

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Alfredo Simonetti

A ANGÚSTIA E A ANSIEDADE NA PSICOPATOLOGIA
FUNDAMENTAL

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SÃO PAULO

2011

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Alfredo Simonetti

A ANGÚSTIA E A ANSIEDADE NA PSICOPATOLOGIA
FUNDAMENTAL

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Psicologia Clínica, sob orientação do Prof. Doutor Manoel Tosta Berlinck.

SÃO PAULO

2011

Banca Examinadora

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck pela receptividade no Laboratório de Psicopatologia Fundamental da PUC-SP, pela orientação norteadora dos caminhos desta pesquisa e, em especial, por sua intransigente posição em defesa da dimensão clínica da psicopatologia que influenciou não só o percurso intelectual desta pesquisa como também o meu percurso como clínico.

Agradeço aos meus colegas do Laboratório de Psicopatologia Fundamental pelos valiosos comentários apresentados a este trabalho e também pelo clima de cumplicidade e camaradagem que tornaram esta jornada muito mais agradável.

Agradeço aos meus pacientes que me escolheram como testemunha e acompanhante nesta travessia pelo campo do angustiante.

Agradeço a minha família pela compreensão e paciência em relação às tantas horas subtraídas ao nosso convívio para serem dedicadas a este trabalho.

O coração não pulsa: treme.

(A.S.)

RESUMO

Esta é uma pesquisa sobre a distinção entre angústia e ansiedade na Psicopatologia Fundamental. Partindo da narrativa clínica do atendimento de duas pacientes em consultório privado, que problematizou a questão, foram feitos, como passos preliminares: uma revisão na literatura referente à história da psicopatologia para se identificar o que havia de relevante em relação ao tema; uma pesquisa sobre a etimologia, a semântica e a tradução das palavras que compõem o campo do angustiante; e um estudo sobre a Psicopatologia Fundamental e seu método, o método clínico. Na sequência foi feita uma pesquisa sistemática e minuciosa nos textos da Psicopatologia Fundamental que se relacionavam ao tema, demonstrando que Psicopatologia Fundamental faz uma distinção-fracas entre angústia e ansiedade, distinguindo-as no plano descritivo, mas não o fazendo nos planos terminológicos e teóricos. Paralelamente, a pesquisa demonstrou também que no campo do angustiante a distinção importante feita pela Psicopatologia Fundamental é entre objetividade e subjetividade, e não entre angústia e ansiedade.

PALAVRAS-CHAVES: Angústia. Ansiedade. Psicopatologia Fundamental. Subjetividade.

ABSTRACT

This is a research on the distinction between anguish and anxiety in Fundamental Psychopathology. Starting from the clinical narrative of two patients in attendance in a private clinic, which framed the scenario, a review was carried out on the literature, as a preliminary step, regarding the history of psychopathology, so that relevant aspects on the theme could be identified; next a research was made on etymology, semantics and translation of the words that make up the realm of the anguish; and then a study on Psychopathology and its method, the clinical method. A systematic and detailed research was carried out on Fundamental Psychopathology texts related to the topic, showing that Fundamental Psychopathology makes a faint distinction between anguish and anxiety, distinguishing them on the descriptive level rather than on the terminological and theoretical ones. The research also showed, at the same time, that the relevant distinction Fundamental Psychopathology has made on the realm of anguish is between objectivity and subjectivity and not between anguish and anxiety.

KEY WORDS: Anguish. Anxiety. Fundamental Psychopathology. Subjectivity.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
1.1 O tema da pesquisa.....	08
1.2 A ambiguidade entre angústia e ansiedade.....	11
1.3 Angústia e ansiedade na história da psicopatologia.....	17
1.4 O percurso da pesquisa.....	29
2 A PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL.....	32
2.1 A errância de um pesquisador.....	32
2.2 A Psicopatologia Fundamental.....	33
2.3 O <i>pathos</i>	36
2.4 O método clínico.....	41
3 NARRATIVA CLÍNICA.....	58
4 O VOCABULÁRIO DA ANGÚSTIA.....	69
4.1 O termo <i>Angst</i>	69
4.2 Angústia e ansiedade em português.....	73
5 ANGÚSTIA E ANSIEDADE NA PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL.....	84
6 CONCLUSÃO.....	121
6.1 Metapsicologia.....	121
6.2 Considerações finais.....	134
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	139
APÊNDICE.....	154

1 INTRODUÇÃO

1.1 O tema da pesquisa

Esta dissertação é sobre a angústia e a ansiedade, mais precisamente, sobre a angústia e a ansiedade no campo da psicopatologia. Estas duas vivências humanas, a angústia e a ansiedade, interessam a diferentes áreas do conhecimento, tais como a filosofia, a antropologia, a teologia, a medicina, a psiquiatria, a psicologia e a psicanálise, dentre outras. Diante de tal amplitude temática e considerando o contexto acadêmico de mestrado, no qual se realizou este trabalho, a pesquisa se restringiu a considerar a angústia e a ansiedade apenas do ponto de vista psicopatológico deixando de fora, ou quem sabe adiando, todas estas outras interessantes abordagens.

Dizer que a pesquisa se restringiu “apenas ao psicopatológico” é uma referência ao passo metodológico de delimitar com precisão o problema a ser pesquisado e não uma consideração sobre a dimensão e a importância do campo psicopatológico que, ao contrário do “apenas”, é um “muito”. Além de muito importante na vida dos humanos, a psicopatologia pode ser definida, segundo a concepção da Psicopatologia Fundamental, como o campo de entendimento e cuidado do sofrimento psíquico *excessivo*.

Nascida da clínica, ou melhor, nascida do incômodo do clínico diante da clínica dos pacientes com sintomas relacionados à angústia e à ansiedade, esta pesquisa busca problematizar uma situação geralmente tomada como corriqueira e resolvida, ou seja, o fato de a angústia e a ansiedade aparecerem na clínica com uma certa ambiguidade; ora são tomadas como sendo a mesma coisa, ora são tomadas como coisas distintas que se articulam de várias maneiras.

