945c/2014), há etapas do desenvolvimento emocional que decorrem da capacidade de integrar, na personalidade, tanto os estados de excitação quanto os estados de relaxamento. A

oposição entre estes dois estados afetivos, se não integradas pelo indivíduo, tendem a levar a dissociações e sentimentos de ansiedade (WINNICOTT, 1945/2014). Neste sentido, observa-se como o descrito por Han (2017) como “efeitos colaterais” da *hiperatenção,* assemelha-se a experiências dissociativas, na medida em que dizem respeito a uma *incontinência* de experiências emocionais de tédio (ou relaxamento, calma) e ira (ou agressividade e apetite).

Para Winnicott (1945c/2014), a *integração* entre as duas experiências opostas dos estados afetivos de excitação e quietude dependem de uma facilitação ambiental, que, se não suficiente, colaboraria na formação de um *falso self*, que implicaria uma vivência psíquica dividida, entre uma vida “secreta” interior, e uma vida exterior - falsa - intensamente voltada à adaptação ao ambiente (WINNICOTT, 1945/2014). No contexto cultural descrito, a adaptação submissa ao ambiente seria a adaptação à lógica do desempenho, às custas da predominância afetiva da futilidade e do vazio, enquanto resta outra parte de si mesmo, secreta e distanciada do contato, a fim de se preservar (WINNICOTT, 1960/1998).

Neste sentido, Castel (1998) elucida que, desde os primeiros anos da época moderna, houve uma espécie de ruptura no estabelecimento de certos suportes e proteção, garantidos aos indivíduos, sob a falsa aparência de uma concessão de *liberdade*. O autor defende que, sem precondições de suporte mínimas, a oferta desta liberdade exerce a função, na realidade, de abandono. Este abandono velado por parte das instituições ao indivíduo, ao longo do desenvolvimento da sociedade pós-moderna, parece ter gerado movimentos de busca de reparações, como as tentativas sindicais em garantir alguma esportividade ao trabalhador, como a seguridade social e os direitos trabalhistas fundamentais.

Portanto, segundo Castel (1998), a não observância, por parte das instituições estatais e públicas, de garantias fundamentais que promovam um grau de relativa independência e autonomia ao indivíduo, é correlato ao que Winnicott apresenta como *falhas* de um ambiente *não amparador o suficiente* para o desenvolvimento emocional de uma criança. Este abandono velado das instituições organizadoras da sociedade ao indivíduo é potencializado na contemporaneidade, alicerçada na lógica descrita por Han (2017) da adesão ao desempenho, ao isolamento do indivíduo, forçado a “se garantir” sem ter uma base de suporte. É possível que esta pressão pela *performance* se relacione intimamente com o grande número de diagnósticos relacionados a *transtornos de ansiedade generalizada*.

2.4 O REGISTRO DA INTENSIDADE E O TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

Conforme visto até aqui, as mudanças que ocorrem em elementos fundamentais da subjetividade contemporânea, em comparação com aqueles eleitos por Freud (1929) como os principais elementos constitutivos do mal-estar em cultura, foram organizados por Birman (2014) a contar de três registros: o corpo, o excesso e a intensidade. Com efeito, Birman (2014) posiciona o registro das *intensidades,* o último apresentado, como um registro de mal-estar intimamente vinculado à noção e ao estatuto do trauma da clínica psicanalítica, reforçando o que Kupermann (2006), em diálogo com texto de Marcuse e a *sociedade sem pai*, considera como a experiência subjetiva do desamparo, representando assim a “era do abandono e da insensibilidade”. De fato, o estatuto do trauma e das neuroses traumáticas foram pouco aprofundado por Freud (1929) em seu escrito sobre o mal-estar na civilização, cuja exposição argumentativa se pauta, principalmente, pela lógica do conflito neurótico.

Birman (2014) expõe como fator centralizador da experiência cultural da *intensidade*, dentre outros aspectos, as mudanças ocorridas na forma como o indivíduo contemporâneo experimenta o *tempo*. A função temporal fornece importante contributo para a construção da subjetividade humana, na medida em que atua como um *organizador* da vida psíquica - de memórias, afetos e fantasias - em algo lógico e sequencial, exercendo, assim, a “transformação do instante numa continuidade modulada” (BIRMAN, 2014, p. 101). É evidente como as transformações da sociedade atual, oriundas das revoluções tecnológicas, transformaram intensamente a relação do indivíduo com o tempo, apesar de “tempo” ser uma noção abstrata. A inserção no cotidiano, não passível de regresso, de aparatos tecnológicos como o aparelho celular *smartphone*, gerando *possibilidades* de conexões instantâneas, a qualquer momento, resultam em efeitos nocivos, como a eterna sensação de “não conseguir desligar”, levando o indivíduo contemporâneo a ter uma relação inédita, e geradora de diversas modalidades de mal-estar, com a função temporal.

Se se pensar os fatores *tempo* e *espaço* como organizadores da experiência humana, o impacto que o contínuo diálogo destes dois exerce se mostra através da relevância em se demarcar ciclos e eventos importantes, como a mudança das

estações climáticas, o nascimento, o aniversário, a morte etc. São eventos que se repetem de modo relativamente organizado ou que se datam em determinado ponto fornecendo, assim, uma espécie de contingência ao ser humano. Kato (2012) discorre como o modo humano de relacionar-se com o tempo pode diferir a depender de qual seja a cultura predominante do indivíduo, como, por exemplo, a cultura judaico-cristã tende a representar o tempo como um contínuo *linear*, iniciado a contar de datas históricas para esta cultura e com um marco de fim também expectado. Ao passo que, na cultura grega, Kato (2012) esclarece como a noção de *ciclo* e o retorno a uma posição inicial desembocam em diferentes explícitas entre estas duas organizações culturais e os modos de expressarem a subjetividade.

É dentro, portanto, no *temporalizar* a experiência subjetiva, que as possibilidades de *simbolizações de afetos* intensos se mostram mais propícias a acontecerem. Do contrário, há maiores chances de que ao não se encaixar numa sequência organizada, esta experiência afetiva *se repita*, de forma invasiva e traumática, diferenciando-se da repetição neurótica, essencialmente, pela crueza - ou *intensidade* - dos afetos no primeiro caso. Esta intensidade, muitas vezes, expressa como *crueldade*, mostra-se claramente nas sessões do paciente Adriano. Em certa sessão, o paciente relata, sucintamente, a relação com o tempo e a dificuldade de simbolizar certos episódios:

> Eu quero fazer meu tempo render porque sei que não tenho muito tempo de vida. Então, *tô* me organizando pra isso, nem sempre é fácil e as pessoas não colaboram, mas eu quero deixar pelo menos alguma coisa pra quando eu for. Isso me faz pensar no Lúcio do amigo que se suicidou)... eu sempre me pergunto, e se eu tivesse falado com ele antes, se estivesse presente no dia do acontecimento... percebo como tudo parece me levar de volta à memória dele, porque eu me identificava muito com ele.

A dificuldade de “datar”, ou seja, marcar no tempo, simbolizar e encerrar, relativamente, certas experiências, é uma característica central do *transtorno de estresse pós-traumático*. Birman (2014) pontua como, de modo geral, haveria tendências ao sujeito contemporâneo de experimentar níveis deste descompasso no modo de experimentar o tempo, devido às transformações ocorridas no modo da sociedade organizar-se atualmente. Nos termos do autor, esta maior *insegurança simbólica* acarreta maior “imprevisibilidade e instabilidade dos códigos simbólicos oferecidos” (BIRMAN, 2014, p. 104), remetendo, assim, para que a estrutura clínica

do *trauma* seja colocada em relevância no cenário psicopatológico da contemporaneidade. Convém considerar como, em certas situações, fica ainda mais agravada esta dificuldade de simbolizar, sobretudo se se pensar em situações traumáticas por natureza.

Nesta lógica fica evidente a necessidade de abertura para a apreciação de uma oferta clínica que expande a noção de oferta de *interpretação*, na prática psicanalítica, posto que esta via seria mais apropriada com base na constatação de sintomas criados recalque, sendo que a experiência do *trauma*, conforme é possível verificar em autores como Ferenczi e Winnicott, é orientada a partir de outras lógicas. Deste modo, o tipo de *angústia* experimentado pelo indivíduo que experimenta a *intensidade do trauma* corresponderia à chave da *angústia automática*, da segunda tópica da teoria da angústia freudiana, conforme será visto no próximo capítulo, que trata das questões metapsicológicas acerca do estatuto da angústia para o autor. Enquanto as noções de *angústia automática* e a *experiência traumática* não foram aprofundadas por Freud, foram tratadas por diversos autores pós-freudianos, com ênfase para Ferenczi. Klein (2016a, p. 96) relaciona a experiência afetiva da *angústia automática* à noção ferencziana de *retorno do clivado*, ou seja, uma experiência de abandono traumático, que remonta à não elaboração da dor e da angústia, levando o indivíduo sempre a repetir a mesma experiência traumática, carecendo de “novos coloridos” no tocante ao episódio que lhe retorna (APA, 2014, p. 266).

2.4.1 Observações

Ao longo deste capítulo, pretende-se dedicar leituras de aspectos que permeiam a subjetividade contemporânea, no intuito de fornecer maior contorno subjetivo daquilo que, a princípio, é oferecido pelo discurso psiquiátrico do *pragmatismo nosológico* como a constatação sintomática de *transtornos de ansiedade.* Para tanto, a utilização da chave conceitual do *mal-estar*, da teoria psicanalítica, atualizada por de Birman (2014), serviu como eixo condutor primordial, abrindo espaço para uma leitura psicodinâmica acerca destas demandas. Todavia, não pode ser reduzida a compreensão de *mal-estar na cultura* às manifestações dos transtornos de ansiedade, podendo abranger diversas outras modalidades contemporâneas do sofrimento causado pela condição cultural.

Evidencia-se, principalmente, como há uma forte influência do modelo discursivo psiquiátrico do *pragmatismo nosológico* (PEREIRA, 2017) na tendência em reduzir estes elementos de mal-estar em *sintomas de patologia,* fornecendo, em seguida, caminhos de cura e melhora performática, com base nas diretrizes próprias deste modelo de intervenção terapêutica. Seguindo os pontos trabalhados ao longo deste capítulo, nota-se como a predominância de uma noção de saúde como bem de consumo, centrada em uma visão de corpo como "único e último bem de valor" (BIRMAN, 2014, p. 70), levam o sujeito contemporâneo a ver na proposta de uma intervenção que *assegure* mais "saúde", como algo positivo e desejável. A proposta psiquiátrica do *pragmatismo nosológico* também dialoga com a lógica do *desempenho,* na medida em que a "psiquiatria cosmética" promete não só o restabelecimento da saúde, mas mesmo possíveis *aprimoramentos* na *performance*. Por fim, a própria dispensabilidade de *simbolizar*, ou seja, falar sobre si e sobre sua dor, é a proposta terapêutica da terapia psicanalítica, também pode se demonstrar como um fator convidativo ao sujeito contemporâneo, na medida em que este, de maneira geral, pode ter dificuldade de *simbolizar*.

Por conseguinte, a oferta dos diagnósticos de *transtornos de ansiedade* e sua consequente tratativa *pragmática*, mostra-se como uma via acessível, apesar de reducionista, para representar aspectos do *mal-estar* e da subjetividade contemporâneas. No sentido oposto, a ideia de *tratamento,* para os preceitos psicanalíticos, pouco precisa como um todo, pode levar a psicanálise a movimentos de *marginalização.* Birman (2014, p. 64) é categórico ao dizer que, no cenário atual, a prática psiquiátrica leva vantagem sobre a psicanálise, posto que esta "derrapa nas múltiplas tentativas" de explicar as transformações em cena, enquanto a psiquiatria se "vangloria" de sua eficácia frente aos modos de sofrimento psíquicos da atualidade.

A oposição existente entre grande parte do discurso psiquiátrico e o discurso psicanalítico, contudo, não se iniciou recentemente, possui um considerável percurso histórico, envolvendo momentos tanto de maior aproximação e diálogo entre as duas práticas clínicas, quanto de afastamento. Atualmente, parece haver uma tendência à separação, estimulada por ambas as partes. Neste sentido, verifica-se como a predominância na escolha de um termo ou de outro, para falar sobre o afeto protagonista em diversas formações psicopatológicas - *angústia* ou *ansiedade* - pode simbolizar esta oposição, que é mais profunda do que apenas semântica.

3 ANSIEDADE OU ANGÚSTIA? FRONTEIRAS ENTRE A PSICANÁLISE E A PSIQUIATRIA

> Existem muitos assuntos e muitas razões para o intercâmbio espiritual entre homens, cujos conceitos fundamentais têm o cunho do idealismo, e dos quais um foi levado, pelo seu caminho formativo, a considerar a matéria como o pecado original do espírito, ou como uma perigosa excrescência dele, ao passo que o outro, se acostumou a ensinar o caráter secundário da enfermidade orgânica. (...) Talvez palestrassem, baseados no tema de conferências em curso, sobre o amor como fator patogênico, sobre a natureza metafísica dos indícios, sobre focos "antigos" e "recentes", sobre venenos solúveis e filtros de amor, sobre a iluminação – do inconsciente, a bênção da análise das almas e a reversão dos sintomas (...) Por outro lado, agora já não conversavam mais. (MANN, 1924, p. 239)

Uma das principais dificuldades do observador, ao deparar-se com a problemática da ansiedade contemporânea, é conseguir diferenciar aquilo que é chamado de ansiedade daquilo que é chamado de angústia. Parece haver uma diferença tácita entre o uso atual destas duas palavras, mas também parece ser difícil delimitar as fronteiras destas diferenças. Se se buscar esta delimitação nos diversos campos do conhecimento humano, encontram-se explicações plurais sobre a angústia ou ansiedade, onde cada campo focaliza em uma perspectiva própria sobre o afeto. Todavia, é possível extrair, de cada uma destas explicações, certas características essenciais, que tendem a se repetir.

Dentre estas características essenciais, o aspecto de *indeterminação* está presente no afeto, bem como o caráter de *antecipação* de preocupações e medos - esta segunda característica consiste na principal descrição encontrada no DSM-5 sobre a *ansiedade* dos *transtornos de ansiedade* (APA, 2014, p. 189). e também uma das descrições clássicas apresentadas por Freud, em *Inibições, Sintoma e Angústia* (1926).

Buscando as raízes etimológicas, há o levantamento em diversos autores (PICHOT, 1996 apud VIANA, 2010; PEREIRA, 1997; ROCHA, apud 2000 SIMONETTI, 2010) de que a origem de ambos os termos - angústia e ansiedade - derivam da mesma raiz grega, *agkhô* (*αγχθ*), palavra correspondente à experiência do sufocamento, estrangulamento. A partir do termo grego, ramificaram-se, no latim, dois verbetes separados: *ango e anxio* - *angústia e ansiedade* em português, respectivamente; *angoisse e anxiété* em francês; *anguish e anxiety* em inglês. O *Dicionário Latino-Português* de Torrinha (1942) define *ango* como "comprimir, apertar,

física ou moralmente, e angústia”; enquanto que *anxietas e anxio* são definidas como “ansiedade; inquietação; desassossego; incômodo angustiante; cuidado escrupuloso, escrúpulo”.

Parece ser razoável tratar os dois termos como sinônimos, embora, do ponto de vista da prática cotidiana clínica, haja uma tendência a preferir um termo em detrimento do outro, sem uma explicitação dos critérios empregados. Ou seja, se é psicanalista, prefere chamar de angústia; se é psiquiatra ou psicólogo de outras linhas, prefere chamar de ansiedade. Enquanto que, no manual DSM-5 (2014), não se encontra a palavra “angústia” entre as descrições das categorias de *transtornos de ansiedade*, que é utilizada em outros quadros de diagnóstico, como nos transtornos de depressão ou nas compulsões; apesar de deixar implícita uma diferenciação, não a esclarece. Para compreender a preferência implícita de ambos, no modo de nomear este afeto, que possui protagonismo no campo da psicopatologia, é necessário adentrar o percurso histórico que, de certo modo, constrói as fronteiras entre estes dois campos do saber.

Para Castel (1987, p. 97), a psicanálise ocupou, desde os seus primórdios, uma inequívoca posição política de “papel de freio ao desenvolvimento” de uma linha radical de objetividade nas abordagens psiquiátricas, alinhadas ao *pragmatismo nosológico*, que procura direcionar um tratamento clínico onde se excluam fatores subjetivos, como a relação transferencial e o vínculo terapêutico. Em oposição, o autor também pontua como houve correntes psicanalíticas que se enrijeceram na intenção de “encarnar a verdade da crítica política da psiquiatria” (CASTEL, 1987, p. 26), fazendo expandir o que seria uma divergência pragmática para um conflito de cunho igualmente político. Castel (1987a), ao expor o quadro relacional entre estes dois discursos, apresenta um problema, ainda atual, que também oferece luz para compreender a pouco explicada, por ambos os campos do saber, distinção entre o uso dos dois termos - *angústia* ou *ansiedade*, pois há, neste tópico, um histórico de contraposições entre as duas disciplinas.

Mesmo considerando que a preferência pela utilização dos termos simboliza uma separação política e epistemológica que possui seus motivos de ser entre estes dois campos do saber, a história desta separação possui atributos concernentes para aprofundar no entendimento destas escolhas semânticas. Este percurso histórico é atravessado por uma lógica de *estabelecimento de fronteiras* - ora mais rígidas, ora mais fluidas - entre a psicanálise e a psiquiatria, que se apresenta a partir de

movimentos de emancipação da prática psiquiátrica a outros campos do saber, sobretudo após os avanços do campo farmacológico, assim como os desdobramentos das traduções da obra freudiana para outros idiomas, com predomínio no francês e no inglês, conforme ocorreu a expansão territorial da psicanálise. O apoio do estado da arte deste percurso será feito, principalmente, tendo em vista os estudos realizados por Simonetti (2010) e Viana (2010) acerca do tema, com apoio de Quinodoz (2010), Steiner (1987) e Klein (2016a).

3.1 ANGÚSTIA E A ANSIEDADE NA PSIQUIATRIA: PERCURSO HISTÓRICO DA TERMINOLOGIA

Para investigar sobre os possíveis critérios de adequação em como se nomear a experiência afetiva da angústia/ansiedade, é preciso adentrar no percurso histórico da psicopatologia, que se inicia com a prática psiquiátrica. Neste sentido, Simonetti (2010) apresenta uma organização acerca das distinções propostas, sobre quais experiências afetivas seriam mais adequadas em nomear como *angústia* e quais seriam mais adequadas para nomear como *ansiedade*. Em seu levantamento, o autor distingue três posições diferentes no modo de utilizar os dois termos: a *posição francesa,* a *posição psiquiátrica e* a *posição psicanalítica* (SIMONETTI, 2010, p. 28).

Nestas três posições, Berrios (2008 apud SIMONETTI, 2010) utiliza os seguintes critérios: para melhor escolher o termo adequado se angústia ou ansiedade, é preciso que, para cada termo, proponha-se a apreensão de fenômenos distintos, amparados em uma fundamentação teórica. Segundo estes critérios, conclui-se que, nas três posições propostas, apesar de haver propostas explícitas de uma diferenciação entre os termos, as distinções são “distinções-fracas” (SIMONETTI, 2010, p. 136), ou seja, não atingem, suficientemente, os critérios técnicos de distinção citados anteriormente. Deste modo, a conclusão de Simonetti (2010) é que as utilizações do uso dos dois nomes seriam pautadas em fatores mais arbitrários e históricos do que técnicos. Todavia, considera-se como relevante a contextualização do desenvolvimento histórico destas posições, no sentido de auxiliar na compreensão de que modo tais fatores arbitrários ganharam força para ditar as separações semânticas presentes na atualidade.

A chamada posição francesa refere-se à certa corrente da prática psiquiátrica do final do século XIX do território. Esta posição é liderada por E. Brissaud, aluno de Charcot, que propõe uma diferenciação para o emprego dos termos *angoisse* (*angústia)* e *anxiété (ansiedade)* a partir da observação da natureza dos sintomas: usaria-se angústia para indicar expressões afetivas onde predominassem os sintomas físicos - as palpitações, as dificuldades respiratórias, os ataques gástricos etc. Por oposição, o termo ansiedade, descreveria expressões afetivas e quadros clínicos em que predominassem a aflição, o temor, a preocupação excessiva, ou seja, sintomas com menor implicação fisiológica. Esta proposta de nomenclatura é retratada no seguinte relato clínico de Brissaud (1902), em seu artigo clínico nomeado *Angoisse sans Anxiété* (*angústia sem ansiedade*) : "depois de mais de uma centena de ataques de forte dor torácica, conservou uma atitude filosófica, nunca desenvolveu tristeza ou pânico" (BERRIOS, 1996/2002, p. 344 apud SIMONETTI, 2010, p. 19).

Brissaud, que teria se afastado de Charcot devido a divergências epistemológicas, fundamenta na publicação citada acima sua proposta diagnóstica em separar o que se nomeia de angústia e o que se nomeia de ansiedade. Berrios (1996/2002) entende que esta separação terminológica visava, a fundo, encontrar caminhos clínicos onde seria possível tratar episódios de sintomas físicos da angústia apenas intervindo no corpo, separando assim, completamente, a prática orgânica da psiquiatria de qualquer outra prática possível (p. 272). Esta proposta terminológica encontrou aderência na tradição psiquiátrica do país até, aproximadamente, a década de 1950. É a partir desta data que Juliette Favez-Boutonier fomenta o debate acerca da finalidade do emprego desta separação. Para Favez-Boutonier, distinguir duas categorias nosológicas a partir da predominância sintomática, em se tratando de expressões de angústia, seria "artificial", na medida em que a expressão afetiva da angústia, observada com cuidado, poderia ser encontrada tanto no corpo, como no comportamento (SIMONETTI, 2010, p. 23).

Neste sentido, Favez-Boutonier propõe o emprego exclusivo do termo *angoisse* para denominar a categoria psicopatológica desta experiência afetiva como um todo. Nota-se como a proposta terminológica de Favez-Boutonier, que adquire aderência na prática psiquiátrica da época, ressoava com uma diretriz clínica norteada pela intervenção que considera tanto os aspectos fisiológicos e genéticos da psicopatologia como seus aspectos psicodinâmicos, que se pautavam amplamente, na emergência da teoria psicanalítica. É esta a posição consolidada da chamada

posição francesa, conforme delineia Simonetti (2010). Esta posição demonstra, no interesse em considerar-se o aspecto psicodinâmico da formação patológica da angústia, um passo de aproximação que parte da psiquiatria francesa dá em direção à teoria psicanalítica.

A segunda posição organizada por Simonetti (2010), chamada posição psiquiátrica, possui intenções e diretrizes clínicas opostas. Ou seja, nesta posição, há um movimento de afastamento da psiquiatria com relação à psicanálise e ao psicodinamismo como um todo. Este afastamento é marcado pela proposta semântica em se utilizar, exclusivamente, o termo *anxiété* para referir-se aos fenômenos psicopatológicos desta expressão afetiva. Esta nova proposta é liderada por Henri Ey (1900 - 1977), adepto e entusiasta da modernização psicofarmacológica como fonte de recursos para emancipar a prática psiquiátrica de outras práticas psicoterapêuticas. Para Simonetti (2010), a posição psiquiátrica inaugura o “tempo da ansiedade” (p. 26), chamado desse modo por ser então o estilo predominante culturalmente, demarcando tanto a utilização preferencial do termo ansiedade como certa predominância organicista na prática psiquiátrica como um todo. Todavia, é importante ressaltar que o movimento de aproximação da psiquiatria para com o psicodinamismo, delimitados na posição francesa, manteve-se com a sua relevância e atuação, atuando como ponto de resistência à uma totalização psicofarmacológica e organicista da psiquiatria.

Esta iniciativa de privilegiar o termo *ansiedade*, em concomitância com as diretrizes clínicas que a segue, é possível de ser vista também em associações psiquiátricas norte-americanas, que passaram a privilegiar esta proposta semântica. Viana (2010) elucida como a reforma na psiquiatria norte-americana, demarcada historicamente pelas profundas mudanças estruturais no manual psiquiátrico DSM, a contar de sua terceira edição, ocorridas na década de 1980, sedimenta de forma mais intensa o distanciamento estabelecido entre a psiquiatria e a psicanálise. A autora cita diversas autoridades como Karl Menninger, Robert Spitzer, Endicott e Thomas Szasz (VIANA, 2010, p. 92), que fomentaram movimentos de reforma na prática psiquiátrica visando, assim, a melhor “demarcação de terreno” do que era psiquiatria e do que eram ciências sociais, com a finalidade de alcançar um modelo “mais médico” e “convencional” de psicopatologia, focado em apresentar descrições “ateóricas” e técnicas (VIANA, 2010, p. 96).

De fato, o distanciamento pretendido pela psiquiatria, entre o seu campo de atuação e as ciências psicológicas que teorizam sobre o dinamismo do psiquismo,

sobretudo a psicanálise, é verificável em diversos exemplos dentro das versões mais atuais do manual DSM. No que se refere à utilização *terminológica,* talvez aquela mais notável seja a troca na nomeação de *neurose* para *transtornos*, para referir-se às categorias e classificações diagnósticas de doenças mentais. Neste sentido, a observação anterior estabelecida neste trabalho a respeito da abstenção do uso da palavra *angústia* nas classificações dos *transtornos de ansiedade* aponta para a mesma intenção de separação entre o que é psicopatologia psiquiátrica e o que é psicopatologia psicodinâmica.

É fundamental contextualizar, todavia, como em concomitância com esta frente reformista do movimento psiquiátrico, houve também mudanças *espontâneas* na subjetividade humana como um todo, que levaram a teoria psicanalítica, ainda amparada pelos princípios legados por Freud, a não corresponder mais, com tanta aderência, às demandas clínicas de sofrimento emocional. Sob essa premissa, Birman (2014) explicita não ter sido apenas o intermédio da clorpromazina que fortificou a psiquiatria moderna, mas também o espaço deixado para psicanálise norteada por uma subjetividade não mais em vigência predominante.

Em relação ao percurso histórico da psicopatologia psiquiátrica sobre a utilização dos termos *angústia* ou *ansiedade*, levantado por Simonetti (2010), ressaltam-se tentativas de definir critérios para o aproveitamento dos dois termos, ou de se utilizar somente um dos termos, resultando em uma exclusão sistemática do termo preterido. No estudo do autor, há ainda a apreciação da chamada *posição psicanalítica*, tomando como referencial a obra de Freud. Nesta posição, não haveria distinção técnica entre *angústia e ansiedade,* tomando-os por sinônimos, mas com preferência para a adoção do termo *angústia*.

Observa-se, contudo, que esta regra parece ser reducionista em excesso, visto ser possível averiguar uma predominância, nas traduções e nos autores de língua inglesa, do uso termo *anxiety* (*ansiedade*), ao invés do correlato inglês *anguish* para angústia. Neste diapasão, compreende-se como a problemática da escolha por utilizar dos termos *angústia* ou *ansiedade*, em terreno psicanalítico, depende primordialmente do modo como se escolheu traduzir a *Angst* original de Freud, em especial durante os momentos iniciais da expansão psicanalítica, destacando-se as traduções para o francês e o inglês, conforme anteriormente mencionado. É relevante contextualizar, com um pouco mais de profundidade, não só como se efetuaram as traduções iniciais da obra freudiana, bem como as problemáticas presentes até nos dias atuais.

3.2 AS TRADUÇÕES DA *ANGST* FREUDIANA PARA O INGLÊS E PARA O FRANCÊS

Enquanto é possível verificar, na história da psicopatologia psiquiátrica, movimentos plurais que ora delimitam a utilização dos termos *angústia* ou *ansiedade* por critérios de sintomatologia, ora por critérios de diretrizes clínicas, no campo de saber psicanalítico, observa-se como o fator crucial para a escolha no uso do termo refere-se à tradução das obras de Freud. Há uma particularidade importante, que participa das especificidades dos caminhos tomados pelos tradutores pioneiros: na língua alemã não possuir, no termo *Angst,* uma ramificação correspondente entre *anxiety* e *anguish* ou *angoisse e anxiété*. Houve, mesmo assim, uma predileção distinta nas primeiras traduções: preferiu-se *angoisse - angústia,* na tradução francesa; e *anxiety - ansiedade,* na tradução inglesa.

De acordo com Simonetti, a predileção não parte de Freud, que, ao escrever o artigo *Obsessões e Fobias* (1895), publicado em francês, adota tanto *angoisse* quanto *anxiété,* para referir-se ao original *Angst* (SIMONETTI, 2010, p. 73). Contudo, a preferência pelo uso de *angoisse* é patente e notável em grande parte dos autores psicanalistas de tradição francesa, em detrimento da escolha de *anxiété*, levando o observador a se indagar quais poderiam ser os motivos desta preferência. Quinodoz (2010) estuda o impacto que as traduções para o francês geraram, principalmente as primeiras. As consequências não seriam só linguísticas, mas prática, técnica e de continuidade da teoria psicanalítica na França.

Quinodoz (2010) considera as primeiras traduções oferecidas, na década de 1920, por Yves Le Levay e Edouard Claparede, feitas com “grande liberdade” para as adaptações dos conceitos traduzidos do original, visto que os primeiros tradutores da obra freudiana para o francês não eram psicanalistas em exercício. Posteriormente, entre 1928 e 1935, ou seja, a partir das traduções da obra de Freud realizadas por Marie Bonaparte, em conjunto com Gallimard, estas passaram a ter proximidade com a prática viva da psicanálise à época.

Neste sentido, Quinodoz (2010) pontua como estes possíveis “desvios teóricos” iniciais podem ter sido causados no intuito de contornar um movimento de oposição às ideias de Freud, seja por parte de uma psiquiatria com “atitudes neurológicas”, seja por uma parte acadêmica com forte tradição positivista-cartesiana.

O autor considera, ainda, que pode ter influenciado a resistência inicial às ideias freudianas o crescente nacionalismo que se verificava com a fermentação da guerra, causando, assim, maior rejeição ao autor de língua alemã. Portanto, a recusa pelo termo *anxiété* pela corrente mais tradicional da psicanálise francesa está vinculada tanto a certa herança de uma disputa antiga, entre Boutonier e Henri Ey, sobre *de que modo* tratar a psicopatologia, como também a particularidades da história da tradução da obra freudiana no país, restando na palavra *angoisse* a síntese da preferência epistemológica.

Enquanto a corrente psicanalítica de tradição francesa parece demonstrar a preferência pelo termo *angoisse* a sua oposição em face da psiquiatria do *pragmatismo nosológico*, nas traduções da obra freudiana para o idioma inglês, pelo contrário, é possível constatar intenções expressas, dos primeiros tradutores, de se aproximarem do vocabulário psiquiátrico. Dentre as traduções para o inglês, uma das primeiras e, talvez, a mais relevante seja a notável *Standard Edition*, realizada por J. Strachey com o apoio de Ernest Jones, edição que também serviu de base para as primeiras traduções da obra freudiana em diversos países, inclusive no Brasil.

Cabe sublinhar que, na prática editorial brasileira, as edições que foram traduzidas após a referida edição *Standard* das obras de Freud, a palavra escolhida para *Angst* é *ansiedade,* em continuidade à escolha do tradutor Strachey, por *anxiety*. Em contrapartida, a chegada ao mercado editorial de novas edições da obra de Freud trouxe muitas delas feitas diretamente do idioma alemão, cuja preferência, quase absoluta, traduziu a *Angst* freudiana por *angústia.*

A escolha de Strachey para traduzir *Angst* como *anxiety* é explicada em nota de apêndice *O Termo Angst e sua Tradução Inglesa* (FREUD, 1894c/1976). Expõe, nesta nota, as dificuldades em traduzir corretamente a *Angst* de Freud, posto que a tradução direta seria impossível e qualquer escolha implicaria em perdas de significância do original. Strachey justifica a escolha por *anxiety* no sentido de alinhar-se ao "uso tradicional” do termo vigente na época da prática médica. Nesta lógica, Steiner (1987) acrescenta, em artigo que critica as traduções feitas por Strachey, como existiriam intenções por parte do tradutor de apresentar à psiquiatria dominante da época um “Freud cientificamente aceitável”, algo que poderia ter influenciado a escolha de diversos termos nas traduções para o inglês - incluindo a preferência por *ansiedade/anxiety*.

Cabe ressaltar que, apesar da escolha de traduzir a *Angst* freudiana como *anxiety* sinalizar positivamente para uma psiquiatria voltada para o *pragmatismo nosológico* e esta tradução ter sido mantida até atualmente não significa que, em termos de elaboração teórica e utilização de conceitos, os autores de língua inglesa deram continuidade aos desejos do tradutor de aproximação entre os dois campos do saber referidos. A profunda contribuição ao arcabouço teórico-psicanalítico realizada por autores de origem inglesa, como M. Klein, D. Winnicott ou W. Bion, deixa evidente a continuidade, na escola inglesa de psicanálise, por privilegiar os aspectos fundamentais da teoria psicanalítica, como a teoria do inconsciente, a realidade profunda do intrapsíquico, as fases do desenvolvimento etc. A título de ilustração, cita-se um trecho de Winnicott (1964g/1999), ao falar sobre a depressão e o humor deprimido, onde deixa claro sua posição sobre a força dos fatores intrapsíquicos e das relações objetais na flutuação dos afetos de um indivíduo, afirmando que “não são os tranquilizantes que fornecem alívio” (WINNICOTT, 1964/1999, p. 64) nos quadros de depressão contínuos.

Sendo assim, ao passar pelas traduções inaugurais, a *Angst* de Freud não apenas perde algo de seu significado original, intransportável, como frisado por Klein (2017), como também pode ter sofrido um acréscimo de significações, com base nas intenções dos tradutores. O resultado destas traduções pode, em certo nível, ter intensificado as já intensas fronteiras, não só entre a psicanálise e a psiquiatria, mas *intrapsicanalíticas*, dentre as diferentes escolas, de diferentes ramificações pós-freudianas.

3.2.1 Considerações

Com o fito de compreender melhor o percurso histórico que separa os campos da psiquiatria e da psicanálise, marcado simbolicamente, neste recorte, pela escolha das palavras *ansiedade* e *angústia,* entende-se que o uso preferencial dos termos possui raízes históricas em movimentos de separações entre objetivos de diretrizes clínicas. Por parte da psiquiatria, observa-se como houveram, seja explicitamente, como no uso exclusivo do termo *anxiété (ansiedade)*, seja implicitamente, como na exclusão da palavra *angústia* na categoria de *transtornos de ansiedade* do DSM-5, movimentos que intencionavam maior autonomia e separação de outras ciências psicológicas, restando a psicanálise como seu maior alvo de separação.

Do mesmo modo, a preferência pela utilização de *angústia,* por boa parte da prática psicanalítica, como observável nas escolas de língua latina, pode ser explicada como a manutenção de escolhas de tradução inicial da obra de Freud, mas não exclusivamente. Também é importante considerar que há - assim como houve no momento das traduções iniciais - na predileção psicanalítica do uso da palavra *angústia,* a intenção de conservar os sentidos originários da teoria psicanalítica, também se distanciando dos ditames do discurso psiquiátrico. Todavia, a preferência encontrada nos autores de língua inglesa pela utilização do termo *anxiety*, escolhida desde as primeiras traduções de *Angst* para o idioma inglês, não implica uma espécie de aceitação das premissas psiquiátricas de entendimento clínico e teórico por parte destes autores psicanalíticos. Como pontuado por Klein (2017b, p. 688), o próprio trabalho analítico funciona como um “ato de tradução”, tornando-se vulnerável a sofrer influências do inconsciente do analista-tradutor. Resta verificável como o modo de nomear, atualmente, o afeto da angústia/ansiedade, também possui uma influência indireta de questões mais “inconscientes”, tangenciadas a partir da problemática das fronteiras e das interseções das diversas escolas de psicanálise, bem como da transmissão do conhecimento psicanalítico.

A preferência pelo uso de *angústia* ou *ansiedade*, no vocabulário de ambos os campos, tornou-se um símbolo de separação entre a psiquiatria e a psicanálise - importante de existir, cabe ressaltar, porquanto se trata de epistemologias autônomas entre si - esta separação pode confundir o que seria um espaço de cuidado clínico a um campo de disputas políticas por territorialidade. No que tange a problemática do crescente número de diagnósticos e popularização dos *transtornos de ansiedade,* este dado evidencia uma manifestação contemporânea de sofrimento humano que toma emprestado do vocabulário psiquiátrico, por ser aquele predominante na atualidade, para dizer sobre um *modo* de sofrer, que possui sua verificabilidade. Deste modo, não seria viável à psicanálise dispensar a abertura para compreender o fenômeno que se apresenta, à primeira vista, sob a roupagem do diagnóstico psiquiátrico de *transtornos de ansiedade*, ponderando se tratar, em essência, de modos de sofrer. Válido ressaltar, contudo, que não se altere, para tanto, os pressupostos fundamentais de sua prática e sua ética, mantendo sua originalidade e suas contribuições próprias.

Por conseguinte, a maior abertura, na prática clínica, a muitas inovações que já foram trazidas por diversos autores, como é o caso daqueles organizados no chamado *Estilo Empático* (KUPERMANN, 2006b), possibilitaria uma nova

compreensão dos fenômenos clínicos contemporâneos, para além da dicotomia rígida entre *transtorno mental,* por parte do discurso psiquiátrico, ou *neurose de transferência,* por parte do discurso psicanalítico. De fato, pensar em estilos de psicanálise que abram espaço para algo *complementar* à psicanálise mais tradicional tem se mostrado como um caminho importante no manejo clínico das demandas de sofrimento emocional da atualidade. O norteamento dos próximos capítulos desta dissertação visa, dentro do campo da obra de Freud e de Winnicott, as concepções metapsicológicas fundamentais do que seria, para estes autores, a *angústia e a ansiedade* e seus papéis no psiquismo, assim como pensar as propostas e os objetivos clínicos propostos, a depender da *natureza* e *fonte* destas expressões de angústia, que podem diferir.

4 A *ANGST* FREUDIANA E AS NOÇÕES PRIMORDIAIS DA ANGÚSTIA NA TEORIA PSICANALÍTICA

> Não necessito apresentar-lhes a angústia em si; cada um de nós já experimentou essa sensação, ou, melhor dizendo, esse estado afetivo (FREUD, 1915/2018, p. 519).