A primeira que chegou se chamava Ana e disse que estava tomada pela ansiedade. A segunda que chegou se chamava Beatriz e disse que estava angustiada. Estas duas pacientes, por coincidência, atendidas no mesmo dia, fizeram-me questionar as noções de angústia e de ansiedade e, também, a utilidade clínica da distinção entre elas. É que, ao final do dia, revisando os atendimentos, dei-me conta de que havia prescrito o mesmo tratamento farmacológico para as duas: Lexapro e Rivotril - o primeiro, um antidepressivo e o segundo, um calmante. Então, se o tratamento é o mesmo, para que separar as patologias? A primeira resposta a esta pergunta salta aos olhos: acontece que nenhum tratamento é apenas prescrição de remédios, mesmo que seja em um contexto psiquiátrico. A clínica não é psicofarmacológica, psicanalítica, fenomenológica, ou qualquer outra denominação teórico-técnica, a clínica é psicopatológica sempre, ou seja, o fundamental na atividade clínica não é uma teoria ou uma tecnologia, e sim um sofrimento psíquico excessivo que se denomina *pathos*. É precisamente neste campo do *pathos* que o problema clínico da ambiguidade entre angústia e ansiedade se revela.

Será que Ana sofre mesmo de ansiedade e Beatriz de angústia? Ou as duas pacientes sofrem das duas patologias simultaneamente? Aliás, ansiedade e angústia são coisas diferentes ou são manifestações distintas de um mesmo *pathos*? Angústia e ansiedade são entidades nosográficas autônomas ou são sintomas presentes em diversas entidades nosográficas? Quando um paciente diz “eu estou ansiosa” ou “eu estou angustiada” está querendo dizer o quê? O fenômeno a que elas se referem é o mesmo que os teóricos designam como angústia ou ansiedade? A distinção entre angústia e ansiedade serve para alguma coisa na clínica ou tem apenas valor histórico? Qual a importância desta distinção na psicanálise, na psiquiatria e em outras disciplinas? Enfim, **por que será que algumas vezes se distingue angústia de ansiedade e outras vezes não, e isto tanto no nível clínico quanto no teórico?** Esta é a problemática clínica e teórica, o enigma que impulsiona e sustenta esta pesquisa.

Como mencionado acima, este enigma nasceu do incômodo do clínico na clínica da angústia e da ansiedade. Há muito tempo duas perguntas me atormentam. O que é angústia? O que é ansiedade? Antigamente quando um paciente me dizia “eu estou angustiado” logo em seguida me vinha à mente, quase de maneira intrusiva, o seguinte pensamento: mas o que é mesmo a angústia? E a ansiedade é a mesma coisa? O que será que ele quer dizer com isto? Estas questões eram tão atraentes que chegavam a dificultar o acompanhamento da fala seguinte dos pacientes, o que não é uma boa coisa para um analista, mas era assim mesmo que acontecia. Por outro lado, quando estava lendo um livro e aparecia a palavra angústia ou ansiedade, a situação se repetia, e eu tendia a interromper a leitura por um instante e ficar me perguntando: mas o que é mesmo esta angústia? Será a mesma coisa que ansiedade? Em que sentido o autor usou os termos angústia e ansiedade? Em muitos momentos difíceis da minha vida eu me flagrava pensando: é estou angustiado. E novamente lá vinha o questionamento. Mas será que isto é angústia ou ansiedade? O que é uma e o que é outra? O que estou sentindo? E, é claro, como saio disto?

Este enigma me levou a estudar a angústia e a ansiedade em suas mais variadas dimensões, o que venho fazendo há vários anos. Hoje o enigma ainda existe, mas mudou um pouco. No atendimento aos pacientes já é menos intrusivo, mas ainda está lá. No campo intelectual transformou-se no tema de minha dissertação de mestrado, e na minha análise pessoal ainda persiste, infelizmente.

A vontade, a curiosidade, a necessidade, ou seja lá o que for este tormento de querer descobrir o que é a angústia e a ansiedade é, portanto, o motor que anima esta pesquisa que, por motivos óbvios, se restringe ao campo clínico-teórico, ficando a questão pessoal fora disto, se é que é possível tal arranjo.

O campo psicopatológico é bastante vasto e admite muitas abordagens diferentes, e por causa disto faz-se necessário um segundo passo de delimitação.

Esta pesquisa adota, explicitamente, a abordagem da Psicopatologia Fundamental que privilegia a questão clínica no trato dos fenômenos psicopatológicos. Então o tema desta dissertação pode ser formulado da seguinte maneira: *a angústia e a ansiedade na Psicopatologia Fundamental*. Dentro deste tema a pergunta que esta pesquisa procurou responder é a seguinte: *a Psicopatologia Fundamental distingue angústia de ansiedade?*

1.2 A ambiguidade entre angústia e ansiedade

O campo recoberto pela angústia e pela ansiedade é de uma ambiguidade desconcertante para quem se aventura a estudar estes conceitos. Vasto por natureza e de limites imprecisos por dificuldades conceituais, neste campo tudo se passa de maneira bastante complexa, ambígua, misturada e imprecisa, demonstrando que a angústia ou a ansiedade ainda é uma vivência humana de difícil representação através da linguagem, e conceito científico de caracterização ainda mais difícil e trabalhosa, que continua desafiando a capacidade de síntese e de racionalização do homem, seja este homem um filósofo, um poeta, um médico, um cientista, um psicólogo, um psicanalista, ou mesmo o próprio ser ansioso.

Basta escutar qualquer um deles em suas múltiplas e repetidas tentativas de colocar em palavras esta tal Angústia-Ansiedade para nos darmos conta do quanto ela é mesmo complexa: muitas coisas ligadas de muitas maneiras; e do quanto é precária a linguagem. As palavras são incertas, e não só elas, os conceitos, as definições, as classificações, as descrições clínicas, tudo flutua, varia de acordo com o autor, com a corrente teórica, com o momento em que foram formuladas. Significantes com muitos significados, esta parece ser a natureza das coisas no mundo da angústia e da ansiedade. Kierkegaard já

apontava esta característica da angústia: “Imergiu-se na angústia que, sem dúvida, amava, se bem que, concomitantemente a temesse. Existirá no mundo ambigüidade mais profunda?”¹

A angústia e a ansiedade podem ser abordadas de diferentes perspectivas, mas seja qual for a perspectiva escolhida vamos sempre nos deparar com uma pluralidade de elementos, de dimensões. Do ponto de vista de sua natureza, a ansiedade é simultaneamente um fenômeno físico, psíquico e comportamental.² No enfoque etiológico, duas linhas de força se cruzam para gerar o fenômeno: as causas físicas e as causas psicológicas.³ Em termos valorativos, a ansiedade pode ser considerada como normal ou patológica, e até como benéfica em certos casos.⁴ Considerando-se a forma de apresentação no tempo e no espaço existencial, a ansiedade pode ser aguda ou crônica,⁵ focal ou difusa⁶, além de poder ser entendida como um estado transitório ou um traço permanente de personalidade.⁷

No aspecto semântico e etimológico, a raiz **ANGKHO** se bifurca em dois eixos, *angor* e *anxietas*, que vão originar termos paralelos em quase todas as línguas modernas, criando uma verdadeira floresta de palavras ligadas à ansiedade e à angústia.⁸ Uma abordagem histórica demonstra a existência de pelos menos seis grandes modelos de ansiedade: estoico, religioso, existencialista, médico, psicanalítico e cognitivo-comportamental.⁹ No campo das classificações, duas escolas dominam a cena: a visão psicanalítica e a visão psiquiátrica expressa nos códigos CID 10 e DSM IV.