Conforme se tem visto, a chave de leitura dos *transtornos de ansiedade* compreende e diagnostica algumas modalidades de sofrimento que podem ser lidas, também, com outras chaves teóricas de compreensão da expressão subjetiva do sofrimento, fornecendo, assim, maior abertura para a apreensão do fenômeno das manifestações de angústia e ansiedade da contemporaneidade. Faz-se justificável esta abertura de leitura na medida em que a predominância de um modo objetivo do discurso do *pragmatismo nosológico* deixa faltante a necessidade de se olhar o fenômeno da angústia com mais profundidade subjetiva.

Para iniciar uma revisão bibliográfica da obra freudiana sobre a angústia, é preciso observar como os escritos de Freud em relação a este tema, presente desde o início de sua obra, passaram por importantes reformulações, conforme apreendia percepções novas e avançava na consolidação da psicanálise. Neste sentido, é consensual a classificação da teoria freudiana referente à angústia em dois momentos: a *primeira* teoria da angústia, onde as explicações metapsicológicas sobre o afeto podem ser encontradas em *Neuropsicose de Defesa* (1894b), e a *segunda* teoria da angústia, inaugurada a partir do texto *Inibições, Sintoma e Angústia* (1926). Entre estes dois textos basilares, concentrados no estudo das manifestações da angústia provenientes da experiência da clássica neurose de transferência, há o estatuto da neurose de angústia, categoria das *neuroses atuais*, que possui, segundo o autor, uma natureza divergente na formação etiológica da psicopatologia.

Visando então compreender o espaço geral da angústia na teoria freudiana e a proposta clínica promovida pelo autor perante a manifestação patológica deste afeto, revisam-se os seguintes escritos: *Sobre os Fundamentos para Destacar da Neurastenia uma Síndrome Específica Denominada Neurose de Angústia* (1894a), no qual o autor apresenta a entidade clínica da *neurose de angústia*, para em sequência, a partir de *Neuropsicoses de Defesa* (1894b) e *Inibições, Sintoma e Angústia* (1926d),

compreender o papel metapsicológico da angústia nas estruturas de neuroses de transferência, objeto de maior dedicação teórica do desenvolvimento da psicanálise freudiana. Em conjunto com a revisão teórica dos aspectos metapsicológicos, também foram revistas as possibilidades clínicas delineadas por Freud acerca do modo de lidar com a angústia, nestas diferentes manifestações, enquanto terapêutica psicanalítica.

4.1 A Neurose de Angústia e a "Ausência de Trabalho Psíquico"

No texto *Sobre os Fundamentos para Destacar da Neurastenia uma Síndrome Específica Denominada Neurose de Angústia* (1894a), Freud demarca fenômenos clínicos cujo sintoma central reside na manifestação da angústia, cabe salientar a participação das reações corporais a estas manifestações. Destacar a neurose de angústia como um fenômeno clínico autônomo foi um passo revolucionário dado por Freud, em termos comparativos com a ciência médica e psiquiátrica da época. Até então, conforme aborda Viana (2010), a angústia era tratada como sintoma coadjuvante a outras demandas clínicas, como no caso do atendimento de pacientes psicóticos ou mesmo no tratamento da histeria de conversão.

A finalidade de estabelecer uma nova categoria nosológica é justificada como um meio de facilitar a compreensão, posto que o conjunto de sintomas da neurose de angústia possuía uma natureza distinta da já estabelecidas neurastenia ou mesmo a histeria. O que denotaria esta "natureza distinta" seria, primordialmente, o fato de que as reações de angústia não serem efeitos de uma defesa psíquica - não se encaixam no mecanismo de recalque e repressão das neuroses de transferência. Nas palavras de Freud (1894a/1976, p. 51), as neuroses de angústia não possuiriam "qualquer mecanismo psíquico". A causa etiológica desta manifestação clínica seria a sobrecarga de excitação sexual, relacionada à privação e à abstinência sexual, relativa ou absoluta, como a masturbação excessiva, a abstinência voluntária, a excitação sexual não consumada etc.

Cabe frisar como a conclusão etiológica da neurose de angústia, dada por Freud, no início de seus escritos teóricos, é passível de revisitações - que não foram feitas pelo próprio autor, apenas de modo "tímido", ao comparar as neuroses atuais com as neuroses traumáticas, em *Além do Princípio do Prazer* (1920d). Klein (2016b), ao associar como as manifestações contemporâneas de pânico e outras angústias mais primitivas com uma *dificuldade de simbolização* inerente a um movimento

pulsional do retorno da pulsão de morte (2016b, p. 57), expande a leitura inicial de Freud sobre a etiologia da neurose de angústia.

Adentrando então a sintomatologia da neurose de angústia, Freud (1894a) elege três principais sintomas de natureza psíquica que dialogam com as expressões corporais, marca principal desta categoria clínica. Seriam estes sintomas a “irritabilidade geral”, a “expectativa angustiada” e a “angústia flutuante” (FREUD, 1894a, p. 51). A *irritabilidade geral* é descrita como um aumento na sensibilidade do aparelho sensorial, acarreta maior intolerância a ruídos e aos incômodos gerais por parte do indivíduo. Freud assinala que, devido ao estado prévio de já sobrecarga excitatória do aparelho, típico da neurose de angústia, a estimulação sensorial, principalmente a auditiva, seria intensificada por estas perturbações cotidianas.

O segundo sintoma, a *expectativa angustiante*, classificada por Freud (1894a) como o “sintoma nuclear da neurose de angústia”, é retratada como uma postura “pedante”, “mania de duvidar”, resumida pelo autor como “a tendência em se ter uma visão negativa ou tudo aquilo que é chamado angústia” (FREUD, 1894a, p. 52). O mesmo caráter de indeterminação da angústia, notado neste sintoma, também se manifesta nas descrições terceiro sintoma psíquico centralizador do quadro, a “angústia flutuante”. Freud (1894a) estabelece, neste sintoma, uma tendência da angústia a estar “constantemente à espreita”, podendo se associar a qualquer motivo que lhe seja oportuno à ocasião, resultando, muitas vezes, em medo da morte, da loucura, queixas corporais, como dificuldades de respiração ou taquicardia, ou simplesmente a queixa de “sentir-se mal” (FREUD, 1894a, p. 53).

Fundamentada na apresentação destes três aspectos gerais do comportamento manifesto da neurose de angústia, Freud (1894a) sequencia a listagem de sintomas que assumem sua manifestação predominantemente corporal: são centrados na atividade cardíaca (arritmia e palpitações), na atividade respiratória (dispneia nervosa, asma), reações de esforço homeostático (sudorese, calafrios e tremores); na atividade do aparelho digestivo (diarreia e congestão), relacionados ao sono (episódios de insônia e pavor noturno) e a maior sensibilidade às dores musculares (FREUD, 1894a, p. 56). O ataque de *vertigem* é ressaltado por Freud como o mais recorrente, passível a se manifestar em conjunto com os anteriores. Neste ponto, torna-se evidente a semelhança entre as descrições de neurose de angústia com o diagnóstico psiquiátrico de *transtorno de pânico.* A vertigem, como um ato de perda de senso de equilíbrio e sensações de risco à vida, bem como o enfoque

nas disfunções cardiorrespiratórias, são marcas típicas do quadro psiquiátrico, semelhança comumente trazida à tona em estudos psicanalíticos sobre o fenômeno do pânico na contemporaneidade.

Exposta a sintomatologia básica da neurose de angústia, a próxima etapa no texto de Freud (1894a) compreendeu a descrição de seu processo psíquico. O autor apresenta uma explicação metapsicológica para as manifestações de angústia ligadas às expressões corporais nos seguintes termos:

> (...) A excitação somática se acumula; é então desviada por outros canais, que se mostram mais promissores em termos de descarga do que a via que passa pela psique. Assim, a libido termina por soçobrar e a excitação se manifesta subcorticalmente como angústia (FREUD, 1894a, p. 63).

Ao apresentar esta explicação metapsicológica, Freud (1894a) assinala a diferença fundamental entre a neurose de angústia e as neuroses de transferência: o caminho encontrado pela libido para a sua fruição. Enquanto na neurose de transferência haveriam *estratégias* de evitação da angústia - como a evitação do objeto fóbico, ou a repetição do comportamento obsessivo - na neurose de angústia; ao se expressar diretamente pela via somática, a libido é sentida como excitações excessivas nos referidos órgãos de regulação cardíaca, respiratória etc.

Freud (1894a) destaca como processo de “passar pelas vias da psique” refere-se ao então conceito fundamental de *elaboração psíquica* - que, naquele momento, ainda está centrado no termo *Verarbeitung* ou associação elaborativa. Laplanche (1998) explica este processo como um trabalho de ligação gradual das experiências afetivas às representações ideativas, que podem evoluir a cadeias de representação cada vez mais complexas. A importância da tarefa de ligação do afeto à representações, segundo o autor, é da possibilidade de haver alguma continência na intensidade afetiva, resultando assim em um “freio da energia psíquica” (LAPLANCHE, 1998, p. 30). Quanto maior for a cadeia de associações possíveis, menor o sobrepujo do afeto sobre o indivíduo, sendo a expressão da neurose de angústia aquela que não ligaria o afeto à representações, resultando, assim, a sua expressão em um processo que Laplanche (1998, p. 36) denomina de autointoxicação libidinal.

Freud (1894a, p. 55) trouxe um importante ponto clínico após a explicação metapsicológica da “não-passagem” do afeto da angústia por uma elaboração

psíquica: o autor conclui, em breve trecho, de que a neurose de angústia não poderia ser “equacionável pela psicoterapia” (dentro dos ditames psicanalíticos da época de psicoterapia) devido à falta de material psíquico inconsciente a ser “revelado”. Também, ao longo de sua obra, não retomou o tema posteriormente, a fim de repensar se haveria ou não a possibilidade de “psicanalisar” as neuroses atuais.

É fundamental contextualizar, contudo, como nesta altura da obra de Freud, os recursos clínicos da psicoterapia psicanalítica mantinham-se restritos à noção de interpretação de um material recalcado - pouco tendo desenvolvido, ainda, referenciais teóricos acerca da importância do trabalho transferencial. Neste sentido, é de valia observar a contribuição à discussão que pode ser feita com base no conceito de *perlaboração - a Durcharbeitung* - noção de trabalho psíquico distinto e posterior à elaboração associativa - *Verarbeitung* - utilizada neste momento da obra freudiana. Pensa-se, então, em uma abertura de possibilidade de trabalho clínico ante estas “angústias primitivas” que passaram por pouco ou nenhum processo de simbolizações prévias, a partir de um aprofundamento das diferenças teóricas e clínicas entre estas duas noções de trabalho psíquico: *Verarbeitung* e *Durcharbeitung*, com o apoio bibliográfico de Abrantes (2016).

4.1.1. A Possibilidade Clínica da Neurose de Angústia

Freud (1894a) relaciona as expressões de angústia que são mais intensas e sentidas, sobretudo, no corpo com o menor alcance do trabalho de elaboração psíquica do aparelho psíquico. O processo de elaboração psíquica é explicado por Laplanche (1998) como o trabalho de ligação do afeto às representações, como forma de contenção de sua força. Diante de uma hipótese de “não processo de elaboração psíquica”, Freud (1894a) conclui que a neurose de angústia não seria tratável pela psicanálise. No entanto, neste primeiro momento da obra freudiana, a noção de elaboração psíquica centrava-se no conceito de *Verarbeitung*, a elaboração associativa. A consideração da *perlaboração - Durcharbeitung,* surgida posteriormente, pode ser útil para compreender a possibilidade de atendimento psicanalítico para expressões típicas da neurose de angústia e suas expressões mais viscerais; principalmente em autores pós-freudianos, como Winnicott, que protagoniza o papel do vínculo transferencial na formação de processos simbolizadores de afetos primitivos.

De acordo com Abrantes (2016, p. 76), o conceito freudiano de *Verarbeitung* descreve um fenômeno psíquico de ligação do afeto à representação que se dá de modo “inerente (...) associativo e intrapsíquico”, ou seja, um processo que ocorreria ponderavelmente autônomo, do próprio psiquismo do indivíduo. A participação pertencente ao analista, nesta modalidade de elaboração psíquica, ficaria restrita à oferta da interpretação ao paciente - a partir daí, caso a interpretação fosse aceita, o processo de “re-ligação” do afeto à representação original dar-se-ia primordialmente pelo próprio psiquismo do paciente. Nesta perspectiva, evidenciam-se os motivos da conclusão de Freud acerca da impossibilidade de trabalho analítico: na medida em que não há representação recalcada a ser trazida à consciência, não haveria via possível de “re-ligação” do afeto original.

Contudo, levando em conta o conceito de *Durcharbeitung*, ou *perlaboração*, elaborado mais tardiamente na obra de Freud, observa-se a maior participação do analista e do vínculo transferencial para o alcance de simbolizações afetivas, a partir da instalação da transferência e do vínculo transferencial na superação gradativa das resistências. O conceito de *Durcharbeitung*, conforme explica Abrantes (2016), surge no contexto da ampliação do campo de atuação da psicanálise - tanto de pacientes de Freud como da atuação de outros analistas que iniciavam os atendimentos pelo método psicanalítico. A experiência clínica levou à constatação de que algumas dificuldades se apresentariam como as resistências à análise ou mesmo a reação terapêutica negativa, levando Freud a reavaliar a importância do trabalho psíquico que ocorre na relação transferencial (ABRANTES, 2016, p. 146). Enquanto o objetivo da perlaboração, em Freud, para Abrantes (2016), indicava a superação dos sentimentos transferenciais, baseada na interpretação da transferência, nota-se como se fundamenta aqui a presença do *princípio da abstinência,* onde a neutralidade do analista conduz à exclusividade da *interpretação* como recurso clínico, mesmo que seja a interpretação *da* transferência.

A perlaboração vista pela perspectiva de uma teoria winnicottiana, amparada pelos princípios do brincar e da regressão à dependência, por outro lado, abre possibilidades a uma experiência analítica onde é possível o apoio no vínculo transferencial como possibilidade de simbolização dos afetos “não ligados” e "rudimentares". Winnicott desenvolve isso a respeito da importância do estabelecimento de um *setting* psicanalítico como possibilidade de vivenciar e simbolizar estas angústias, as quais são demonstradas pelo autor com base em outros

conceitos, tais como as “angústias impensáveis” e as “agonias primitivas”. Embora sejam descrições próprias, assemelham-se, em alguns aspectos, às manifestações das neuroses de angústia, conforme será visto posteriormente.

> Vinheta clínica: A experiência clínica da importância da relação transferencial para a possibilidade de falar - e simbolizar - sobre afetos e angústias muito intensas fica clara com o paciente Adriano. Após algum tempo considerável de análise, quando já havia uma relação transferencial, o analista sofria de muito cansaço ao atender o paciente. Já sentia, de certa maneira, desencorajado de oferecer interpretações, devido à infertilidade que demonstrava sempre que lhe eram oferecidas, contendo-se, assim, de promover acolhimento e presença. Certo dia, Adriano diz que “costuma só despejar”, no analista, o que sente, durante a semana, mas que, naquele dia, conseguiu “elaborar” um pouco mais do que estava sentindo. De fato, esta elaboração pode ser percebida através de uma diminuição na ansiedade demonstrada em sessão, aceitando maiores momentos de intervalo entre as falas e estabelecendo, talvez pela primeira vez, um *diálogo* com o analista. A importância da sobrevivência do analista mostrou-se, neste recorte clínico, um ponto fundamental para alcançar certo momento de elaboração de conteúdos psíquicos.

Em síntese, as constatações clínicas de Freud (1894a), acerca da neurose de angústia, subcategoria das neuroses atuais, demonstram *uma modalidade de expressão* da angústia que se distingue das manifestações mais comuns às neuroses de transferência em dois níveis: no nível sintomatológico, há maior predominância de expressão *corporal* da angústia nas neuroses de angústia, enquanto as angústias das neuroses de transferências parecem mais ligadas a situações e objetos específicos. Em nível de *processo metapsicológico*, há a questão da angústia expressa nas neuroses de angústia não ser proveniente de um processo de recalque. Neste sentido, é apresentado como uma saída clínica, não a interpretação majoritária - que pode se restar inócua, mas o investimento na relação transferencial, “à moda winnicottiana”, conforme será detalhado no próximo capítulo, dedicado à revisão do autor.

4.2. A ANGÚSTIA NAS NEUROSES DE TRANSFERÊNCIA

A teoria da angústia, relacionada à experiência da neurose de transferência, em Freud, possui dois momentos principais, chamados, convencionalmente, de *primeira* e *segunda teoria da angústia.* É possível utilizar como referência para dissertar sobre a primeira teoria da angústia o texto *Neuropsicoses de Defesa* (1894b) e o capítulo acerca da angústia das *Conferências Introdutórias* (1915). Já a segunda teoria da angústia é demonstrada no texto *Inibição, Sintoma e Angústia* (1926). Visto que as construções teóricas finais sobre a angústia, para Freud, estão centralizadas no texto de 1926, atentar-se-á para se aprofundar na segunda teoria da angústia, apenas contextualizando, em termos gerais, as explicações da primeira teoria. O texto de Freud das *Conferências Introdutórias* (1915/2018) é didático e serve como caminho próspero para elucidar os pressupostos fundamentais da primeira teoria da angústia do autor. Há, por parte do autor, em sua exposição, o enaltecimento do protagonismo da angústia nas formações do psiquismo, conforme destaque: “O problema da angústia configura um ponto nodal para o qual convergem questões as mais diversas e importantes, um enigma cuja solução haverá de lançar luz abundante sobre o conjunto da vida psíquica” (FREUD, 195/2018, p. 519).

As explicações apresentadas por Freud iniciam-se com descrições do afeto de uma perspectiva abrangente - como a discussão da ambiguidade semântica desta palavra. Apesar de não haver, na língua alemã, a ramificação das línguas de origem latinas, entre *angústia* e *ansiedade*; a *Angst* possui termos aproximados, que remetem a experiências também aproximadas, como o *terror* (*Schreck*) e o *temor* (*Furcht*)**.** Freud oferece, então, uma possível distinção entre a utilização dos termos: o *temor* possuiria um objeto específico, ao passo que o *terror* corresponderia a um afeto de maior *espanto* do que a angústia (FREUD, 1915/2018, p. 523).

Nesta perspectiva, o autor promove a separação da angústia em *realística* ou *neurótica*. A descrição da angústia realística, presente apenas na primeira teoria da angústia freudiana, concerne à leitura da angústia enquanto uma experiência inerente à condição do ser humano; ligada à necessidade de sobrevivência, relacionando-a a funcionalidade orgânica de impulsionar o organismo a reagir a uma situação de perigo de vida, excitando, portanto, as funções cardiorrespiratórias. Freud (1915/2018) avalia, contudo, como mesmo realística, a angústia não seria realmente adaptativa,

posto que o afeto prejudicaria a reagir prontamente, para lutar ou se preparar para a esquiva, correndo o risco de contaminar-se e paralisar com a intensidade afetiva da experiência (FREUD, 1915/2018, p. 522).

Já na angústia neurótica leva em conta a expressão do afeto em situações onde não há uma situação de perigo de vida “real”, é destacada, pelo autor, a formação fóbica, ou seja, uma forma de neurose de transferência em que o sentimento de angústia predomina, por si, revela-se como a principal queixa do paciente. Em síntese, Freud explica o processo de configuração de um objeto fóbico (como animais, objetos específicos, situações corriqueiras, sair às ruas etc.) como o resultado do deslocamento da angústia, originalmente proveniente de uma experiência sexual que se tornou inconsciente pelo processo do recalque. O autor oferece, também, uma sintética explicação das principais manifestações da angústia nas outras duas principais modalidades de neurose: na formação histérica, na qual, as expressões da angústia seriam as mais indeterminadas, pode se ligar “àquilo que estiver mais disponível” (FREUD, 1915/2018, p. 534), como o medo de morrer ou enlouquecer, assemelhando-se a algumas manifestações encontradas na própria neurose de angústia. Nas neuroses obsessivas, a angústia estaria em um primeiro momento encoberta, não sendo o sintoma central. Todavia, torna-se evidente na medida em que o indivíduo fosse impossibilitado de realizar os rituais típicos da neurose obsessiva, de limpeza, verificações etc. (FREUD, 1915/ 2018).

Ao passo que as manifestações típicas da angústia são tratadas sucintamente nas *Conferências...* (1915/2018), as explicações do processo metapsicológico que envolve a angústia, o recalque e as neuroses de transferência são apresentadas de modo mais completo no texto teórico *Neuropsicoses de Defesa* (1894b). A explicação centraliza-se no processo de *deslocamento do afeto,* que ocorreria na medida em que o Eu precisasse atuar defensivamente contra uma representação proibida. A descrição, dada por Freud (1894 b), é feita nos seguintes termos:

> A tarefa que o Eu se impõe, em sua atitude defensiva, se dá quando o Eu transforma essa representação poderosa numa representação fraca, retirando-lhe o afeto - a soma de excitação - do qual está carregada. A representação fraca não tem então praticamente nenhuma exigência a fazer ao trabalho da associação. Mas a soma de excitação desvinculada dela tem que ser utilizada de alguma outra forma (FREUD, 1894b, p. 28).

Deste modo, o resultado do processo de defesa psíquica perante a representação recalcada é uma espécie de “sobra” afetiva - a soma de excitação desvinculada - que viria a se manifestar como angústia. Neste sentido, Freud compara a angústia a uma “moeda de troca universal” da libido, podendo ser resultado da conversão dos afetos de sexualidade como um todo (FREUD, 1915/2018, p. 534). Em suma, a primeira teoria da angústia de Freud coloca o afeto como resultante do processo de recalque, no caso das neuroses de transferência, ou de uma excitação somática, em virtude da falta de ligação psíquica, na formação das neuroses atuais. Em ambos os casos, a angústia seria proveniente de uma não vivência da sexualidade - seja por recalcamento de um desejo proibido, seja pela excitação excessiva gerada pela abstinência, expressando-se, no segundo caso, de forma primordialmente corporal e “flutuante”. Se passada a libido pelo psiquismo, haveria o mecanismo do recalque, que rompe a ligação do afeto com a representação original em um movimento de defesa, restando assim um afeto “sem representação”, manifestado como angústia. Estas explicações metapsicológicas, contudo, serão alteradas a partir da segunda teoria da angústia. No caso das neuroses de transferência, não seria mais a angústia o resultado “excedente” do afeto recalcado, e sim o próprio estímulo prévio para a organização defensiva do psiquismo. No caso das neuroses atuais - incluindo aqui a *neurose de angústia* - houve pouco aprofundamento e interesse teórico por parte de Freud em retomá-las, sendo apenas comentários feitos, eventualmente, em alguns textos, não resta, assim, material suficiente para avaliar como uma reformulação teórica promovida pelo autor acerca desta categoria.

4.3 A SEGUNDA TEORIA DA ANGÚSTIA: INIBIÇÃO, SINTOMA E ANGÚSTIA

A reformulação da teoria da angústia, na obra de Freud, caminha em conjunto com as reformulações gerais da metapsicologia psicanalítica, fundamentadas em textos como *Além do Princípio do Prazer* (1920), que propõe a pulsão de morte como contrapartida à sexualidade, não mais a autopreservação, bem como *O Eu e o Isso* (1923), que reparte o aparelho psíquico em três instâncias: Eu, Supereu e Isso. Nesta senda, o texto *Inibição, Sintoma e Angústia* (1926), escrito pelo autor pouco tempo após essas revisões teóricas, leva Freud a justificar a necessidade de corrigir a descrição metapsicológica do papel da angústia no psiquismo.

> A angústia jamais surge da libido reprimida. Se eu tivesse me contentado antes em afirmar que, após a ocorrência da repressão, certa dose de angústia apareceu em lugar da manifestação da libido que era de se esperar, nada teria hoje a retratar. [...] Mas devo admitir que pensei que estava apresentando mais do que uma mera descrição. Acreditei que mexera em um processo metapsicológico de transformação direta da libido em angústia. Agora não posso mais manter esse ponto de vista (FREUD, 1926/1976d, p. 69).

Freud se utiliza dos novos construtos teóricos da metapsicologia psicanalítica, pautando-se relevantemente na apreciação do Eu como “parte organizada do Isso” (FREUD, 1926/1976d, p. 62), para reposicionar o papel da angústia na metapsicologia psicanalítica. A virada teórica coloca a angústia então como colaborativa - não mais resultado excedente - da formação dos sintomas neuróticos.

O percurso do texto *Inibição*… (1926), de fato, delimita-se a apreciações de ordem mais metapsicológicas do que clínicas, sem oferecer novas considerações às necessidades de mudanças no *manejo clínico*, devido às reformulações teóricas. Portanto, prevalece, deste modo, as regras fundamentais da clínica clássica freudiana: a associação livre do paciente, sustentada a partir de a escuta flutuante e o princípio de neutralidade e abstinência, por parte do analista, para, ao final, chegar a uma interpretação de algo que esteja inconsciente.

4.3.1 Angústia como Resposta ao Desamparo Constitutivo

Do ponto de vista metapsicológico, é ressaltada a natureza da angústia enquanto *estado afetivo*, o que a colocaria, levando em conta as novas apreciações teóricas de Freud, sob a égide dos domínios do Ego, instância psíquica responsável pela captação das informações sensoriais e interpretação do sistema perceptivo. Sendo, então, a angústia *algo que se sente*, o processo responsável pela percepção da angústia, conquanto descrito por Freud (1926/1976d, p. 62) é explicado pelo resgate oportuno de “símbolos mnêmicos”, que seriam memórias de experiências afetivas intensas e reutilizadas posteriormente em situações similares”.

O armazenamento psíquico de memórias afetivas intensas, especialmente a angústia, trouxe ao texto *Inibição...* (1926/1976d) a discussão da relevância do *trauma do nascimento* nas formações neuróticas, estudo que havia sido aprofundado por Otto Rank (1924). O trauma do nascimento, apesar de notado como um ato importante, não é avaliado, por Freud, como um fator decisivo na participação da angústia nos

adoecimentos psíquicos, argumentando que se não houvesse angústia no nascimento, em algum momento da vida, o afeto surgiria; tendo em vista a "necessidade biológica" de reagir a um estado de perigo (FREUD, 1926/1976d, p. 84) que o afeto cumpre no organismo. É discutível, no entanto, como esta argumentação, proposta por Freud, pode estar relacionada ao fato de que Rank, ao trazer sua teoria do trauma do nascimento como fator primordial nas formações neuróticas, retiraria o protagonismo do complexo de Édipo, evidenciando, assim, a recusa de Freud.

De todo modo, ao amparar o raciocínio teórico na "necessidade biológica", Freud, em princípio, acena para uma visão mais organicista do que propriamente fundada nos preceitos teóricos psicanalíticos para explicar a origem da angústia. Todavia, encontra-se a fundamentação psicanalítica na medida em que o autor classifica como "situação de perigo", para o ser humano, não as situações que colocam em risco a autoconservação do corpo, mas sim as situações que provoquem o *sentimento de desamparo*. O autor exemplifica como o desamparo, constitutivo e inerente ao ser humano, pode ocorrer, ao longo de seu desenvolvimento, na relação com diferentes objetos: em um primeiro momento, o sentimento de desamparo estaria relacionado ao medo de perder *o objeto* de amor; em outro estágio, o medo seria de perder *o amor* do objeto, para, enfim, chegar ao estágio onde a angústia de castração e o medo de sentir-se desamparado em face do próprio superego passariam a ser as causas predominantes do sentimento de angústia (FREUD, 1926/1976d, p. 81).

Neste sentido, a ligação entre a angústia, o complexo de castração e complexo de Édipo, é, nas palavras de Mezan (2014, p. 204), um "passo decisivo para o conjunto da patologia psíquica" da metapsicologia de Freud, pois esta ligação associa a formação neurótica à formação edipiana e à angústia, reforçando um caráter *funcionalista* para o afeto da angústia, que sempre acompanhou as psicopatologias. Neste sentido, ao invés da separação entre as angústias *realística* e *neurótica*, da primeira teoria, Freud passou a aceitar que toda angústia seria proveniente de fonte psíquica, ligada à experiência do desamparo.

O próximo passo da reformulação metapsicológica ofertada em *Inibições...* (1926/1976d) é apresentar, então, duas possibilidades de reações do aparelho psíquico frente à angústia sentida pela situação de desamparo: a primeira reação seria aquela que desperta a *angústia sinal,* que procura organizar um sistema defensivo e relaciona-se às formações sintomáticas neuróticas. A segunda é a *angústia automática*, avaliada por Freud como uma experiência de angústia sentida quando a

organização psíquica não consegue reagir ao desamparo. Destas duas possibilidades, há importantes considerações acerca dos desdobramentos na psicopatologia psicanalítica, conforme será exposto na sequência.

4.3.2 Angústia Sinal e Automática: Organização Defensiva ou Trauma

Para fundamentar o percurso metapsicológico das duas modalidades de angústia da segunda tópica, a *sinal* e a *automática*, Freud usa como critério importante a característica de *adaptabilidade* do Eu, enquanto instância psíquica. O autor considera que, quando houver cooperação entre a sensação de angústia e as medidas organizativas acontecerem na esfera do Eu, a fim de sanar, ou relativamente remediar, o perigo iminente, haverá a formação sintomática neurótica. A outra reação possível ocorreria caso a sensação de angústia sobreponha-se, fazendo com que o indivíduo não consiga reagir para se livrar do perigo e, por conseguinte, entrando em estado de desamparo (FREUD, 1926/1976d).

O processo de *atenuação da angústia*, ocorrido na modalidade de angústia sinal, para fomentar uma reação protetiva, de caráter antecipatório, é ilustrado por Freud (1926/1976d) com a analogia do processo de vacinação: visando gerar a imunização de um ataque potente de um corpo viral, submete-se, voluntariamente, a uma dose atenuada daquele agente viral, a fim de criar anticorpos e fomentar um sistema defensivo (FREUD, 1926/1976d, p. 103). Nesta reformulação teórica, torna-se evidente mudanças não só do papel metapsicológico da angústia, mas do próprio enfoque de observação sobre o afeto. Para Klein (2016), esta reorganização no modo de compreender a angústia realoca o interesse da teoria freudiana, relativa à angústia, para a função do afeto, ao invés de sua origem (KLEIN, 2016a, p. 49). Baseada nesta concepção teórica, o afeto passa a ser articulado funcionalmente com a teoria das formações sintomáticas das neuroses de transferência. O processo do recalque se ativaria com a participação da angústia ante uma exigência pulsional, considerada como perigosa, estimulando-o a alguma reação. Evidentemente, a organização possível não será ideal, havendo perda de domínio do Eu para o sintoma neurótico, que Freud (1926/1976d, p. 91) ilustra como uma espécie de “concessão territorial” de sua área de influência para o sintoma, a fim de que se evite danos maiores. Haveria, contudo, um “limite de suportabilidade” do Eu, diante do afeto da angústia. Freud (1926/1976d, p. 104) lista três determinantes, de cunho predominantemente

econômico, para que seja possível a instalação da angústia sinal: a “estimativa do paciente quanto à sua própria força”; *a* “magnitude do perigo” e o “histórico de experiências prévias em relação ao desamparo”. Caso o resultado da equação entre estes fatores ultrapasse as condições de suportabilidade afetiva do Eu, a manifestação da angústia experimentada será da experiência do desamparo, instalando-se, dessa maneira, uma situação traumática, onde a experiência da angústia será da *angústia automática*.

Conforme levanta Klein (2016a), na angústia automática, a experiência de retorno da experiência traumática seria o retorno daquilo que se mantém idêntico ao que sempre foi - daquilo que não se simboliza, não se elabora, ou seja, não ganha novas articulações ou adentra cadeias de representações ideativas. Em contrapartida, na angústia sinal, haveria um processo constante de reformulações e “re-ligações” do afeto a novas ideias e cadeias ideativas, ou seja, as reações à angústia tomariam “novos coloridos ao longo da vida” (KLEIN, 2016, p. 52).

Neste ponto da angústia automática, evidencia-se a semelhança descritiva entre o fenômeno da dificuldade de elaborar os conteúdos traumáticos, associados à manifestações da angústia automática, com a sintomatologia do *transtorno de estresse pós-traumático*. A reincidência de memórias, sonhos ou pensamentos invasivos, que levam o indivíduo para a mesma experiência traumática, carecem de “novos coloridos” acerca do episódio.

4.3.3. O Problema Clínico do Trauma e da Angústia Automática

Com relação ao tratamento clínico possível da angústia, não há alterações a serem consideradas a partir da reformulação teórica da angústia, proposta por Freud em *Inibições…* (1926). Mantém-se a tradicionalidade direcionada para as neuroses de transferência: a utilização da interpretação das associações livres do paciente, visando a instalação da transferência e a sua posterior interpretação. Apesar de, nesta altura da teoria freudiana, a noção de *trabalho psíquico* acatar a importância da relação transferencial, mantém-se, para Freud, a visão da transferência como uma *resistência* a ser superada.

Mesmo que o texto *Inibições…* (1926) demonstre a existência de uma fonte traumática na experiência da angústia, definida com base na noção de *angústia automática,* que se diferencia, em natureza e em possibilidade clínica, daquela ligada

à experiência neurótica. O estatuto clínico do trauma**,** em Freud, é retomado em seu relevo, nas formações psicopatológicas, após maior observação do autor a respeito das neuroses de guerra em *Além do Princípio do Prazer* (1920). Todavia, Freud não aprofunda quais caminhos clínicos seriam possíveis, para a prática psicanalítica, ante estas manifestações, solidificando a sua construção teórico-clínica baseada no tratamento das já estabelecidas neuroses de transferência.

As demandas clínicas contemporâneas estão centradas em manifestações da angústia que sobrepõem, muitas vezes, a regra estabelecida das formações mais tradicionais das categorias de neuroses estudadas por Freud. Como fazer, portanto, uma *diagnose assertiva* - com base n*a teoria psicanalítica* - das manifestações de angústia que se apresentam na contemporaneidade? Encontra-se, nesta pesquisa, caminhos possíveis de se pensar recursos clínicos para as modalidades de sofrimento contemporâneo, principalmente classificadas como *transtornos de ansiedade*, a partir de autores pós-freudianos que estudaram e se aprofundaram em casos clínicos que escapavam das “regras fundamentais” da psicanálise à época.

Este percurso clínico, conforme organiza Kupermann (1997; 2006b; 2008), é iniciado por Sandor Ferenczi e continuado por D. Winnicott, o que delimita um caminho, dentro da teoria psicanalítica, onde convergem alguns paradigmas fundamentais; ao mesmo tempo em que se distanciam de outros, que direcionam para a possibilidade de trabalho terapêutico fundamentado na criação de um vínculo transferencial, a partir surgimento de “chão básico”, com o intento de alcançar estas elaborações mais complexas de afetos primitivos. Ou seja, uma proposta para além da orientação interpretativa do material reprimido.

Na diferenciação destes dois estilos clínicos, as noções de *Verarbeitung* ou *Durcharbeitung,* discutidas anteriormente, mostram-se relevantes. Porquanto a *Verarbeitung*, a elaboração associativa, remeteria a um trabalho de “re-ligação” de uma representação tornada inconsciente a partir do recalque, a noção de *Durcharbeitung*, a perlaboração, consiste no entendimento de um trabalho de elaboração afetiva onde a relação transferencial com o analista é protagonista e poderia abranger não só o material recalcado, mas aquele que não passou por processos de simbolização do psiquismo. Nos termos de Winnicott (1954/2014, p. 289), a tratativa clínica, na qual a relação transferencial fornece a possibilidade de *regressão à dependência*, pode levar o paciente a “sentir pela primeira vez” afetos que foram *congelados* ao longo do desenvolvimento emocional do indivíduo. Neste

aspecto, Winnicott fundamenta a importância da participação dialógica do ambiente com o indivíduo no atravessamento das angústias primordiais e do desamparo constitutivo. Feita essa introdução sobre elementos do *Estilo Empático*, cabe contextualizar suas origens, que remetem ao trabalho do psicanalista húngaro Sandor Ferenczi.

4.4. O ESTILO CLÍNICO EMPÁTICO E O PACIENTE CONTEMPORÂNEO

Conforme Kupermann (2008) elucida, o psicanalista húngaro Sandor Ferenczi seria um pioneiro do campo psicanalítico a aprofundar, teórica e clinicamente, acerca da problemática gerada entre certa *inadequação* que alguns pacientes demonstravam com o enquadramento tradicional de atendimento analítico. Kupermann (2008) aponta como seriam, na observação de dois princípios da técnica clássica de Freud, possivelmente nocivos, se utilizados de forma excessiva, que passaram a se delinear novas possibilidades de manejo clínico em Ferenczi. Os princípios citados são: o princípio da abstinência e a exclusividade do uso da *associação livre* e da *interpretação*. É ainda em Kupermann (2019) que encontramos a importância em considerar a necessidade de uma clínica psicanalítica onde há espaço para o “tempo do testemunho” (p. 85) da dor e do trauma, anteriores a formações da ordem da repressão e do recalque.

A respeito dos riscos de um mau uso do *princípio da abstinência*, Kupermann (1997) salienta como a fixação neste princípio pode trazer prejuízos relevantes. Na verdade, o princípio possui sua importância, que pode ser sintetizada como a intenção de proteger o paciente de tornar-se um “objeto” do analista, além de neutralizar o poder de julgamento e influência que este possa ter sobre o paciente. Contudo, o exagerado distanciamento entre analisando e analista, buscando este apenas por representações psíquicas de possível material recalcado, poderiam, conforme traz o autor, “perpetuar o sofrimento” (KUPERMANN, 2008, p. 79) do paciente, gerando um efeito iatrogênico.

No agravamento desta postura de rigidez da neutralidade, estariam as cenas encontradas em retratos caricaturais do psicanalista, de um sujeito frio, insensível, ou, no extremo, desinteressado da fala do analisando. Nesta perspectiva, Kupermann (2006) assinala como esta postura de *insensibilidade* pode ressaltar a já posta marca

da insensibilidade que permeia as expressões de sofrimento e angústia das relações interpessoais da era contemporânea (KUPERMANN, 2008, p. 158).