¹ KIERKEGAARD, Soren. *O conceito de angústia*. São Paulo: Hemus Editorial, 1989. p. 46.

² LEWIS, Aubrey. Problems presented by the ambiguous word “anxiety” as used in Psychopathology. In: *The Later Paper of Sir Aubrey Lewis*. Oxford: Shephard (Ed.), Medical Publication (OUP), 1979.

³ HETEM, Luiz Alberto; GRAEFF, Frederico. *Transtornos de ansiedade*. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 107.

⁴ BRASIL, Marco Antonio. In: HETEM, Luiz Alberto; GRAEFF, Frederico. *Transtornos de ansiedade*. São Paulo: Atheneu, 2004. (prefácio)

⁵ FREUD, Sigmund. *Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “Neurose de Angústia”*. (1895). Edição Standard Brasileira (ESB), v. III. Rio de Janeiro: Imago, 1986. p. 94.

⁶ DEL PORTO, José Alberto. *Ansiedade e angústia*. Encarte Especial Motivação, n. 5. São Paulo: Lemos Editorial, 2002.

⁷ HETEM; GRAEFF, op. cit., p. 45.

⁸ LEWIS, op.cit.

⁹ PEREIRA, Mario Eduardo Costa. O conceito de ansiedade. In: HETEM, Luiz Alberto; GRAEFF, Frederico. *Transtornos de ansiedade*. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 3.

As definições de angústia e de ansiedade propostas pelas diversas correntes que tratam do tema também não resolvem a questão em definitivo. “Angústia é o que não engana”¹⁰, diz Lacan, criando uma definição que é quase um verso em seu poder de síntese e de gerar múltiplos significados. Por outro lado, a definição dos comportamentalistas afirmando que “a ansiedade é o que interrompe a ação”¹¹ é quase uma fórmula matemática devido a sua verificabilidade e possibilidade de mensuração.

Existem também definições que se impõem por sua beleza estética e que nos tocam feito uma boa música. É o caso da definição de Kierkegaard:

A angústia é como a vertigem. Quando o olhar mergulha num abismo há a vertigem que nos vem tanto do olhar como do abismo, pois que nos seria impossível deixar de o encarar. Tal é a angústia, vertigem da liberdade que nasce quando, ao querer o espírito instituir a síntese, a liberdade mergulha o olhar no abismo das suas possibilidades e se agarra à finitude para não cair.¹²

De fato existem muitas definições de ansiedade, talvez até definições demais. Alguém que tente entender o que é a ansiedade a partir das definições que ela recebe dentro das diferentes escolas de pensamento ver-se-á diante de sérias dificuldades tal é a multiplicidade delas e a diversidade dos elementos que a compõem.

Para Pessotti, historiador do campo da ansiedade, “[...] é desesperadora a tarefa de tentar ordenar o conhecimento na área da ansiedade a partir das principais definições existentes, pois de certo modo cada definição cria um tipo de ansiedade”.¹³

Delumeau, em respeitado estudo sobre a história do medo no Ocidente, também afirma a ambiguidade da angústia. Embora seu trabalho seja sobre o medo coletivo, este autor se preocupa, ao longo de toda a obra, em especial na introdução, em diferenciar o medo individual do medo coletivo chegando

¹⁰ LACAN, Jacques. *O Seminário*. A angústia. Livro X. Rio de Janeiro: Zahar, 2005. (o seminário - A angústia. Recife. Centro de Estudos Freudianos do Recife. - publicação para circulação interna - 1997. p. 198.

¹¹ PESSOTTI, Isaías. *Ansiedade*. São Paulo: EPU, 1978. p. 50.

¹² KIERKEGAARD, 1989, p. 66.

¹³ PESSOTTI, op. cit., p. 4-5.

mesmo a questionar se é válido o procedimento de transpor conhecimentos de uma área para a outra. De qualquer modo ele apresenta algumas ideias sobre o que chama de medo individual, e é aí que surge a questão da ambiguidade. Ele diz: “Como o medo *a angústia é ambivalente*. É pressentimento do insólito e espera de novidade; vertigem do nada e esperança de uma plenitude, é ao mesmo tempo temor e desejo.”¹⁴ (grifo nosso). Esta maneira de conceber a angústia, considerando-a em alguns casos positiva (desejada) e em outros negativa (aversiva), é de grande importância psicopatológica na medida em que dificulta a separação pura e simples entre normal e patológico.

Ainda em relação a esta questão da ambiguidade reinante no campo em questão, e agora tratando especificamente da distinção entre medo e angústia, Delumau responsabiliza a “psicologia clássica” por tal confusão, (mas não esclarece o que entende por psicologia clássica) e atribui à psiquiatria um papel esclarecedor. Segundo ele:

[...] aqui, pode tornar-se operatória no nível coletivo a distinção que a psiquiatria agora estabeleceu no plano individual entre medo e angústia, outrora *confundidos* pela psicologia clássica. Pois trata-se de dois pólos em torno dos quais gravitam palavras e fatos psíquicos *ao mesmo tempo semelhantes e diferentes*.¹⁵ (grifo nosso).

Marchetti, partindo da observação clínica de pacientes em tratamento médico devido aos chamados transtornos ansiosos, em um ambulatório de clínica médica, afirma que eles descrevem medo, angústia e ansiedade usando diferentes nomes.¹⁶ Ele diz que isto causa muita confusão, mas esclarece que o problema não é uma característica do discurso dos pacientes, pois os médicos também acabam fazendo a mesma coisa¹⁷:

Sobre esta ambiguidade do campo da angústia e da ansiedade Bastos, psiquiatra e historiador da psiquiatria brasileira, cunhou o termo “realidade

¹⁴ DELUMEAU, Jean. *História do medo no Ocidente*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989. p. 26.