Caminhando em conjunto com as potencialidades prejudiciais do uso excessivo do *princípio da abstinência,* a utilização predominante da técnica da *associação livre* e da *interpretação* também é trazida como ponto da técnica psicanalítica a ser observada. Se se pensar como a associação livre e a interpretação buscam, *a priori*, pelo alcance de uma recordação de material tornado inconsciente, pelo recalque, torna-se questionável a pertinência deste método quando *não há* condições suficientes para tanto, ou seja, quando o que se encontra são pacientes traumatizados e prejudicados por *associarem livremente*. Sob essa premissa, certa precariedade na "competência fantasística e imaginativa" (KUPERMANN, 2006, p. 148), diminuiria as possibilidades para movimentar a "engrenagem interpretativa" do método da associação livre. De modo semelhante ao paciente *traumatizado*, percebe-se certa tendência geral, no paciente contemporâneo de relutar em associar livremente, talvez devido a certo *empobrecimento geral* de suas capacidades imaginativas.

Sob a constatação de uma possível inadequação dos princípios da abstinência e da associação livre para determinadas demandas clínicas, emerge, portanto, um novo estilo de atendimento psicanalítico, nomeado como *Estilo Empático* (Kupermann, 2019)[2]. Neste estilo clínico, iniciado por S. Ferenczi a partir da observação de pacientes que careciam de alguém que *testemunhasse* a sua experiência traumática, foi possível ampliar a prática psicanalítica para uma via de "oferta de um testemunho possível" (KUPERMANN, 2019, p. 77), em oposição do risco em se ter, na figura de um analista indiferente ao sofrimento do paciente, amparado por uma neutralidade excessiva, a revivência da experiência traumática inicial. Neste campo de trabalho clínico, seria fundamental a experiência da possibilidade em se *perlaborar o trauma*, a partir da invenção de uma linguagem própria, para dar corpo simbólico aquilo que ainda não fora possível de ser dito, conforme elucida Kupermann (2019). Sendo assim, este estilo clínico privilegia a importância do vínculo transferencial e do acolhimento, fornecendo assim campo para a *invenção* de material simbólico.

---

[2] O desenvolvimento, a partir de Ferenczi, deste novo estilo clínico, envolve um percurso histórico e conceitos que não serão aprofundados nesta dissertação, mas são encontrados na obra de Kupermann (2019).

Winnicott, ao dar sequência à trilha iniciada por Ferenczi, com base em sua experiência com pacientes em condições psíquicas mais precárias do que as tradicionais de Freud, desenvolveu estudos acerca da importância da ambientação no desenvolvimento emocional do indivíduo - ambiente que poderia ser reproduzido em situação transferencial. Seriam, então, os princípios do *jogo* e da *regressão* que contribuíram para o aprimoramento de um *setting* terapêutico a estes pacientes. A partir desta mudança, a relação transferencial passa a ser vista como a "aposta principal" da "qualidade do encontro afetivo", conforme elucida Kupermann (2006b, p. 95).

Em convergência com a forma diferente, proposta pelos autores do *Estilo Empático* em tratar a relação transferencial e a associação livre, é possível observar aberturas de outras ofertas no modo de tratar o *manejo da angústia* durante uma sessão. O termo pode representar uma postura do analista de *buscar material a ser interpretado*, levando em conta as manifestações de maior ou menor angústia do analisando; enquanto, neste outro estilo clínico, pode ser possível não só o manejo da angústia, como também um momento de formação vincular-transferencial, sintetizado como *holding - sustentação.*

4.4.1 O Problema do Manejo da Angústia

O *manejo da angústia*, também uma questão técnica da psicanálise, é abordado por diferentes autores. Poderia ser descrita, sucintamente, como a percepção, por parte do analista, das manifestações de angústia do paciente durante uma sessão, que serviriam como indicativos de "pontos sensíveis" do psiquismo: sua aparição, de modo mais intenso, poderia convergir, por exemplo, com a atuação das defesas psíquicas mais recorrentes ao indivíduo. Nasio (1991, p. 91), acerca do assunto, observa como uma tarefa primordial - e ao mesmo tempo, a "maior dificuldade" do analista - incitar, no analisando neurótico, um estado de angústia novo, diferente daquele que é o conhecido pelo paciente.

Simon (2010) contextualiza como a observação, durante um atendimento, das modulações da angústia do paciente, serve de importante instrumento para alicerçar, por exemplo, uma entrevista inicial. Nas palavras do autor, a "habilidade do entrevistador" auxiliaria a manter a ansiedade do entrevistado - possível paciente - em um "limite aceitável". Nesta perspectiva, a ansiedade, durante uma sessão, não

poderia nem ser muito baixa, fazendo o paciente não ter estímulo para falar sobre seus problemas, nem muito alta, levando-a à desorganização (SIMON, 2010, p. 34). As compreensões de *manejo da angústia* trazidas por Nasio e Simon melhor se alinhariam a um estilo de atendimento clínico “clássico”, criado para lidar com as demandas tradicionais das neuroses de transferência e pautado pelas técnicas legadas por Freud, como o distanciamento calculado ou a operação da angústia como “bússola” para alcançar o material reprimido inconsciente.

Demonstra-se aqui, contudo, como este tipo de manejo da angústia, poderia ser incompatível a algumas modalidades contemporâneas de sofrimento, por causa de fatores como o empobrecimento geral em seus processos de simbolização ou mesmo a maior intolerância a sustentar estas angústias a ponto de interpretá-las, que levam a considerar que a angústia seja proveniente de outras fontes psíquicas, que não o recalque. Nesta seara, Winnicott convida a pensar, quando se trata destas diferentes expressões da angústia, uma clínica com outra orientação de manejo do afeto - baseada na ideia de sobrevivência do analista, de *holding*, relaxamento e postergação da interpretação. Winnicott também convida a refletir sobre o risco implícito existente, ao conduzir uma análise com pacientes organizados com base em um *falso self* muito rígido, em ter-se a falsa impressão de que a análise está sendo “bem conduzida”, enquanto o núcleo psicótico, de angústias impensáveis, não é tocado (WINNICOTT, 1974/1994, p. 73).

Visando oferecer com mais aprofundamento os pontos levantados, propoõe-se, a seguir, uma revisão de alguns textos selecionados de Winnicott, que tangem colaborações inéditas deste autor acerca da angústia, da ansiedade e de seus conceitos correlatos, assim como a abertura de possibilidades clínicas trazidas por estas reformulações teóricas. A fim de facilitar, será mantida a utilização do termo *ansiedade* para falar das conceituações de Winnicott chamadas de *anxiety*, ao passo que será utilizada a palavra angústia para falar da *Angst* freudiana.

5 WINNICOTT: ANSIEDADE, AGONIAS PRIMITIVAS E MANEJO CLÍNICO

> Parece-me que a palavra “ansioso” se aplica quando o indivíduo encontra-se nas garras de uma experiência física (seja ela de excitamento, raiva, medo ou qualquer outra coisa) que ele não pode evitar nem compreender (WINNICOTT, 1949, p. 181).

5.1. O ESPAÇO DA ANSIEDADE E DA AGONIA NA TEORIA DO DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL

A problemática teórico-clínica acerca da ansiedade ou angústia movimenta o pensamento crítico psicanalítico, levando a pensar de que modo este afeto se relaciona e influencia o psiquismo, principalmente em relação aos seus desdobramentos que geram sofrimento e categorizam uma nosografia psicopatológica. Neste sentido, o psicanalista inglês D. Winnicott oferece, em seus escritos, visões que colaboram com a compreensão desta problemática, não só com base na relevância de suas concepções teóricas sobre o tema, mas também como possibilidade de *complementar* algumas das lacunas observadas na teoria de Freud relativa à angústia, levantadas no capítulo anterior. Daí, fundamenta-se a importância de uma revisão bibliográfica em Winnicott, acerca das compreensões do autor sobre manifestações da *ansiedade* e das *agonias primitivas.*

Convém enfatizar que as concepções de metapsicologia e a explicação de processos psíquicos, em Winnicott, possuem diferenças marcantes em relação àquelas vistas em Freud. Fulgencio (2013) elucida como, em Winnicott, a estrutura de explicações dos processos intrapsíquicos difere, essencialmente, daquela vista em Freud. Para explicar esta diferença, o referido autor separa duas modalidades de construção teórica: conceitos que possuem um referencial observável na realidade fenomênica e conceitos que não podem ser observáveis.

Ao se tomar conceitos da metapsicologia de Freud, como a sexualidade infantil, a transferência e a situação edípica, segundo Fulgencio (2013), estas noções teóricas *podem* ser observadas na realidade, tornando-se conceituações especulativas observáveis. Contudo, conceitos da também metapsicologia freudiana, como pulsão, libido e aparelho psíquico, não seriam passíveis de observação na realidade

fenomênica. Em Winnicott, as conceituações teóricas especulariam de modo restrito àquilo que pode ser constatado na realidade fenomênica, é o caso do desenvolvimento da teoria da dependência do indivíduo, que caminha para uma dependência relativa ou a importância da apresentação da realidade em pequenas doses para a criança. Neste sentido, Fulgencio (2013, p. 496) compreende que a obra desenvolvida por Winnicott, em certo aspecto, *atualiza* muito da metapsicologia freudiana, tornando-a mais *factível* e menos *especulativa*.

Além disso, é fundamental contextualizar outra diferença paradigmática essencial entre Freud e Winnicott. É observável como a psicanálise desenvolvida por Winnicott pauta suas diretrizes de pensamento no constante relacionamento dialógico *indivíduo-ambiente.* Portanto, enquanto é possível delinear que os estudos de Freud acerca da angústia - e da psicopatologia como um todo - centraram-se principalmente na problemática estrutural do que é intrapsíquico, Winnicott concentra suas construções metapsicológicas e teóricas no que é *relacional*, ou seja, o que é criado e fomentado no espaço de relação entre sujeito e seu ambiente.

Converge, a visão dialógica da psicanálise, em Winnicott, com os fundamentos que Kupermann (2006) delineia como os princípios do *Estilo Empático* de psicanálise: a relação transferencial que possibilite a ocorrência do *jogo* e da *regressão.* Seria uma diretriz, neste estilo, criar um ambiente clínico essencialmente acolhedor, onde haveria menores tonalidades de “autoridade”, por parte do analista. A orientação teórica de Winnicott, deste modo, favorece a compreensão da importância de fornecer um ambiente que “dê contorno” - um *holding* - para as ansiedades e agonias primitivas, como uma tratativa terapêutica viável em casos onde a interpretação tradicional aparenta pouca ou nenhuma aderência.

Feitas estas observações, apresenta-se, a seguir, uma síntese bibliográfica em Winnicott, que pretende abarcar tanto a espaço da ansiedade - e seu correlato afetivo, de maior intensidade, as *agonias primitivas* - na obra do autor, para pensar também a delineação do seu estilo clínico, principalmente no que tange o trabalho com pacientes que não se adequaram ao modelo tradicional da escuta flutuante, associação livre e interpretação.

A partir dos textos *A note on Normality and Anxiety* (1931/2014); *Anxiety associated with Insecurity* (1952/2014); *The Depressive Position in Normal Emotional Development* (1954/2014) *O Medo do Colapso* (1974/1994), apresentar-se-á a síntese teórica do espaço da ansiedade para o autor. Em seguida, serão revistos os textos

Metapsychological and Clinical Aspects of Regression within the Psycho-Analytical Set-Up (1954), *Distorção do ego em termos de verdadeiro e falso self* (1960), *The Manic Defence* (1935) *e Hate in Countertransference* (1947) visando não apenas trazer a noção do autor dos fatores de formação patológica, bem como ressaltar as particularidades e ferramentas que demarcam o seu estilo de manejo clínico.

5.1.1 O Processo de Desenvolvimento Emocional Primitivo

Em consonância com Fulgencio (2013, p. 502), a base teórica do que poderia se acatar como a metapsicologia winnicottiana é fundamentada nas suas conceituações acerca do *desenvolvimento emocional* do ser humano. O processo do desenvolvimento emocional, em Winnicott, de fato fornece base para que o autor explique as suas observações clínicas, tanto em nível daquilo que chama como desenvolvimento "saudável", como também o início dos desenvolvimentos patológicos. Ao passo que sua teoria do desenvolvimento emocional é extensa, pode-se encontrar no texto *Primitive Emotional Development* (1945) uma esquemática do que seria o primordial deste processo, a contar de três estágios a serem alcançados pelo indivíduo: integração, personalização e realização.

O estágio de integração pode ser descrito, de modo sucinto, como o estágio onde há uma espécie de *encontro* entre a necessidade instintual do bebê e aquilo que lhe é oferecido pelo meio externo - como o momento de fome e a disposição do seio. Winnicott (1945/2014, p. 150) apresenta como, a princípio, este encontro não é integrado pelo bebê de saída: é preciso que haja uma *vivência compartilhada* entre a mãe e o bebê. Neste viés, a tendência à integração pode ser facilitada, por parte do ambiente, por "boas práticas" de cuidado, como manter o bebê aquecido, bem assegurado e manuseado etc. Se houver deficiências desses cuidados, poderá haver dificuldade do indivíduo em integrar suas experiências emocionais.

Winnicott (1945/2014) apresenta como outras dificuldades do estágio da integração a própria natureza das forças instintuais do indivíduo, que demandam a percepção e interligação de estados emocionais divergentes e opostos. O autor ilustra como é uma conquista para o indivíduo estar *consciente* de que ele, enquanto experimentando um estado de humor de quietude e satisfação, após uma amamentação, é o mesmo ser que experimentou, até poucos momentos anteriores, a voracidade e a agressividade instintual da fome e vontade de devorar o seio materno

(WINNICOTT, 1945/2014, p. 152). As falhas de integração destas experiências, devido a dificuldades ambientais ou instintuais, podem gerar, com o acúmulo de experiências não integradas, o estado patológico da dissociação, descrito por Winnicott como um processo de *separação* em duas partes, inicialmente incomunicáveis, do indivíduo.

Os dois próximos estágios do desenvolvimento emocional - a personalização e a realização - envolvem momentos de discernimento do indivíduo em relação ao seu ambiente. Winnicott (1945/2014, p. 148) ilustra o estágio da personalização como o momento em que o bebê demonstra que “sabe que é enriquecido pelo o que incorpora”, podendo “se livrar” de algo quando já obteve o que quis. Neste estágio, o bebê adquire, gradualmente, a *consciência corporal*. Já o estágio da realização é explicado como a paulatina apresentação, por parte dos cuidadores, da realidade externa. Portanto, neste estágio há a assimilação das dificuldades e limitações também inerentes ao próprio indivíduo e ao ambiente deste.

Winnicott (1945/2014) esclarece como fator de suma importância, no estágio da *realização*, a *gradativa* apresentação da realidade externa, para que se mantenha, no indivíduo, certa *ilusão de onipotência*, a fim de preservar sua capacidade criativa, evitando, assim, que o indivíduo se adapte *precocemente* e de modo *submisso*. As falhas nestas etapas estimulam no sujeito o desenvolvimento de um *falso self*, no qual sua essência criativa se torna incomunicável com o meio ambiente.

Em suma, no processo de desenvolvimento emocional, avaliado como a base da metapsicologia teórica em Winnicott, haveria um indivíduo, desde as fases iniciais de sua vida, sempre em diálogo com seu ambiente. Neste diálogo, existem momentos quando a interação entre indivíduo e ambiente resulta em experiências de crescimento e integração emocional, havendo, assim, uma sucessão de estágios - de *dependência* do indivíduo para com seu meio para *independência* (mas sempre relativa). Estas etapas estão suscetíveis aos momentos de ruptura, à estagnação emocional e às formações psicopatológicas. Sob esta óptica, Winnicott (1945/2014) considera como cada etapa dos estágios do desenvolvimento emocional está vulnerável a sofrer *regressões* caso haja a sobreposição afetiva da ansiedade.

5.1.2 A Ansiedade e a Normalidade; A Ansiedade e a Insegurança

A importância que Winnicott dá à ansiedade, como afeto que atravessa o processo do desenvolvimento emocional como um todo, é corroborada a partir de vários textos do autor. Em *A Note on Normality and Anxiety* (1931/2014), vê-se um ensaio relativo às manifestações de ansiedade em crianças, acompanhadas de formações sintomáticas físicas, como a micção anormal, a inquietação, os vômitos e congestionamentos nasais. Winnicott (1931/2014, p. 11) pondera sobre a ansiedade estar "presente ou latente" em crianças que manifestam esses sintomas físicos, sendo comum a falsa conclusão diagnóstica de origem física a estas reações.

Neste artigo, Winnicott (1931/2014, p. 7.) esclarece não ser "necessariamente anormal" um rebaixamento na saúde física durante o desenvolvimento emocional, sendo esperável estas manifestações de ansiedade nas crianças, a depender, sobretudo, da quantidade de "conflitos inconscientes" (WINNICOTT, 1931/2014, p. 19) que a criança teria dificuldade de expressar. O autor ilustra, através de algumas vinhetas clínicas, exemplos de sinais destes conflitos, como o ciúme entre irmãos, além de sentimentos de posse com relação à mãe, observados em seus atendimentos, nos quais a queixa inicial recaia nos sintomas físicos listados.

O texto em questão parece servir, de certa forma, como alerta, voltado à classe dos pediatras, do que propriamente aos psicanalistas, mais familiarizados com estes quadros de conflito emocional capazes de gerarem efeitos corporais. Esta observação se consolida em alguns trechos do artigo, como aquele em que Winnicott (1931/2014, p. 20) avalia como a dificuldade, por parte dos adultos e cuidadores, de aceitarem a existência de intensos sentimentos de erotismo e hostilidade nas crianças, pode dificultar a diagnosticar e tratar corretamente estas manifestações. Neste aspecto, o texto *A Note on Normality and Anxiety* (1931/2014) oferece uma espécie de percurso clínico, que considera a vida emocional na busca etiológica de sintomas corporais e comportamentais em crianças. Da mesma forma, é válido apreciar como Winnicott aborda, neste texto, conceitos iniciais daquilo que vem a desenvolver ao longo de seus escritos sobre a ansiedade, ou seja, a relação direta do afeto com a corporeidade e o inescapável atravessamento da ansiedade, em se tratando de amadurecimento e crescimento emocional, tratando-a como "esperável" e "normal", dentro de certos limites.

De fato, observa-se em *Anxiety Associated with Insecurity* (1952/2014), texto de data mais avançada, uma maior interligação do papel da ansiedade com a teoria do desenvolvimento do autor. Neste texto, que toma como ponto de partida a discussão sobre o sintoma da *vertigem*, Winnicott (1952/2014) desenvolve seu argumento levando em conta o seguinte problema: a vertigem possui algo de psicogênico ou a sua leitura deveria ser feita como se tratasse de um fenômeno estritamente físico?

O sintoma de *vertigem*, conforme apresentado por Winnicott (1952/2014, p. 97), concerne a "sensação de ameaça ao equilíbrio" e as ansiedades usuais relacionadas ao medo de altura e de queda. O autor relaciona estes sintomas, mais comuns em adultos, às sensações que ocorreriam na infância, durante o próprio aprendizado de caminhar. Esclarece Winnicott (1952/2014) sobre a importância do suporte materno para que o bebê possa, gradualmente, aprender a manter seu equilíbrio em pé, podendo também avançar em substituir seu centro de suporte - primeiramente centrado na mãe, posteriormente centrado no próprio chão. Fazendo esta associação, Winnicott relaciona o sentimento de *vertigem* - uma das principais sintomáticas do fenômeno do pânico - com fontes primárias de ansiedade, relacionadas a atos de *aprendizagens iniciais,* como o próprio caminhar.

Neste sentido, afirma o autor que a "mais inicial forma de ansiedade" é relacionada à forma como o indivíduo é *suportado* (WINNICOTT, 1952/2014, p. 98). Se suportado, pelo seu meio, de forma insuficiente, o bebê experimentará formas primitivas de ansiedade. O autor procura defender, em contraponto a outras correntes psicanalíticas da época, de que há de se observar causas de ansiedade devido às *falhas de cuidado*, ou seja, falhas em fornecer um "suporte vivo e contínuo" (WINNICOTT, 1952, p. 98), em contrapartida a teorias que procuram encontrar a gênese da ansiedade apenas intrapsiquicamente.

Na visão do autor, a boa maternagem e os cuidados suficientes preveniriam a criança de sentir certos tipos de ansiedade provenientes de três situações: os estados de não-integração e dissociação; a falta de sensação de relacionar-se com o próprio corpo (despersonalização); e um distanciamento da relação com o ambiente, chamada pelo autor de "transferência do centro de gravidade da consciência do cerne para a casca" (WINNICOTT, 1952, p. 98). Notadamente, as três situações descritas como situações passíveis de ansiedades, destacadas pelos autor, relacionam-se intimamente com possíveis falhas das três etapas primordiais do desenvolvimento

emocional, descritas em *Primitive Emotional Development* (1945), ou seja, a integração, a personalização e a realização.

Neste ponto, o autor explicita e aprofunda a relação existente entre a ansiedade e as etapas do desenvolvimento emocional. Há a oferta de espaço para se pensar em como, de fato, os processos referentes ao bom progredir das etapas do desenvolvimento emocional são "potencialmente terríveis" e dificultosos, devido a fatores como a tendência a sentimentos persecutórios e as ansiedades afins (WINNICOTT, 1952, p. 98). A importância de um ambiente cuidador, auxiliando e suportando o indivíduo, na lida destas intensidades afetivas, é também sempre ressaltada no texto de Winnicott, que elege o ambiente como um potencial "neutralizador" destas ações persecutórias e ansiedades (WINNICOTT, 1952, p. 98).

É, ainda, no texto *The Depressive Position in Normal Emotional Development* (1954) que a ideia de inter-relação entre o processo de desenvolvimento emocional e a ansiedade é reforçada. Neste texto, que visa discutir o desafio do alcance do *estágio do concernimento*, Winnicott (1954/2014) esclarece sobre a importância da capacidade de *integração*, no indivíduo, entre duas etapas da experiência instintual para que se alcance tal estágio. Para alcançá-lo, tal estágio o indivíduo terá de lidar com as *ansiedades* provenientes desta integração. Para Winnicott (1954/2014), a "experiência instintual traz dois tipos de ansiedade": uma ansiedade é voltada para o objeto da experiência (a mãe, um parceiro sexual etc.), que é vista de *uma determinada forma* antes da experiência, e passa a ser visto de outra forma após a experiência. Outra ansiedade está ligada ao mundo interno do indivíduo, que também se modifica após a conclusão da experiência instintual (WINNICOTT, 1952/2014, p. 268).

Neste sentido, sentir-se bem, após estas experiências instintuais, dependeria da capacidade do indivíduo de *integrar,* em sua realidade perceptiva, ambas as experiências, do antes e depois - bem como sua transição - atravessando, para tanto, o sentimento de ansiedade. A repetição da descrição destas etapas, em diferentes textos, demonstra como, para Winnicott, há clara inter-relação entre a experiência instintual e o atravessamento da experiência afetiva da ansiedade.

Ademais, ao posicionar estas ansiedades como *desafios* inerentes aos estágios do desenvolvimento emocional pré-*whole-person*, ou seja, anteriores a uma organização psíquica concernente a conflitos de ordem interpessoal, como é o caso dos conflitos de cunho edípico, o autor posiciona o afeto da ansiedade como presente

no psiquismo, mesmo antes da aquisição do processo psíquico de repressão. Nesta senda, vê-se no texto *Birth Trauma, Memories, Anxiety* (1949) Winnicott referir-se ao que Freud conceitua *Angst* como um fenômeno emocional que ocorre quando o indivíduo já alcançou maturidade para usar repressão (WINNICOTT, 1949/2014, p. 181), deixa implícita a sugestão de uma ampliação da gama de afetos que dificulta e atravessa o campo emocional de um indivíduo em desenvolvimento, daquilo que Freud conceitua como *angústia*.

No que tange a organização teórica de Winnicott acerca da ansiedade, o autor fornece uma abertura de espaço para se pensar o afeto presente em processos fundamentais do *desenvolvimento emocional*, inclusive em fases iniciais, quando há poucos recursos psíquicos adquiridos. Esta construção teórica de Winnicott pretende abranger estágios do desenvolvimento humano que *ampliem* as construções teóricas de Freud sobre o tema - sem, necessariamente, refutá-las. O autor ainda apresenta, em seu texto *O Medo do Colapso* (1974/1994), o estatuto das *agonias primitivas*, que seriam como afetos resultantes de falhas graves do processo do desenvolvimento emocional - diferenciando-as, explicitamente, em termos de intensidade e de fonte psíquica, das demais ansiedades (WINNICOTT, 1974/1994, p. 73).

Em *Anxiety associated with Insecurity* (1952/2014), já há conceitos iniciais, que ampliam a noção de quadros de sofrimento emocional, quando o autor menciona sobre o medo de “não sentir ansiedade”, a qual *assegura* o indivíduo de que não está em processo de enlouquecimento (ou desintegração) (WINNICOTT, 1952/2014, p. 100). As descrições sintomáticas acerca desta experiência, que se aproxima intimamente com o núcleo psicótico da personalidade, são apresentadas em conjunto com importantes anotações a respeito da necessidade de fazer adaptações no manejo clínico, conforme será visto a seguir.

5.1.3 O Medo do Colapso e as Agonias Primitivas

No que diz respeito à psicopatologia contemporânea, *O Medo do Colapso* (1974/1994) é uma inegável contribuição de Winnicott. Sendo escrito pelo autor no ano de sua morte, demonstra o teor do amadurecimento do desenvolvimento de sua teoria. É possível observar, neste texto, uma espécie de *síntese teórica* de diversos pontos trazidos ao longo de sua obra. Winnicott (1974/1994), nesta publicação, realiza a descrição sintomática de um fenômeno considerado uma *exceção* à regra das

neuroses de transferência. A conjuntura sintomática deste fenômeno é nomeada pelo autor como “sentimento de colapso”, expressão escolhida por ser “bastante vaga” e “significar diversas coisas”, mas sintetiza a ideia central de “fracasso de uma organização de defesa” (WINNICOTT, 1974/1994, p. 71). Winnicott (1974/1994) explicita ainda que, ao contrário do caso das neuroses de transferência, onde o que está por trás das defesas é a ansiedade de castração, no sentimento do Colapso - acompanhado pelas chamadas *agonias primitivas* - o que vêm à tona é a ameaça contra a organização da própria integridade do *self*. Na escolha do termo “agonia primitiva”, Winnicott (1974/1994, p. 73) diferencia este sentimento de *ansiedade*, por avaliar que esta última não descreveria a real intensidade do fenômeno.

Ao estabelecer esta diferenciação, o autor oferece uma importante classificação metapsicológica entre a *ansiedade de castração*, típicas das neuropsicoses (ou neuroses de transferência) e as *agonias primitivas*, pesando a segunda categoria pertencente a um sentimento mais intenso e grave, devido ao grau de potencial desestruturante em que tais agonias ameaçam o indivíduo. Winnicott (1974/1994, p. 72) exemplifica alguns desdobramentos episódicos das agonias primitivas e do medo do colapso na seguinte listagem: “retorno a um estado não-integrado, sensação de cair para sempre, perda da integridade psicossomática, perda do senso real, perda de capacidade de relacionar-se com objetos”.

A descrição sintomática oferecida pelo autor faz remontar a quadros sintomáticos já descritos em outros textos, inclusive no próprio *Anxiety Associated with Insecurity* (1952/2014), no qual se observa um conjunto de sintomas que coloca as etapas do desenvolvimento emocional sob ameaça, a saber: a desintegração, a despersonalização e o distanciamento de relações objetais. De fato, Winnicott (1952/2014) descreve como estas sensações *despertam ansiedades*, mas *podem ser vencidas* com o apoio de uma "boa maternagem" (*good mothering*). Há, contudo, uma importante diferença posta: no fenômeno descrito em O Medo do Colapso, o indivíduo *já vivenciou* estas falhas ambientais e o *colapso*, restando uma espécie intensa de medo de que esta experiência retorne, inconscientemente, na forma de ameaça grave à sua vida.

Na experiência do colapso, o indivíduo estaria vulnerável perante as agonias primitivas, não encontrando o amparo necessário de seu meio ambiente. Em outras palavras, não fora possível, a este indivíduo, caminhar de uma *dependência absoluta* para uma *independência relativa*, em relação aos seus cuidadores. Winnicott

(1974/1994) discorre sobre a importância do indivíduo, durante a etapa de dependência absoluta, ter o suporte da mãe (ou cuidador), atuando como *ego* auxiliar (WINNICOTT, 1974/1994, p. 72), respeitando seu *ritmo de maturação*, além de oferecer o amparo necessário durante as dificuldades inerentes aos processos do desenvolvimento - a integração, a personalização etc.

Esta falha geraria a exposição à sensação das *agonias primitivas*, além da *inversão* do processo de amadurecimento, resultando num *enclausuramento* defensivo. O sintoma do medo de um colapso, no paciente adulto, é, deste modo, o medo de um colapso que já foi experienciado, mas sem ter sido *integrado* pelo indivíduo (WINNICOTT, 1974/1994, p. 74). Neste sentido, o que o paciente apresenta, muitas vezes, como queixa e como sintoma manifesto é, na verdade, a própria organização defensiva, mostra-se necessário um considerável progresso no campo relacional da análise para que seja possível alcançar estas experiências primárias.

> Vinheta Clínica: Observamos David, paciente descrito anteriormente como diagnosticado com TAG - transtorno de ansiedade generalizada - demonstrando o que pode parecer esta configuração estrutural defensiva. Apesar de sua queixa inicial ser referente à sua “ansiedade profissional”, o paciente pouco demonstra sofrimento, de fato, quando fala desta área - o que demonstra, na verdade, é sentimento de futilidade, com certa ansiedade em desorganizar-se. O que está por detrás desta fachada de organização? Certo dia, o paciente decide contar sobre os seus traumas do passado. Relata sobre o dia, com 4 anos de idade, quando sofreu abuso de garotos que moravam na mesma rua que ele, no interior do Brasil. Os abusos passaram a ser constantes, sob a ameaça de contarem que ele era homossexual na escola e na vizinhança. Quando decidiu contar aos familiares o que estava ocorrendo, foi ameaçado, novamente, de apanhar, pois a família não aceitava “estas coisas”. Parece-nos que David sentiu-se mais confiante para adentrar nessa parte de sua história pessoal, quando aceitei mudar o seu horário para o último horário da noite. Apesar do pretexto ser seus compromissos profissionais, parece a mim, querer, o paciente, uma companhia noturna, assim como era a sua avó, para conversar no escuro. Esta sensação de confiança parece ter sido mais importante para gerar confiança do que qualquer tentativa de interpretação oferecida.

Pode-se relacionar a descrição da experiência do Colapso com este recorte clínico. Winnicott (1974/1994) esclarece que, nestas experiências, os processos que envolvem o termo “inconsciente” não se referem ao inconsciente do recalque e da repressão, típico das neuroses de transferência, mas sim da *incapacidade egoica* de integrar e abranger algum conteúdo (WINNICOTT, 1974/1994, p. 73). É como se as

defesas criadas a partir da origem da falha tomassem a configuração patológica de um *falso self,* que impossibilita a comunicação com o núcleo criativo do *self*, protegendo o indivíduo do meio externo, mas também impossibilitando a integração desta experiência traumática. Portanto, para David, só foi possível trazer para as sessões o relato sobre os abusos sofridos em sua infância após a confiança de que o analista poderia agir como um *ego auxiliar*; em outras palavras, como um ambiente apoiador. Até então, o que estava em primeira cena, era de fato suas defesas, que, como elucidado por Winnicott (1974/1994, p. 71) eram “tão bem organizadas” que somente após o ganho de confiança o Medo do Colapso veio a “primeiro plano”.

Ao sintetizar, o autor posiciona-se de modo em que não há intenção em *refutar* a teoria da ansiedade de Freud, ligada à castração e às formações neuróticas (WINNICOTT, 1954/2014, p. 282). O autor busca oferecer uma *ampliação* na compreensão do psiquismo primitivo, no qual haveria manifestações de ansiedade relacionadas, particularmente, nas etapas do *desenvolvimento emocional*. A teoria do desenvolvimento emocional consiste num eixo central das contribuições de Winnicott para a psicanálise, é marca patente desta teoria a *participação ativa* do ambiente para o bom progredir e o “estado de saúde” de um indivíduo; tendo este que atravessar, independentemente de ser amparado, ao longo das etapas deste processo, o sentimento de ansiedade, que pode fazê-lo *regredir* ou *estacionar* em alguma etapa (WINNICOTT, 1945/2014, p. 148). Caso haja, de fato, uma falha grave em algum destes processos, o indivíduo poderá experimentar a sensação do *colapso*, acompanhada pelas *agonias primitivas*, sentimento mais intenso do que a ansiedade, comprometendo, assim, de modo mais severo, seu desenvolvimento saudável.

Trazendo a própria assinatura, Winnicott, muitas vezes, fornece opções de manejo que fogem às regras mais tradicionais da clínica psicanalítica. Em *O Medo do Colapso*, por exemplo, vê-se o autor diferenciar a “necessidade de experienciar” (e integrar) a experiência do colapso da “necessidade de lembrar”, dos casos típicos de neurose de transferência (WINNICOTT, 1974/1994, p. 76). No mesmo texto, observam-se sugestões de manejo do autor com o fito de *tirar* a análise da estagnação - como dizer ao paciente que o colapso, na verdade, já aconteceu. A estagnação da análise é outro alvo de estudo do autor, passível de ocorrer em casos, por exemplo, de um grau avançado de desenvolvimento de *falso self*, onde a orientação tradicional *interpretação* pode esbarrar em pacientes que *se adaptam* ao estilo e às intervenções do analista, criando, assim, uma espécie de conluio, onde os pontos mais sensíveis

não são alcançados. Há de se pensar, também, em pacientes que possam ser *hipersensíveis* a um estilo de intervenção onde há excesso de abstinência e neutralidade ou mesmo da interpretação. Winnicott, com seu estilo de manejo, oferece um *setting* que remonte a uma experiência de cuidado, onde recursos técnicos, como a postergação da interpretação, ou o silêncio, em companhia acolhedora, podem ser proveitosos. Em seguida, serão abordadas algumas especificidades deste estilo clínico, que caminham em conjunto com estas observações teóricas e podem contribuir para o atendimento de pacientes que fogem à regra das neuroses clássicas, visando à compreensão de uma clínica contemporânea para os casos avaliados, na visão psiquiátrica, como *transtornos de ansiedade*.

5.2. A PROPOSTA CLÍNICA: CATEGORIAS DE PACIENTES E ADAPTAÇÕES TÉCNICAS

As contribuições de D. Winnicott para a prática psicanalítica são reconhecidas pela ampliação teórica, a partir do conceito do *desenvolvimento emocional* da criança e da participação do ambiente neste processo. Desse modo, aumenta a abrangência da compreensão psicanalítica acerca da participação da *ansiedade* no psiquismo, como também pela inovação de seus preceitos técnicos, de manejo clínico. Neste aspecto, o autor contribui ao ampliar a técnica psicanalítica além daquela estabelecida classicamente como o modelo estritamente *interpretativo.*

Em *Metapsychological and Clinical Aspects of Regression within the Psycho-Analytical Set-Up* (1954), Winnicott oferece a categorização de três espécies de pacientes, separados com base nas necessidades de diferenças de “aparato técnico” requerido ao analista. Em primeiro lugar, o autor descreve uma categoria de pacientes que “operam como pessoas completas”, cujas dificuldades emocionais são provenientes de “relações interpessoais”. A segunda categoria diz respeito a pacientes que estão em um nível inicial do desenvolvimento da personalidade, com dificuldades emocionais que envolvem lidar com a *posição depressiva* e o *estágio do concernir*. Por fim, na terceira categoria organizada pelo autor, há o caso de pacientes *regredidos* a estágios iniciais do desenvolvimento emocional, requerendo, por conseguinte, cuidados técnicos diferenciados por parte do analista. Winnicott complementa que, muitas vezes, esta última categoria de pacientes parecem

pertencerem à primeira classificação, mas se trata de uma aparência é superficial, proveniente de uma organização defensiva de *falso self*.

Na primeira categoria, voltada para a tradicional configuração das neuroses de transferência, Winnicott (1954/2014, p. 282) avalia que pouco tem a acrescentar, em termos técnicos, àquilo estabelecido clinicamente por Freud, sendo sua técnica e teoria estrutural considerada como “válida e suficiente”. Winnicott cogita que a clínica psicanalítica desenvolvida por Freud fora *direcionada* a este público-alvo, devido a um “interesse particular” de Freud por pacientes aos quais as ansiedades pertencessem a conflitos de relações interpessoais. Sob essa premissa, argumenta Winnicott (1954g/2014) de que a preferência de Freud se deu, provavelmente, porque o próprio tivera uma maternagem suficientemente adequada, que lhe proveu certo desconhecimento do que poderia acontecer a pessoas que não tiveram a boa observação destes cuidados ambientais básicos.

Já na *segunda categoria, delineada* pelo autor, nota-se a aparição de suas ideias originais acerca da técnica do cuidado e do *holding*. Assinalando para a importância da *sobrevivência* do analista, o autor delineia uma categoria de pacientes para os quais a *oferta da interpretação* não seria a prioridade do manejo clínico. Por sua vez, o texto *The Manic Defence* (1935) traz, acrescidamente, contribuições essenciais para a expansão da compreensão desta segunda categoria de pacientes. Neste texto, sobressai a ideia primordial de que o objetivo analítico, nestes casos, deve ser fomentar a *internalização o objeto bom*, com base na relação transferencial, visando, assim, a diminuição das ansiedades típicas da conquista do estágio de concernir e da posição depressiva - envolvendo, especialmente, o sentimento persecutório de *culpa* e sua negação. Além disso, surge neste texto a ideia do *silêncio* como recurso terapêutico viável para esta categoria clínica, conforme se desenvolverá no próximo subitem.