¹⁵ *Ibidem*, p. 25.

¹⁶ Cf. MARCHETTI, Renato. In: FRAGÚAS JR., Renério. *Psiquiatria e psicologia no hospital geral: a clínica dos transtornos ansiosos*. São Paulo: Lemos Editorial, 1994. p. 25.

¹⁷ Ver, adiante, na p. 80, resultado de uma pesquisa realizada entre psicólogos sobre o uso do termo ansiedade.

poliédrica da questão da angústia” para tentar justificar o uso, pouco rigoroso, dos termos como sinônimos, tanto por psiquiatras quanto pelos pacientes. Note-se que o parágrafo, reproduzido abaixo, começa usando o termo angústia e termina com o termo ansiedade:

A *angústia*, imanente à condição humana, permanece imutável e constante ao longo dos séculos, acompanhando a existência do próprio homem. No final do milênio apenas estão presentes patoplasticamente alguns elementos atuais, conferindo-lhe um certo colorido e aparências particulares, embora reeditem as características da *ansiedade* sempre presentes.¹⁸ (grifo nosso).

Dejours¹⁹, autor de orientação psicanalítica, também chama a atenção para as dificuldades terminológicas no campo da angústia-ansiedade, lamentando que uma busca por definições dos termos usados na linguagem cotidiana não seria frutífera:

As definições dos termos utilizados na linguagem corrente não nos trariam muito esclarecimento. E as nuances entre Angústia, Ansiedade, Medo, temor, Pavor, apreensão, Inquietude, Terror, Pânico, etc. não são assim tão precisas que possam beneficiar de um consenso claro.²⁰

Este autor também afirma que “De fato é absolutamente notável que no auge da *Angústia-Ansiedade* vivida pelo psicótico delirante não ocorra nenhuma manifestação endócrino-metabólica.”²¹ O texto do qual foi retirada esta frase trata na verdade de uma discussão sobre o paralelismo psico-físico no caso de quadros psicóticos; mas o que interessa ressaltar aqui é o recurso de escrever angústia e ansiedade conectadas por um hífen demonstrando sua inseparável, ligação.

Este recurso é interessante na medida em que sugere que é possível considerar-se angústia e ansiedade como um campo conceitual único, uma espécie de “Campo do *Angst*”, termo que designaria então um vasto campo, que

¹⁸ BASTOS, O. Conferência de abertura da IV Jornada Nordestina de Psiquiatria e Saúde Mental. Salvador, jun. 2000.

¹⁹ DEJOURS, Christophe. *O corpo entre a biologia e a psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

²⁰ Ibidem, p. 21.

²¹ Ibidem, p. 42.

reuniria simultaneamente os aspectos linguístico, fenomênico e teórico ligados à angústia e à ansiedade. Este termo, Angústia-Ansiedade, que é utilizado no contexto desta dissertação, é apenas uma espécie de recurso provisório para designar o campo de pesquisa em questão, embora possa ser referência no *Angstlichen* freudiano. Embora esta abordagem possa parecer útil, ela não encontra amparo, ou mesmo menção, em todos os outros autores que escrevem sobre o tema da angústia e da ansiedade.

Como demonstrado acima, é comum a referência à ambiguidade entre angústia e ansiedade na literatura sobre o tema em questão. Geralmente a questão é mencionada como sendo um problema, uma dificuldade conceitual, entretanto existem posições divergentes desta que sugerem, então, que esta ambiguidade não é tão problemática assim. Diferentemente de Pessotti que reclama da dificuldade de definir ansiedade²², Marcchetti, autor de orientação fenomenológica, convive bem com a ambiguidade argumentando que, afinal de contas, para além da questão dos nomes que se confundem, é possível valer-se das descrições fenomenológicas, estas sim, bastante diferenciais. Segundo ele:

Os afetos de medo, ansiedade e angústia são universais e fazem parte da vida psíquica normal. Tem em comum o fato de se referirem a experiências que são vivenciadas pelos indivíduos como tendo algum significado ameaçador (numa instância física, psíquica ou espiritual). Medo, ansiedade e angústia são no nosso caso tratados como protótipos ideais, visto que na realidade ocorre uma interpenetração do uso dos termos nas diferentes línguas e culturas, e dentro de uma cultura pelos diferentes indivíduos. Consideramos então que na nossa apresentação *não são importantes os nomes* mas sim as características descritivas diferenciais.²³ (grifo nosso).

Entretanto, angústia e ansiedade, embora entrelaçadas, ambíguas, sobrepostas e complexas, e usadas como sinônimos, tanto por psiquiatras como por psicanalistas, ainda guardam suas diferenças quando o discurso se torna mais rigoroso, tanto na psicanálise quanto na psiquiatria. Ao lado da ambiguidade coexistem tentativas históricas para separar angústia de ansiedade.

²² PESSOTTI, 1978, p. 4-5.

²³ Cf. MARCHETTI, 1994, p. 25.

1.3 Angústia e ansiedade na história da psicopatologia

Hipoteticamente falando a angústia nasceu naquele mítico dia no qual o coração do homem, ao invés de pulsar, tremeu, o conceito é que veio bem depois. Assim o homem vive a angústia e a ansiedade desde o primeiro tremor, e provavelmente pensa sobre ela desde o instante seguinte, mas infelizmente quase nada sabemos sobre estes tempos pré-históricos. Eles pertencem a um campo de estudo ainda inexplorado que poderia ser denominado, provisoriamente, de “arqueopsicopatologia”.

Sem dúvida a mitologia também teria muito mais a dizer sobre a angústia e a ansiedade, mas estudos nesta perspectiva também praticamente inexistem. De fato existem muito mais estudos sobre a ansiedade no enfoque etológico do que no enfoque mitológico, de forma que sabemos muito mais sobre a ansiedade animal do que sobre a ansiedade dos homens primitivos. Mas isto não é de se espantar, já que a própria história da psiquiatria é praticamente a história da loucura, quase nada havendo sobre os outros quadros. Uma bela fábula atribuída a um escritor do tempo do Império Romano chamado Caius Julius Higinus²⁴ ilustra este tipo de abordagem:

Angústia, ao atravessar um rio, viu uma massa de argila e, mergulhada nos seus pensamentos, apanhou-a e começou a modelar uma figura humana. Quando deliberava sobre o que fizera, Júpiter apareceu. Angústia pediu que ele desse uma alma à figura que modelara, e facilmente conseguiu o que pediu.