Pertencentes à terceira categoria, Winnicott (1954/2014) descreve pacientes dos quais as dificuldades são provenientes de problemas de *sustentação primordial*, retomando a níveis primários do desenvolvimento emocional, cujo grau de comprometimento se aproxima intimamente da experiência psicótica, mesmo que protegida por uma aparente normalidade, devido a um *falso self* estabelecido, pode ser difícil de se perceber e diagnosticar corretamente a severidade destes quadros. Exemplifica o autor esta experiência ao contar sobre uma paciente que demonstrava uma *aparente* estrutura psíquica proveniente da primeira categoria clínica (das

pessoas completas), já tendo passado por anos de análise anteriormente. A certa altura, encontrou nela a necessidade de uma *regressão* (WINNICOTT, 1954/2014, p. 279). Em *O Medo do Colapso*, Winnicott (1974/1994) comenta sobre o risco de que o analista se engane em aparentes avanços da análise, posto que o paciente *vai se* adaptando, a fim de "postergar" WINNICOTT, 1974/1994, p. 73) a questão principal. Nestes casos, seria necessária uma adaptação relevante da técnica psicanalítica, visando à instalação de uma *regressão à dependência* no paciente, em busca do "*self* verdadeiro", para que a análise seja efetiva (WINNICOTT, 1974/1994, p. 280). A utilização da técnica da *interpretação*, nesta categoria, é consideravelmente relativizada, a fim de maior observação da *manutenção* de um *setting* que estabeleça uma relação de confiança e dependência na figura do analista.

Importante contextualizar que o *falso self* atua como uma *função defensiva* do aparelho psíquico, construído na base da submissão. Apesar de haver vários graus possíveis de formação de falso *self*, sendo que certos graus são pensados *saudáveis* e essenciais para a manutenção da convivência social, é preciso se atentar quando o paciente, em sua experiência emocional, *confunde* o seu falso *self* com o *self* real, pois isto desperta um "crescente sentimento de futilidade e desespero" (WINNICOTT, 1998, p. 122) (como é o caso ilustrado aqui do paciente *David*). Nestes cenários, a técnica da *regressão à dependência* seria uma opção viável para alguma recuperação da vivência criativa.

A temática da *regressão à dependência,* em cenários clínicos onde ela se faça possível (ou necessária), é então explicada pelo autor como um movimento "contrário à progressão" (WINNICOTT, 1954/2014, p. 280), ou seja, uma espécie de busca de resgate, no indivíduo, do impacto que gerou uma ruptura e estagnação em seu processo de desenvolvimento emocional. Para que seja alcançável esta regressão, é indispensável que se instale uma autêntica *confiança* e *dependência* na figura do analista, através da manutenção de um assegurado vínculo transferencial. Winnicott (1960/1998) descreve esta instalação como a transformação do paciente, adulto, em uma "criança altamente dependente, imatura e real" (WINNICOTT, 1960/1998, p. 122), passando a ser a figura do analista a sua principal referência de *ambiente.*

A partir desta instalação transferencial, haveria a oportunidade de uma restauração do ponto que estava estagnado, por conta da possibilidade de um *novo contato* deste paciente com o seu núcleo originário do *self*, gerando, assim, movimentos de "potência criativa" e de "renovação instintual" (WINNICOTT,

1954/2014, p. 290). Esta manobra clínica, apesar de expandir o alcance da psicanálise para pacientes com comprometimentos severos, não é feita sem ressalvas ou sem riscos a serem considerados. A proposta da regressão clínica é conceituada, pelo próprio autor, como problemática e sensível, por diversos fatores. De início, Winnicott (1954/2014) adverte que os pacientes que se mostrarão aptos à instalação de uma regressão à dependência precisam ser “bem selecionados”, por parte do analista, visando o momento mais oportuno e benéfico desta instalação. Ao próprio analista, Winnicott (1954/2014) adverte que não procure tratar pacientes que demandem uma regressão à dependência, caso não possua, pelo menos, “uma década de experiência”, sendo que este tipo de análise demandaria um alto investimento emocional.

As advertências de Winnicott (1954/2014; 1960/1998) em face do processo da regressão à dependência levam a pensar sobre a demanda de entrega emocional, por parte do analista, para conduzir este processo clínico, o que precisa ser, de fato, ponderado, tendo em vista que caso esta entrega emocional não fosse realizada, exporia o paciente a uma grande fragilidade, sem ofertar o apoio necessário.

Por parte do paciente, também a experiência da regressão pode ser intensa e perigosa, tendo em vista que haverá contato com emoções há muito “congeladas”, próximas da experiência psicótica, além de haver a possibilidade de uma *remodelação* de suas camadas protetivas mais ativas do *falso self*. Winnicott (1954/2014) avalia como é comum, durante o período da regressão à dependência, de que o paciente se comunique, frequentemente, por *acting outs* - sendo esta via de comunicação altamente “reveladora”, se passível de ser suportada e *traduzida* pelo analista (WINNICOTT, 1954/2014, p. 289).

Ao ponderar sobre a experiência afetiva que perpassa o processo da regressão clínica, Winnicott (1954/2014, p. 290.) considera que o paciente poderá experimentar emoções “extremamente dolorosas”, mas também sensações de “extrema satisfação”, provenientes do contato com o núcleo real do *self*. Ilustra o autor como, durante um processo de regressão, mesmo *a pontualidade do analista* é sentida intensamente. A intensidade afetiva da experiência clínica com os pacientes propensos à regressão é ilustrada, em *Hate in Countertransference* (WINNICOTT, 1947/2014, p. 198), como capaz de gerar sonhos de conteúdo invasivo ao analista, sendo percebidas como mais toleráveis as “ansiedades de castração” dos pacientes neuróticos.

A proposta de um manejo clínico que leve a uma *regressão à dependência,* com o intuito de restabelecer o contato do indivíduo com seu núcleo mais originário de *self*, é uma contribuição inovadora de D. Winnicott à prática psicanalítica. Neste sentido, Kupermann (2006) discorre que o estilo clínico winnicottiano desenvolve uma experiência transferencial e, em alguns casos, configura um “arriscado desafio”. Sendo a práxis basilar deste estilo clínico a adaptação *do* analista *ao* indivíduo, Kupermann (2006, p. 102) descreve como esta experiência leva o analista a “odiar e se deixar odiar e destruir, sobrevivendo a esse movimento emancipatório do analisando, sem abandono nem retaliação”.

Ao propor este estilo clínico, que também chama o analista para a abertura de uma experiência criativa, Winnicott propõe a quebra dos paradigmas supracitados ao longo desta dissertação, que dizem respeito ao risco inerente em tornar a prática psicanalítica rígida demais na figura de distanciamento e no ar de autoridade do psicanalista, representando uma espécie de figura inacessível ao imaginário do paciente.

Em suma, fica ressaltada na organização de três categorias de pacientes, proposta por Winnicott (1954/2014), a necessidade de uma *adaptação do analista*, em sua técnica e em seu manejo clínico, a depender de qual seja o *estágio* do maior comprometimento emocional que o paciente possa apresentar. Winnicott enfatiza consideravelmente a técnica da *regressão à dependência*, com base na dependência transferencial ao analista, para atender casos de comprometimento psíquico mais agravados, onde a camada de *falso self* seja severa e a capacidade do paciente em sentir-se emocionalmente vivo e potente encontra-se altamente prejudicada. Nesta perspectiva, eleva-se a questão, revisada anteriormente, sobre a diferença entre as modalidades de *elaboração psíquica* presentes na relação transferencial ou não - a *Verarbeitung* e a *Durcharbeitung* de Freud. Vislumbra-se aqui a importância que Winnicott dá a *Durcharbeitung*, a elaboração psíquica que engloba, intrinsecamente, a relação transferencial.

Convém sublinhar que não é possível afirmar, como válido e oportuno, de forma abrangente a estas manifestações contemporâneas, a proposta clínica da *regressão à dependência*, tendo em vista que nem sempre será o caso de empregar-se deste recurso clínico, demonstradamente custoso e, de certa forma, arriscado. Contudo, observa-se como Winnicott, ao longo de suas considerações técnicas voltadas a pacientes que ainda não atingiram o grau de “pessoas completas”, oferece recursos

clínicos que se considera como aproveitáveis para estas manifestações de ansiedade e angústia da clínica contemporânea.

Selecionam-se, dentre estes recursos clínicos, três tópicos específicos, que se propõe aqui organizar como alternativa ao *manejo da angústia*, compreendido a partir de um modo mais tradicional, ou seja, oferece-se a seguir uma proposta de *manejo da angústia* ao que poderia ser apreciado como “estilo winnicottiano”.

5.2.1 O manejo da angústia no Estilo Clínico Winnicottiano

A clínica contemporânea convida a prática psicanalítica a revisitar, frequentemente, muitos conceitos fundamentais, na medida em que as expressões de subjetividade e de sofrimento do ser humano estão em constante transformação. Pensar no que consiste o *manejo da angústia*, dentro de um cenário clínico psicanalítico, faz-se relevante na medida em que esclarece sobre momentos que ocorrem durante um atendimento; apontando possíveis caminhos diante da exposição de um estado de angústia, por parte do paciente, muitas vezes, dentro do nosso recorte investigativo, rotulado como uma *pessoa ansiosa*, podendo mesmo ser um “portador” de um *transtorno de ansiedade*.

Há, na técnica psicanalítica de cunho mais interpretativo, um entendimento tradicional que seria o *manejo da angústia*, conforme se vê em autores como Nasio (1991) e Simon (2010). Em virtude disso, busca-se, através da aferição de alguma manifestação de angústia do paciente, durante uma sessão, uma espécie de *trilha investigativa*, esperando o alcance de algum material inconsciente recalcado. Em outras palavras, nesta espécie de manejo, conforme expõe Nasio (1991, p. 91), procura-se a “incitação de um *novo* estado de angústia”, propondo, assim, uma atualização sobre a angústia já conhecida pelo paciente. Esta apreciação de *manejo da angústia* parece ser mais propriamente direcionada ao atendimento clínico das neuroses de transferência, as “pessoas completas” da categorização winnicottiana. É necessária, contanto, certa habilidade do analista, conforme sinaliza Simon (2010, p. 34), para que se mantenha este nível de tensão dentro de um "limite aceitável”, evitando levar o paciente a uma desorganização.

Ao mesmo tempo e em direção oposta, há certa predominância, na prática de cuidados clínicos de saúde mental contemporânea, em pautar-se no chamado *pragmatismo nosológico* (PEREIRA, 2017), disseminado amplamente a partir da

categorização psiquiátrica dos *transtornos de ansiedade*. Nesta categoria clínica, pode-se dizer que também há, a seu próprio modo, uma espécie de *manejo de angústia*, que consistiria, de forma sucinta, na busca de sua remoção, através da indicação medicamentosa.

A partir do estilo clínico de Winnicott, é possível encontrar o aproveitamento de alguns de seus recursos técnicos para mapear meios alternativos em *manejar a angústia* durante uma sessão psicanalítica. Em Winnicott (1954/2014), é ressaltada a importância de se discernir o que acontece em uma sessão com base em *dois planos*: um plano em que há um *material apresentado* pelo paciente, a ser entendido e interpretado pelo analista; e, outro plano, onde se observa o *setting*, ou seja, o espaço, o cenário, em que o trabalho analítico acontece. A adequada observância deste *setting* é feita através do cumprimento de detalhes importantes, como a pontualidade e a previsibilidade do encontro analítico, a postura de acolhimento e não julgamento, a oferta de um ambiente confortável, com iluminação apropriada, estando à disposição produtos básicos, como água e uso de sanitários etc.

Sobre estas particularidades clínicas e técnicas encontradas em Winnicott, separam-se dois aspectos de *técnica* que podem ser proveitosos como compreensões alternativas para manejar situações de angústia, pensando principalmente na categorização de pacientes que fogem à regra das neuroses tradicionais. Os aspectos são: a oferta de *momentos de silêncio*, fundamentados em uma postura transferencial *acolhedora* e *reconfortante* (*reassurance*, no original), quando oportuno; e a *postergação da interpretação*, embasada pela observação da *sobrevivência do analista*.

No que tange a possibilidade de *sustentar o silêncio*, é verificável que esta não é uma exclusividade técnica de Winnicott, trata-se de uma prática compartilhada em boa parte das vertentes psicanalíticas. No entanto, a finalidade e a oportunidade em lançar mão deste recurso, para o autor, é especificada como um momento em que há *possibilidades* de integração de experiências instintuais básicas. Para Winnicott (1954/2014), a oferta do momento do silêncio, ao contrário de ser um momento constrangedor, estimulador de um estado de desconforto que pode resultar em alguma associação, é vista como a oportunidade de oferecer um ambiente reconfortante - *reassurance*, no original. A disposição, por parte do analista, em “reconfortar” seu paciente, é alvo de críticas por parte da comunidade psicanalítica, das quais o autor se defende da seguinte maneira: “o que pode ser mais reconfortante

do que ser bem analisado?" (WINNICOTT, 1954/2014 p. 292). Importante ressalva é feita, no intuito de distinguir que a oferta de uma postura *reconfortante* não pode ser confundida com a contaminação do *setting* por sentimentos contratransferenciais, por parte do analista, mas sim vista como parte da sustentação de um *ambiente* que forneça o que o indivíduo necessite, em determinados momentos oportunos para tanto.

Este recurso técnico também seria interessante para aqueles pacientes que são classificados como os de "segundo tipo" da categorização técnica winnicottiana, os quais teriam dificuldades emocionais provenientes da aquisição da posição depressiva e do estágio de concernir. Em *The Manic Defence* (1934), Winnicott argumenta sobre a importância de momentos de silêncio, em um *setting* terapêutico, como oportunidade de *internalização* do bom objeto, auxiliando, assim, o paciente no processo interno de conter angústias depressivas e atenuar suas defesas de ordem maníaca. O autor exemplifica, em um recorte clínico, quais podem ser os resultados da sustentação de um momento de silêncio compartilhado: o paciente sentiu "grande alívio" em um espaço de sustentação de "dois minutos", onde este pode ter sentido, momentaneamente, que "não precisava controlar tudo" (WINNICOTT, 1935/2014, p. 140).

> Vinheta clínica: A paciente Nina, que descreve seus episódios de pânico como um momento onde "parece que minha pele não vai aguentar", utiliza de boa parte da sessão para contar sobre como é constantemente perseguida e não bem compreendida pelas pessoas que 'deveriam lhe ajudar'. Neste momento, o analista mantém um silêncio por um tempo. Este silêncio, a princípio, parece incomodar a paciente, que diz: 'fala alguma coisa, você não costuma ser quieto assim'. O analista responde que está ali. O silêncio se prolonga, mas desta vez, parece possuir uma atmosfera reconfortante. Após alguns minutos, a paciente recomeça: 'acho que nunca te contei, mas sempre tive medo do escuro'.

A importância desta sustentação do silêncio, quando oportuno, fica ilustrada a partir do recorte trazido, como um momento de restabelecimento de alguma tranquilidade - que pode ser revitalizadora para o paciente. Assim, esta prática demonstra a sua validade de aplicação em pacientes que demonstram estados de *ansiedade* e *angústia* de modo contínuo, sinalizando para o que Winnicott classifica como uma dificuldade de integrar os estados de tranquilidade da experiência instintual (WINNICOTT, 1945. p. 152), além de ser uma oportunidade de internalizar o "bom

objeto” em seu aparato emocional. Esta importância dada aos momentos de quietude e silêncio é reafirmada em *Metapsychological and Clinical Aspects…* (1954/2014, p. 252), sendo avaliada, durante um momento de regressão, como uma *necessidade*, para além de uma *opção* de manejo clínico. Caso esta necessidade não seja atendida, esclarece Winnicott (1954/2014), acontecerá uma rápida *reconfiguração*, por parte do indivíduo, de uma adaptação ao ambiente, na base da submissão.

Um segundo aspecto técnico que se destaca como possíveis recursos de *manejo de angústia*, a partir da teoria de Winnicott, concerne o que o autor denomina de *postergação da interpretação*, usada em momentos clínicos onde, o mais importante, é a “sobrevivência do analista”, ou seja, a possibilidade de ser “usado e atacado”, mas conseguir sobreviver, como analista, naquela relação. Nesta perspectiva, Winnicott (1947/2014) considera importante a manutenção de um ambiente que seja “regular” e “previsível”, para que o paciente, quando em contato com experiências primitivas, tenha alguma espécie de *esteio* emocional em seu campo vivencial. Esta manutenção de ambiente é vista, pelo autor, como sendo “mesmo mais importante que as interpretações verbais” (WINNICOTT**,** 1947/2014, p. 198).

Na experiência de *sobreviver* a um encontro analítico de afetos intensos e primitivos, o analista é orientado a observar alguns fatores relevantes, que podem passar despercebidos sob a falsa percepção de que o *sobreviver* significaria uma certa passividade, ou permissividade, por parte deste. De fato, o conceito aponta para uma postura muito além de uma permissividade indiferente.

O próprio termo utilizado pelo autor, *sobrevivência,* dá certa ideia de que este processo é intenso afetivamente. Sob essa óptica, a concepção de sobrevivência leva a entender de que há um risco de que algo possa não sobreviver, algo possa ser destruído. De certo, um dos aspectos que poderá não sobreviver, ao tratar certos pacientes em estágios demasiadamente regredidos de expressões afetivas, é a manutenção de expectativas, por parte do analista, de que aquele atendimento poderá ocorrer a partir de certa distância calculada, onde este se resguarda da tensão afetiva do encontro, podendo, assim, oferecer interpretações do que está ocorrendo de certo lugar seguro e neutro. Poder-se-ia associar esta expectativa descrita àquilo que Freud compreendia, segundo Abrantes (2016), como o trabalho psíquico da *Verarbeitung* - a *elaboração associativa,* que ocorreria mais internamente ao indivíduo, necessitando de pouca coparticipação contínua do analista.

Mesmo que o analista esteja disposto a não realizar a sessão de modo distanciado, há ainda outro risco que se relaciona à importância de *sobreviver*, enquanto se posterga a fase mais interpretativa da análise: é sobre as próprias expectativas, idealizações e possíveis sentimentos de frustração diante do que implica oferecer-se ao outro como um ambiente primário. Este processo pode acarretar desânimos, sentimentos de ódio e, até mesmo, certa falsa noção de que "sobreviver" corresponderia a permissividades e posturas entorpecidas, por parte do analista. Sob esta égide, vê-se em *Hate in Counter-Transference* (1947, p. 200), Winnicott explicar que, para que seja possível *sobreviver* a esta experiência, é ressaltada a necessidade do *preparo* emocional do analista, por ser e deixar-se ser alvo de forças e impulsos de agressividade, sem devolver ao paciente retaliação. Nesta linha, chama-se a atenção para que o analista esteja ciente dos próprios sentimentos de hostilidade, a fim de que não se acumulem tensões emocionais que possam desencadear um *acting out*. Nesta perspectiva, faz-se um paralelo com as separações de modalidades de possibilidade de realização de *trabalho psíquico,* conforme vistas na obra de Freud e, anteriormente, abordadas nesta dissertação. O caráter do trabalho psíquico proposto por Winnicott, quando diz sobre a importância da *sobrevivência do analista*, em sobreposição a uma correta interpretação oferecida ao paciente, remeteria mais à experiência do estatuto conceitual do *Durcharbeitung*, a perlaboração afetiva, onde a presença e vínculo transferencial do analista com o paciente significa elemento essencial.

Em conclusão, no que concerne ao estilo clínico de Winnicott, torna-se patente as contribuições trazidas pelo autor para compreender situações clínicas em que a proposta tradicional de condução psicanalítica, pautada principalmente na interpretação, surtiriam poucos efeitos, ou mesmo uma falsa aparência de efeitos, centralizada apenas nas esferas mais adaptativas do sujeito ao ambiente, ou seja, seu *falso self*. O autor salienta, no entanto, que as técnicas legadas por Freud são válidas para os pacientes que atingiram certo grau nas escalas do desenvolvimento emocional. Portanto, mostra-se pertinente, enquanto possibilidades de *manejo de angústia,* as contribuições técnicas de Winnicott aqui trazidas, tendo em vista os *signos* das expressões culturais contemporâneas e do *mal-estar* da atualidade, onde as configurações de sofrimento emocional, como os transtornos de ansiedade, se assemelham às dificuldades emocionais, sinalizadas por Winnicott, como dificuldades de fases "pré-pessoas completas".

CONSIDERAÇÕES FINAIS

> Essa é uma aventura pela qual todos têm de passar: a de aprender a angustiar-se, para que não se venham a perder, nem por jamais terem se angustiados, nem por afundarem na angústia (KIERKEGAARD,1844/1968, p. 161.)

Esta dissertação objetivou compreender, a partir da evidenciação de uma crescente presença de diagnósticos dos chamados *transtornos de ansiedade*, o que concerne, neste fenômeno, à prática psicanalítica. A percepção da amplitude que engloba o tema proposto faz abrir a problemática em diversos caminhos de abordagem possíveis. Dentre estes caminhos, oferece-se um aprofundamento nos seguintes tópicos: a observação dos confrontos discursivos entre a prática psicanalítica e a prática psiquiátrica, simbolizadas pela escolha semântica de utilização do nome *ansiedade* ou do nome *angústia*, para se referir a um afeto protagonista da psicopatologia; o modo como as expressões e formações de subjetividade contemporâneas dialogam com esta oposição entre as duas modalidades de prática clínica; e, por último, a existência, na prática psicanalítica, de estilos clínicos que podem diferir a respeito da condução clínica e compreensão do sofrimento emocional daquelas que se referem mais ao modelo clássico das neuroses de transferência.

A delimitação semântica entre os termos *angústia* ou *ansiedade* é difusa e pode gerar dificuldade de compreensão quanto à correta utilização de um termo ou de outro. Devido ao fato de serem palavras consideradas como sinônimos, não se encontra, de fácil acesso, uma distinção bem estabelecida sobre uma diferenciação, seja em manuais de psiquiatria, como o DSM-5, ou em referências teóricas psicanalíticas. Porém, há uma notória predileção, no uso cotidiano discursivo de ambas as práticas, atualmente, pelo termo *ansiedade*, no discurso psiquiátrico, assim como se prefere falar de *angústia,* no discurso psicanalítico.

Com o auxílio do estado da arte (SIMONETTI, 2010; VIANA, 2010; CASTEL, 1987 a), observa-se como esta preferência terminológica representa a oposição entre duas formas de tratar e compreender, clinicamente, um afeto protagonista no cenário da psicopatologia como um todo, cuja oposição é marcada, historicamente, por uma série de movimentos de separação ou aproximação entre a psiquiatria moderna

marcada pela abordagem fisiológica e organicista, e a psicologia psicodinâmica da psicanálise.

Esta proposta discursiva da psiquiatria, que emprega majoritariamente o termo *ansiedade*, condiz com as definições de Pereira (2017) de *pragmatismo nosológico*, quer dizer, centrada no tratamento clínico da psicopatologia a partir de uma averiguação de sintomas, para o alcance de um enquadramento diagnóstico e o início de intervenção primordialmente fármaco-química, visando a supressão ou remoção destes sintomas averiguados. No sentido oposto, a proposta psicanalítica, representada pela preferência do termo angústia, não visa a supressão ou remoção do afeto, mas sim a observação dos aspectos subjetivos do indivíduo, tendo em vista as considerações psicodinâmicas, para a condução de um tratamento terapêutico alicerçado na relação transferencial e, tradicionalmente, na oferta da interpretação como recurso transformativo. É necessária a ressalva de que, por motivos de tradução, manteve-se, na tradição de língua inglesa da psicanálise, o uso do termo *anxiety*, correspondente à ansiedade, não significa dizer que esta vertente da psicanálise se alinhe com as diretrizes do discurso psiquiátrico.

Pautada no trabalho psicodinâmico dos aspectos *subjetivos* do paciente, a prática psicanalítica depara-se com o desafio de precisar *acompanhar*, tanto teoricamente como em termos de técnica clínica, as transformações que ocorrem, com o passar do tempo, nas formações subjetivas da cultura vigente. Neste ponto, adentra-se no tópico do percurso investigativo em que se expõe como a oposição entre psiquiatria e psicanálise é estimulada e potencializada pelas próprias transformações observadas nas formações de cultura da contemporaneidade.

As formações subjetivas contemporâneas e suas correspondentes formas de *mal-estar*, ao que se demonstra, estão mais distantes daquelas formações pensadas por Freud, provenientes de sua época, centradas, sobretudo, no conflito gerado entre a moralidade e a sexualidade. Neste sentido, a importância da abertura de compreensão de quais seriam novos fatores que ditam as principais formações subjetivas contemporâneas e suas formas de expressão de *mal-estar*, mostra-se essencial para compreender as necessidades e as possibilidades clínicas da psicanálise contemporânea, conforme elucida Kupermann (2006b).

Ao adentrar, então, na verificação destes elementos, com apoio bibliográfico de Birman (2014) e Han (2017), apresentam-se alguns dos fatores subjetivos que vigorariam nas formações culturais contemporâneas. Isto estabelece também uma

correlação destes fatores com as noções categóricas dos diagnósticos de *transtornos de ansiedade*, visando, desse modo, uma *expansão* da compreensão do que encerra estes diagnósticos. A partir dos autores supracitados, constatou-se como a contemporaneidade é marcada, em suas formações subjetivas, com a lógica da supervalorização corporal, da saúde como bem de consumo, da pressão cultural pelo desempenho, assim como das alterações na forma de experimentar o tempo, gerando, por conseguinte, efeitos de prejuízo, em via geral, na capacidade psíquica da *simbolização*. Estes elementos de formação subjetiva, muitas vezes, entram em ressonância com o que se é diagnosticado, de modo genérico, como *transtornos de ansiedade*, principalmente em relação aos episódios de *pânico,* a hiperatividade e tensão emocional da *ansiedade generalizada* e a dificuldade de *temporalizar* eventos traumáticos do *estresse pós-traumático.*

Neste sentido, estas expressões de subjetividade *ressoam* com o discurso psiquiátrico do *pragmatismo nosológico*, de modo a impulsioná-lo*,* devido às promessas de *eficácia* da *performance* primordialmente medicamentosa, em detrimento, na maior parte das vezes, da prática psicanalítica, que visa outros caminhos clínicos. Contudo, a prevalência do discurso psiquiátrico não ocorreria apenas com o avanço dos psicofármacos, mas também por possíveis *derrapagens* da prática psicanalítica de acompanhar as mudanças culturais.

Esta constatação leva ao terceiro e último tópico de investigação. A partir desta possível “derrapagem” da prática psicanalítica, baseada em um modelo específico de atendimento clínico que pode *não atender* a determinadas estruturas psíquicas, encontra-se o que Kupermann (2006b) organiza como *Estilo Empático* de clínica psicanalítica, especialmente no que tange às referências de D. Winnicott, a oferta de complementaridade ao estilo tradicional de atendimento psicanalítico. Isto, pro sua vez, auxiliaria na condução terapêutica das tratativas de sofrimento contemporâneo, como aquelas dos *transtornos de ansiedade*. Esta constatação leva a direcionar a investigação ao aparato teórico de Freud e Winnicott, a fim de procurar quais seriam as compreensões acerca do papel do afeto angústia/ansiedade no psiquismo, bem como as suas possibilidades clínicas.

Em Freud, chega-se a constatação de como a teoria do autor sobre a angústia e a sua proposta clínica centralizam-se nas formas de adoecimento psíquico que correspondem a um modelo tipicamente neurótico - as chamadas *neuroses de transferência*, organizadas a partir do complexo de Édipo e da formação da angústia

que interage com o recalque de desejos proibidos. É preciso considerar, no entanto, que Freud investigou, em seus escritos, possibilidades de expressões de angústia que sobressaem desta regra - desde a formação da neurose de angústia, em seus primeiros textos, como a experiência da *angústia automática,* relacionando-a à experiência do *trauma*, considerando como, de fato, estas expressões de sofrimento seriam diferentes daquelas que mais estudou. No entanto, o autor não oferece novos recursos *clínicos* acerca destas categorias, restando, assim, *lacunas* a serem divisadas pelos autores pós-freudianos.

Neste ponto, o pensamento teórico-clínico de Winnicott, experiente pediatra e psicanalista, colabora com a expansão da verificação, iniciada por Freud, da necessidade de uma clínica psicanalítica para além das neuroses de transferência. Apesar do autor pouco falar de trauma, o conceito da experiência traumática e do *desamparo*, iniciado em Freud, parece ser aprofundado pelo autor no que é chamado como *falhas ambientais*. Por outro lado, em Winnicott, a importância da *interação* com o ambiente para o alcance do progresso nas etapas do desenvolvimento emocional de um indivíduo aparece como fundamento teórico para inovações clínicas, como o brincar, a postergação da interpretação, a sobrevivência do analista e a oferta do acolhimento reassegurador, recursos que se mostram como viáveis à clínica de pacientes que fogem à regra clínica das neuroses.

Assim, é possível constatar como alguns fatores que geram mal-estar na subjetividade contemporânea, como a *pressão pela performance*, a busca inalcançável por um patamar de *saúde,* disseminado como bem de consumo, conforme mencionado anteriormente; ou as relativizações nas capacidades de simbolizar a passagem do tempo. Todos estes genericamente tratados como *ansiedade*, passam a serem vistos não como, exclusivamente, fatores que dizem respeito a um material *inconsciente* proveniente de um recalque, passíveis de serem elucidados em uma interpretação bem colocada, mas também como *dificuldade* provinda do desenvolvimento emocional ante as condições antagonistas de seu ambiente expandido. Neste aspecto, estas dificuldades poderiam ser retomadas, a partir da oferta de um acolhimento vincular com o analista, com a sobrevivência do analista, podendo chegar até à *regressão clínica*, em que Winnicott sinaliza a intensa experiência da possibilidade de *retomar* o desenvolvimento emocional, estagnado em momentos cruciais.

Em conclusão, o percurso dissertativo desta investigação levantou pontos que oferecem possibilidades de abertura à compreensão sobre o afeto da angústia e da ansiedade, assim como seus correlatos mais próximos, que se apresentam, de modo majoritário, como modalidades de sofrimento preestabelecidos a partir do diagnóstico de *transtornos de ansiedade*. Enfatiza-se aqui a relevância de se considerar a amplitude do contexto - cultural, teórico e técnico – que circunda estas expressões de sofrimento, evidenciando uma segunda importância em se considerar modalidades de manejo clínico compatível. Portanto, o percurso desta pesquisa demonstra uma oferta de *abertura* de pensamento clínico, a partir de uma revisão bibliográfica que conecta e relaciona pontos que se mostram, a princípio, separados e distantes entre si.

REFERÊNCIAS

ABRANTES, T. S. **As formulações da elaboração psíquica (*Verarbeitung* e *Durcharbeitung*) no pensamento freudiano**: dos estudos sobre a histeria aos artigos técnicos. 2016. Dissertação (Mestrado em Psicologia Experimental) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

ANDRADE, C. D. **Receituário Sortido**. Rio de Janeiro: Editora Aguilar, 1973.

APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BIRMAN, J. **O sujeito na contemporaneidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.

CASTEL, R. A **gestão dos riscos**: da antipsiquiatria à pós-psicanálise. Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves,1987.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1998.

CASTRO, F. A Angústia em Kierkegaard, Heidegger e Sartre - Sobre o que a ciência não pode objetificar. **Revista Ética e Filosofia Política**, v. I, n. XXIII, p. 144-164, 2020. Disponível em <https://periodicos.ufjf.br/index.php/eticaefilosofia/article/view/31477>. Acesso em: 06/05/2022.

FIGUEIREDO, Luís Cláudio M.; COELHO JUNIOR, Nelson Ernesto. Estratégias e táticas de cura na psicanálise contemporânea transmatricial. In: **Adoecimentos psíquicos e estratégias de cura**: matrizes e modelos em psicanálise [S.l: s.n.], 2018.

FULGENCIO, L. Pode haver uma ciência psicanalítica sem uma metapsicologia especulativa?. **Scientiae Studia**, 2013, v. 11, n. 3 p. 491-510.

FRANCES, A. **Am I a dangerous man?** 2012. Disponível em: <http://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201203/ami-dangerous-man>. Acesso em: 06/05/2022.

FREUD, Sigmund (1894a). **Sobre os Fundamentos para Destacar da Neurastenia Uma Síndrome Específica Denominada Neurose de Angústia**. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda., 1976a.

FREUD, Sigmund (1894b). **As neuropsicoses de defesa**. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda., 1976b.

FREUD, Sigmund (1894c). **Apêndice**: O termo Angst e sua tradução inglesa. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda., 1976c.

FREUD, Sigmund (1915). **Conferências Introdutórias Sobre Psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras Editora Ltda., 2018.

FREUD, Sigmund (1926). **Inibições, sintomas e ansiedade**. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda., 1976d.

FREUD, Sigmund (1930). **O mal-estar na civilização**. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda., 1976, v. 21, versão digital.

GRAVES, R. **Os Mitos Gregos**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira Participações S.A., 2017.

HAN, B.-C. **Sociedade do cansaço**. Petrópolis: Vozes, 2017.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. São Paulo: Ed. Hemus. 1927

KATO, S. **Tempo e Espaço na cultura japonesa**. São Paulo: Estação Liberdade, 2012.

KLEIN, T. **Angústia e tempo na obra freudiana**. Curitiba: Juruá, 2016.

KLEIN, T.; HERZOG, R. Inibição, sintoma e medo? Algumas notas sobre a Angst na psicanálise. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, n. 20., p. 686-704, 2017.

KIERKEGAARD, S. (1844). **O conceito de angústia**. São Paulo: Ed. Hemus, 1968.

KUPERMANN, Daniel. Dor e cura na constituição da clínica freudiana. Um ensaio sobre o primeiro Freud. In: **Presença sensível**: cuidado e criação na clínica psicanalítica. Ed. Civilização Brasileira. Rio de Janeiro, 2008.

KUPERMANN, Daniel. A progressão traumática: algumas consequências para a clínica na contemporaneidade. In: **Presença sensível**: cuidado e criação na clínica psicanalítica. Ed. Civilização Brasileira. Rio de Janeiro, 2008.

KUPERMANN, D. Presença sensível. A experiência da transferência em Freud, Ferenczi e Winnicott. In: **Presença sensível**: cuidado e criação na clínica psicanalítica. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 2008.

KUPERMANN, D. **Por que Ferenczi?** São Paulo: Zagodoni. 2019.

LAPLANCHE, J. **Problemáticas I**: a angústia 3. ed. São Paulo: Martins Fontes. 1998.

MANN, T. **A Montanha Mágica** (1924). São Paulo: Cia das Letras, 2011.

MEZAN, Renato. **O tronco e os ramos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

NASIO, J.-D. **A Histeria** – Teoria e Clínica Psicanalítica. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.

ORWELL, G. **1984**. São Paulo: Companhia das Letras. 2009.

PEREIRA, M. E. C. Freud, o sujeito da psicopatologia e o futuro da psiquiatria. In: KUPERMANN D. (Org.). **Por que Freud, hoje?** São Paulo: Ed. Zagodoni, 2017.

QUINODOZ, J.M. - How translations of Freud's writings have influenced French psychoanalytic thinking. **Int. J. Psychoanal.**, n. 91, p. 695-716, 2010.

ROUDINESCO, E. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 1998.

SIMON, R. **Psicoterapia psicanalítica**: concepção original – Teoria, técnica, pesquisas, ilustrações clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

SIMONETTI, A. **A angústia e a ansiedade na psicopatologia fundamental**. 2011. 165f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

STEINER, R. A world wide international trade mark of genuineness? Some observations on the history of the English translation of the work of Sigmund Freud, focusing mainly on his technical terms. **International Review of Psycho-Analysis**, v. 14, n. 1, p. 33-102, 1987.

TORRINHA, F. **Dicionário Latino Português**. 2 ed. São Paulo: Porto, 1942.

VIANA, Milena de Barros. Mudanças nos conceitos de ansiedade nos séculos XIX e XX - Da *Angstneurose* ao DSM-IV. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) Faculdade Comunitária Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2010.

VIEIRA; MOTTA. **O país dos ansiosos**. 2018. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/saude/o-pais-dos-ansiososveja> Acesso em: 05/05/2022.

ZIMMERMANN, D. **Vocabulário Contemporâneo de Psicanálise**. Porto Alegre, Editora Artmed. 2004.

WHO/OMS. **Depression and Other Common Mental Disorders, Global Health Estimates**. Geneva, Suíça: WHO, 2017.

WHO. **Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health.** Geneva, Suíça: WHO, 2020.

WINNICOTT, D. W. (1931). A note on Normality and Anxiety. In: WINNICOTT, D. **Through Paediatrics to Psycho-Analysis, 1992**. Nova York: Ed. Routledge, 2014.

WINNICOTT, D. W. (1935). The Manic Defence In: WINNICOTT, D. **Through Paediatrics to Psycho-Analysis, 1992**. Nova York: Ed. Routledge, 2014.

WINNICOTT, D. W. (1945). Primitive emotional development. In: WINNICOTT, D. **Through Paediatrics to Psycho-Analysis, 1992**. Nova York: Ed. Routledge, 2014.

WINNICOTT, D. W. (1949a). Hate in Counter-Transference. In: WINNICOTT, D. **Through Paediatrics to Psycho-Analysis, 1992**. Nova York: Ed. Routledge, 2014.

WINNICOTT, D. W. (1949b). Birth Memories, Birth Trauma and Anxiety. In: WINNICOTT, D. **Through Paediatrics to Psycho-Analysis, 1992**. Nova York: Ed. Routledge, 2014.

WINNICOTT, D. W. (1952). Anxiety associated with Insecurity. In: WINNICOTT, D. **Through Paediatrics to Psycho-Analysis, 1992**. Nova York: Ed. Routledge, 2014.

WINNICOTT, D. W. (1954a). The Depressive Position in Normal Emotional Development. In: WINNICOTT, D. **Through Paediatrics to Psycho-Analysis, 1992**. Nova York: Ed. Routledge, 2014.

WINNICOTT, D. W. (1954b). Metapsychological and Clinical Aspects of Regression within the Psycho-Analytical Set-Up. In: WINNICOTT, D. **Through Paediatrics to Psycho-Analysis, 1992**. Nova York: Ed. Routledge, 2014.

WINNICOTT, D. W. (1960). Distorção do ego em termos de verdadeiro e falso *self*. In: **O Ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

WINNICOTT, D. (1964). O valor da depressão. In: WINNICOTT, D. W. **Tudo começa em casa**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

WINNICOTT, D. W. (1974). O medo do Colapso. In: WINNICOTT, D. W. **Explorações psicanalíticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.