Como angústia quisesse dar o seu próprio nome à figura que modelara, Júpiter proibiu e prescreveu que lhe fosse dado o seu. Enquanto Júpiter e Angústia discutiam, Terra apareceu e quis que fosse o seu o nome daquela a quem fornecera o corpo. Saturno foi escolhido como árbitro. E este, equitativamente, assim julgou a questão:

²⁴ O autor da fábula é Caius Julius Hyginus, que o imperador Julio César Otavio levou consigo como escravo pessoal para Roma. Libertado e instruído na famosa Biblioteca Palatina, Higinio tornou-se um grande mestre e escreveu bastante sobre quase todos os campos do saber. Entre suas obras principais encontra-se o livro “Fábulas ou genealogias” das quais a fábula 220 é aqui citada. Cf. BOFF, Leonardo. *Saber e cuidar: ética do humano e compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 52.

Tu, Júpiter, porque lhe deste a alma, tu a terás depois da morte. E tu, Terra, porque lhe deste o corpo, tu o receberás quando ela morrer. Todavia, porque foi Angústia quem primeiramente a modelou, que ela a tenha, enquanto viver.

Os primeiros registros consistentes sobre esta vivência humana, que hoje denominamos como angústia ou ansiedade, estão nos escritos dos filósofos pré-socráticos. “Eles foram os primeiros a deixar registrados pensamentos mais racionais sobre a ansiedade, sem o uso da palavra ansiedade, obviamente”, afirma Pessotti²⁵. Del Porto²⁶, por sua vez, afirma que na Antiguidade Romana o filósofo Cícero já dividia o campo em questão em dois domínios, angústia e ansiedade. Angústia era algo agudo e transitório, enquanto ansiedade era uma predisposição constitucional mais ou menos permanente. Eis como Cícero se expressou:

[...] ansioso se diz propriamente de quem está propenso à doença da alma (*Anxium proprie dicitur qui pronus est ad aegritudinem animi*). Não são ansiosos todos os que, de quando em vez, se angustiam (*neque enim omnes anxii qui anguntur aliquando*), nem sempre se angustiam os que são ansiosos (*nec qui anxii, semper anguntur*).²⁷

Esta antiga distinção, embora formulada em um contexto filosófico terá grande influência no campo psicopatológico, em especial sobre os psiquiatras franceses do final do século XIX, como se verá abaixo. Embora seja possível fazer esta referência ao mundo antigo, como também é possível encontrar inúmeras obras filosóficas sobre o tema ao longo da Idade Média e do Renascimento²⁸, é somente no final do século XIX e início do século XX, momento no qual o conceito de ansiedade se estabelece no campo psicopatológico, que a distinção entre ansiedade e angústia ganha importância, em especial no contexto da psiquiatria francesa.²⁹ Berrios, em revisão histórica do conceito de ansiedade, mostra que ao longo de todo o século XIX os

²⁵ PESSOTTI, 1978, p. 7.

²⁶ DEL PORTO, 2002, p. 4.

²⁷ Citado por Aubrey Lewis. LEWIS, Aubrey. Problems presented by the ambiguous word “anxiety” as used in Psychopathology. In: *The Later Paper of Sir Aubrey Lewis*. Oxford: Shepferd (Ed.), Medical Publication (OUP), 1979. p. 72.

²⁸ PESSOTTI, op. cit., p. 7.

²⁹ PEREIRA, 2004, p. 11.

sintomas ansiosos eram estudados em terrenos clínicos como a cardiologia, a otorrinolaringologia, a gastroenterologia e a neurologia, e que, somente no final do século, no contexto da psiquiatria francesa é que eles foram reunidos em uma síndrome específica relacionada à ansiedade³⁰. Naquela época a angústia era concebida como um conjunto de sintomas físicos, tais como sufocação, aperto no peito, taquicardia e tremores; enquanto ansiedade era entendida como um estado mental caracterizado por aflição, inquietude e indefinível terror. Alguns consideravam até, que além de importância clínica, esta separação tinha bases neurofisiológicas, sendo a “angústia um fenômeno bulbar e a ansiedade um fenômeno cerebral”³¹.

Brissaud em 1890, portanto cinco anos antes de Freud publicar seu artigo sobre Neurose de Angústia, defendia a posição de que “A angústia é um fenômeno do tronco cerebral (fenômeno bulbar), a ansiedade é um fenômeno cortical (fenômeno cerebral): a angústia é um transtorno físico que se manifesta por uma sensação de constrição e sufocação; a ansiedade é um transtorno psicológico que se manifesta por sentimentos de indefinível insegurança”. Brissaud menciona o caso clínico de um paciente que teria sofrido de angústia sem ansiedade: “depois de mais de uma centena de ataques de forte dor torácica, conservou uma atitude filosófica, vivia dia a dia e nunca desenvolveu tristeza ou pânico”^{32 33}.

Ainda segundo Berrios, em sua citada revisão histórica, o psiquiatra francês Boven concordando com as ideias de Brissaud, acrescentava que “a angústia era mais visceral e estática, e a ansiedade mais muscular e implicava

³⁰ BERRIOS, Germán. *Historia de los síntomas de los trastornos mentales*. México: Fondo de Cultura Económica, 2008. p. 329.

³¹ BRISSAUD, Édouard. Angoisse sans anxiété. *Revue Neurologique*, 1902, t. II, p. 762.

³² BERRIOS, op. c it., p. 344.

³³ O autor desta pesquisa também atendeu uma paciente que sentia apenas angústia sem queixas ansiosas. Uma mulher de trinta anos, auxiliar administrativa, de temperamento calmo, queixava-se de um aperto no peito que ela atribuía ao tipo de sutiã que usava. Esta pessoa só procurou um médico, pois quase toda semana ela ia até um grande magazine próximo ao seu local de trabalho e comprava um novo sutiã. Já possuía mais de quarenta peças e o aperto no peito não passava. Neste momento suas amigas entrevistaram sugerindo que ela procurasse ajuda.

em movimento”³⁴. Boven também propunha uma gradação de intensidade, reservando-se o termo angústia para os quadros mais graves. Encontramos aqui a familiar dicotomia entre mente e corpo tão cara ao pensamento ocidental.

No âmbito da psicanálise o tema da angústia e da ansiedade também ganha destaque naquela última década do século XIX. Em 1895 Freud publica seu famoso artigo “Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada: neurose de angústia”³⁵.

A contribuição da psicanálise freudiana ao problema da angústia pode ser dividida em duas teorias: a Angústia Automática e a Angústia Sinal.³⁶ Na teoria da Angústia Automática postula-se a transformação automática da libido reprimida em angústia para a manutenção de um nível mínimo, ou ótimo, de tensão. A angústia é entendida como mera reação fisiológica ao excesso de excitação nervosa não descarregada. É uma tentativa de aplicar o princípio da homeostase ao sistema nervoso e o Princípio da Constância de Fechner à psicopatologia³⁷.

Os textos que sustentam esta concepção de angústia são: o Manuscrito E de 1894, os artigos sobre as Obsessões e Fobias, sobre a Neurose de Angústia, de 1895, o texto sobre as críticas feitas ao texto da Neurose de Angústia e o texto sobre a Sexualidade na Etiologia das Neuroses de 1898.³⁸

Na segunda teoria, a da Angústia Sinal, entende-se que a angústia é um sinal deflagrado em situações de perigo, funcionando como um dispositivo do Ego para o enfrentamento antecipado das emergências pulsionais (provenientes do Id) mediante a produção de uma dose moderada de desprazer que prepara o sujeito para a tarefa da repressão segundo o princípio do prazer.³⁹

³⁴ DEL PORTO, 2002, p. 5.

³⁵ FREUD, *Neurose de Angústia* (1895), 1986.

³⁶ HANNES, Luiz. *Dicionário comentado do alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 73.

³⁷ Cf. ROCHA, Zeferino. *Os destinos da angústia na psicanálise freudiana*. São Paulo: Escuta, 2000. p. 52-53.

³⁸ *Ibidem*, p. 11-13.

³⁹ *Ibidem*, p. 129.

Os textos que expressam esta nova concepção da angústia são: o artigo sobre a Psiconeurose de Defesa, a 25ª conferência das Conferências Introdutórias à Psicanálise de 1917, em especial o livro de 1926, Inibição Sintoma e Angústia, e por último o texto Ansiedade e vida instintual de 1933.⁴⁰

Ao longo desta vasta obra sobre o tema em questão, Freud não distingue de forma clara e consistente angústia de ansiedade. Para começar, do ponto de vista nosográfico ele criou apenas uma neurose (*Angstneurose*) e não duas entidades distintas; não há uma “neurose de ansiedade” e uma “neurose de angústia”. Se isto surge com frequência diante do leitor de psicanálise em português, é devido a um problema de tradução e não a uma questão conceitual, como se demonstrará a seguir, com mais detalhes, no capítulo 4 (p. 69) que trata da questão linguística.

Entretanto, se do ponto de vista nosográfico e terminológico Freud não distingue angústia de ansiedade, já que usa o termo *Angst* para se referir ora a um ora a outro fenômeno, ele o faz do ponto de vista sintomático. É possível ver claramente que, na sua descrição do quadro clínico da *Angstneurose*, ele separa expectativa angustiada (ansiedade) de sentimento de angústia. Para Freud, o quadro clínico da *Angstneurose* abrange os seguintes sintomas:

1- *Irritabilidade geral* – [...] uma das manifestações desta irritabilidade aumentada me parece merecer menção especial; refiro-me à hiperestesia auditiva, a uma hipersensibilidade ao ruído – um sintoma indubitavelmente explicável pela íntima relação inata entre as impressões auditivas e o pavor. A hiperestesia auditiva revela-se freqüentemente como sendo causa de insônia, da qual mais de uma forma pertence à neurose de angústia.

2- *Expectativa angustiada* – [...] Por exemplo, uma mulher que sofre de expectativa angustiada pensará numa pneumonia fatal a cada vez que o marido tossir quando estiver resfriado [...] Naturalmente, a expectativa angustiada se esmaece e se transforma imperceptivelmente na angústia normal compreendendo tudo o que se costuma qualificar de ansiedade – ou tendência a adotar uma visão pessimista das coisas [...] para uma das formas da expectativa da – a que se relaciona com a saúde do próprio sujeito – podemos revelar o velho termo hipocondria [...] Outra expressão da expectativa angustiada é sem dúvida

⁴⁰ ROCHA, 2000, p. 11-13.

encontrada na inclinação para a angústia moral, o escrúpulo, e o pedantismo.

3- *Ataque de angústia* – [...] este tipo de ataque de angústia pode consistir apenas no sentimento de angústia sem nenhuma representação associada ou ser acompanhada da interpretação que estiver mais à mão, tal como as representações de extinção de vida, ou de um acesso, ou de uma ameaça de loucura; ou então algum tipo de parestesia (similar a aura histérica) pode combinar-se com o sentimento de angústia, ou, finalmente, o sentimento de angústia pode estar ligado ao distúrbio de uma ou mais funções corporais – tais como a respiração, a atividade cardíaca, a inervação vasomotora, ou a atividade glandular [...] Incluo aqui uma lista que inclui apenas as formas de ataques de angústia que me são conhecidas: a) Ataques de angústia acompanhados por distúrbios da atividade cardíaca. b) Ataques de angústia acompanhados por distúrbios respiratórios. c) Acessos de suor d) Acessos de tremores e calafrios e) Acessos de fome devoradora f) Diarréia g) Acessos de vertigem h) Neurastenia vasomotora i) Acessos de parestesia.

4- *Acordar em Pânico* – [...] é o “pavor nocturnos” dos adultos que em geral se combina com angústia, dispnéia, suores, etc. [...]

5- *Vertigem* – [...] sua melhor descrição é a de “tonteira” [...] consiste num estado específico de mal estar, acompanhado por sensações de que o solo oscila, as pernas cedem e é impossível manter-se de pé por mais tempo.

6- *Fobias e agorafobias* – Pertencem ao primeiro grupo o medo de cobras, tempestade, escuridão, vermes, e assim por diante, assim como o típico escrúpulo moral excessivo e algumas formas de mania de duvidar. [...] O outro grupo inclui a agorafobia com todas as suas formas acessórias, todas caracterizadas por sua relação com a locomoção.

7- *Forma crônica* – Vários dos sintomas que mencionei, que acompanham ou substituem um ataque de angústia, aparecem também sob a forma crônica.⁴¹

Angstneurose é traduzido para o português ora como “neurose de angústia”, ora como “neurose de ansiedade”, indicando que ansiedade e angústia são tomadas como sinônimos, embora o termo neurose de angústia seja o mais utilizado; e quando a distinção acontece, como no caso acima, angústia é tomada como o termo mais amplo que inclui os sintomas ansiosos, ou seja, *Angstneurose* é neurose de angústia, um quadro que reúne tanto sintomas

⁴¹ FREUD, *Neurose de Angústia*. (1895). 1986. p. 92-98.

ansiosos quanto sintomas angustiosos, conforme declaração dos tradutores da obra freudiana para o português:

Em português existem os termos angústia e ansiedade. Preferimos usar ansiedade para nos referir à vivência de sofrimento psíquico determinada pela presença de um conflito interno. Designa pois, predominantemente o aspecto mental do sofrimento e se aproxima certamente da abordagem metapsicológica. Já o termo angústia designa de preferência o aspecto global, abrangendo o componente psíquico, ansiedade, mais as manifestações somáticas decorrentes do estado de sofrimento e tensão internos.⁴²

Retomando a linha histórica da psicopatologia, a distinção entre angústia como fenômeno físico, agudo, e mais paralisante; e a ansiedade como fenômeno psíquico, constitucional e mais inquietante, formulada pela psiquiatria francesa no final do século XIX predominou por várias décadas. Mas por volta de 1945 Boutonier⁴³, importante autora francesa da época, passou a questionar esta maneira de ver as coisas, argumentando ser esta separação artificial e quase nunca observada na clínica. Ela defendia o uso apenas da palavra angústia significando simultaneamente o aspecto físico e psíquico do fenômeno: “angústia é um estado afetivo ao mesmo tempo em que orgânico”⁴⁴. Esta posição insere-se na tradição humanista e filosófica que entende a angústia como fazendo parte da própria condição humana, que teve grande influência no campo da saúde mental, em especial no bojo da psicanálise. Era o tempo da angústia. Esta expressão “o tempo da angústia” é uma referência à primeira metade do século XX, época na qual a forte influência psicanalítica e fenomenológica na psiquiatria teria sido uma das razões da popularização do termo angústia e não do termo ansiedade.⁴⁵

Mas logo em seguida, no pós-guerra, surge outro francês, Henry Ey, propondo também que se considerassem os termos angústia e ansiedade como

⁴² Cf. nota de rodapé dos tradutores brasileiros da Edição Standard Brasileira, v.XVI, p. 457.

⁴³ Juliette Favez-Boutonier foi uma psiquiatra e psicóloga interessada em psicanálise (comunicação pessoal do prof. Pierre Pichot, Londres, setembro de 1991). Sua tese de doutoramento em Medicina, de 1938, versava sobre “A noção de ambivalência”. Cf. BERRIOS, 2008, p. 344, em nota.

⁴⁴ BOUTONIER, Juliette. *L'Angoisse*. Paris: Presses Universitaires de France, 1949. p. 41.

⁴⁵ PEREIRA, 2004, p. 23.

sinônimos, mas privilegiando o uso da palavra ansiedade e enfatizando os aspectos orgânicos e comportamentais do fenômeno ansioso⁴⁶. Esta corrente de pensamento cresceu bastante com o passar dos tempos, e em especial com o surgimento dos remédios psiquiátricos na década de 50, a ponto de ser hoje hegemônica e característica da psiquiatria moderna de cunho marcadamente biológico. Começava o tempo da ansiedade. A expressão “tempo da ansiedade” é uma referência à segunda metade do século XX, época na qual a marcante influência da psiquiatria biológica teria sido uma das razões para o uso predominante do termo ansiedade e não do termo angústia.⁴⁷

A psiquiatria de base fenomenológica, uma outra corrente psicopatológica ao lado da psiquiatria biológica e da psicanálise, propõe uma distinção entre angústia e ansiedade bem mais acurada. Segundo Assumpção Jr., a visão fenomenológica sistematiza estas diferenças da seguinte maneira:⁴⁸

	Angústia	Ansiedade
Experiência corporal global	Espera incerta e imobilizadora	Inquietação
Experiência corporal localizada	Opressão precordial ou epigástrica	Dispneia
Vivência	Medo da morte súbita	Medo de eventos desastrosos
Tempo vivido	Lentificado	Acelerado
Espaço individual	Redução	Exaltação
Característica básica	Víscera e física	Psíquica

Quadro 1 – Diferença entre angústia e ansiedade

Fonte: ASSUMPÇÃO JUNIOR, 1994, p. 17.

Esta distinção fenomenológica entre angústia e ansiedade é, de longe, a mais elaborada de toda a história da psicopatologia. Ultrapassando a polarização inaugurada por Cícero, e adotada pela posição francesa, entre sintomas físicos e psíquicos, inclui vários outros critérios de comparação, em especial a dimensão

⁴⁶ PEREIRA, 2004, p. 12.

⁴⁷ GENTIL, Valentim. *Angústia e ansiedade*. Comunicação Oral no XXV Congresso Brasileiro de Psiquiatria, 2008. (Palestra disponível em vídeo).

⁴⁸ ASSUMPÇÃO JUNIOR, Francisco Batista. Fenomenologia: a visão existencialista. In: FRÁGUAS JUNIOR. *Psiquiatria e psicologia no hospital geral: a clínica dos transtornos ansiosos*. São Paulo: Lemos Editorial, 1994. p. 17.

temporal e espacial. Apesar desta riqueza de elementos conceituais e das potencialidades clínicas desta distinção, alguns psiquiatras de base fenomenológica capitularam diante da tradição alemã e inglesa de indistinção entre angústia e ansiedade, submetendo-se a um “verdadeiro colonialismo cultural-psicopatológico”⁴⁹. Estes autores de orientação fenomenológica justificam assim sua opção:

Entretanto, devido às dificuldades de separação prática entre os dois quadros, e, principalmente, por sua indiferenciação para vários autores e maior valorização do conceito de angústia na literatura de base fenomenológica-existencial, utilizaremos os dois termos como sinônimos.⁵⁰

Uma outra corrente psicopatológica, a psicossomática de orientação psicanalítica, em particular a Escola de Paris,⁵¹ defende a distinção entre angústia e ansiedade afirmando que:

[...] angústia e ansiedade não são sinônimos. A diferença entre os dois termos é sobretudo devida aos psiquiatras, que tem razão, baseando-se num enfoque fenomenológico, em enfatizar a diferença entre as reações do corpo visceral: a Angústia; e as reações estritamente psíquicas: a Ansiedade.⁵²

Apoiando-se em uma singular leitura das teorias freudianas sobre a angústia, Dejour ressalta que na primeira teoria a angústia é concebida como um excesso de excitação física que, não encontrando caminho para uma representação psíquica, desdobra-se em pura descarga corporal, e relaciona esta situação com uma “angústia somática” opondo-a a uma “angústia mental” que por sua vez estaria relacionada ao remanejamento da primeira teoria da angústia que Freud realiza em 1909 e 1918, Dejour argumenta que:

O recalçamento (psíquico) toma o lugar do coito interrompido (somático). Não se trata mais de excitação e descarga, mas de afeto. O recalçamento se ergue contra o afeto, o que conduz a revisar a origem da angústia: de somática, a etiologia passa para o lado psíquico.⁵³

⁴⁹ GENTIL, 2008.

⁵⁰ ASSUMPTÃO JUNIOR, 1994, p. 17.

⁵¹ Cf. DEJOURS, 1988, p. 30.

⁵² Ibidem, p. 22.

⁵³ Ibidem, p. 30.

Esta distinção proposta pela Escola de Paris é na verdade uma versão moderna da distinção entre angústia e ansiedade elaborada pela psiquiatria francesa do final do século XIX, mas com a vantagem de nascer da clínica e também de gerar esquemas de tratamento. Esta leitura da teoria psicanalítica da angústia nasce da prática clínica do “[...] tratamento analítico dos doentes atingidos por afecções somáticas graves”.⁵⁴ Além desta importância psicoterapêutica Dejour aponta também um importância farmacológica para a distinção entre angústia e ansiedade. Existem medicamentos que aliviam a angústia somática, mas não diminuem a angústia mental (ansiedade). Ele explica:

Esta concepção de angústia encontra, por outro lado, confirmação na eficácia de certos medicamentos: no medo do artista que vai entrar em cena desencadeia-se uma série de estimulações neurovegetativas. Nos estados de angústia nos quais esses sinais somáticos ocupam a berlinda e dominam as queixas do doente, a administração de bloqueadores dos receptores adrenérgicos (cujo local de ação é essencialmente periférico) segue-se às vezes de um nítido decréscimo dos sintomas. Ao mesmo tempo a vivência de angústia se atenua. Em definitivo, assim como mostra a farmacologia, pode-se reduzir a angústia, agindo seja a nível central (anxiolíticos), seja a nível periférico. (Beta-Bloqueadores)⁵⁵

De volta à linha histórica, e agora chegando aos tempos atuais, encontra-se a psiquiatria contemporânea que aborda a angústia e a ansiedade a partir de dois pontos de vista, o biológico e o cognitivo-comportamental, e usa apenas a palavra ansiedade sem qualquer referência ao termo angústia. Segundo Marchetti, pode-se dizer que existe na literatura psiquiátrica uma tendência a “referir-se apenas à ansiedade patológica, abandonando-se o uso dos outros termos.”⁵⁶ Uma rápida pesquisa nos livros de psicopatologia atuais mostra que nos índices destas obras a palavra angústia não aparece uma vez sequer. Também nos manuais de classificação diagnóstica ela está ausente. A psiquiatria acabou com a angústia, não porque a tenha curado, mas apenas a fez sumir,

⁵⁴ DEJOURS, 1988, p. 34.

⁵⁵ Ibidem, p. 23.

⁵⁶ MARCHETTI, 1994, p. 26.

diluindo-a na ansiedade, de maneira que a distinção entre angústia e ansiedade não é muito importante atualmente na psiquiatria.⁵⁷

A psiquiatria adotando um ponto de vista biológico entende que a ansiedade é o resultado de uma disfunção cerebral, mais exatamente, uma disfunção na bioquímica dos neurotransmissores serotonina, dopamina e adrenalina.⁵⁸ Em termos cognitivo-comportamentais a ansiedade é vista como um conjunto de comportamentos e emoções desadaptativos que foram condicionados de alguma forma, e se sustentam em crenças errôneas sobre a realidade do paciente.⁵⁹

Gentil, psiquiatra de orientação marcadamente biológica, coloca-se, numa espécie de voz solitária, na contramão da psiquiatria atual ao defender enfaticamente a distinção entre angústia e ansiedade. Segundo este autor, os clínicos de línguas latinas (português, espanhol, francês), nas quais existem palavras para distinguir as duas vivências, não devem adotar a postura de indistinção dos clínicos de línguas como o inglês e o alemão, nas quais não existem boas opções terminológicas para tal distinção. Fazer isto é sucumbir a uma espécie de colonialismo cultural e psicopatológico inaceitável. Este autor desenvolve atualmente uma pesquisa, em andamento, sobre a distinção entre angústia e ansiedade justificando este trabalho a partir da realidade clínica (ele relata casos clínicos em que tal distinção seria necessária) e de pesquisas farmacológicas que buscam diferenciar angústia de ansiedade a partir da resposta dos pacientes aos tratamentos com diferentes remédios.⁶⁰

Delumeau, em estudo sobre a história do medo do Ocidente, ao tentar caracterizar o medo individual, para separá-lo ou interligá-lo ao medo coletivo, o verdadeiro tema de seu trabalho, acaba por distinguir medo de angústia, mas

⁵⁷ GENTIL, 2008.

⁵⁸ HETEM; GRAEFF, 2004, p. 119.

⁵⁹ PESSOTTI, 1978, p. 76.

⁶⁰ Cf. GENTIL, 2008.

não angústia de ansiedade, na medida em que considera esta última como um caso particular de angústia. Em suas palavras:

O temor, o espanto, o pavor, o terror dizem mais respeito ao medo; a inquietação, a *ansiedade*, a melancolia à *angústia*. [...] A angústia, estado ao mesmo tempo orgânico e afetivo, manifesta-se de maneira menor (a ansiedade) por uma sensação discreta de aperto na garganta, [...] ⁶¹ (grifo nosso).

Pelo que foi exposto até aqui neste capítulo, é possível identificar, ainda que de forma esquemática, a existência de três posições básicas sobre a questão da distinção entre angústia e ansiedade, denominadas para uso nesta dissertação como Posição Francesa, Posição Psiquiátrica e Posição Psicanalítica.

A Posição Francesa, assim denominada por ter sido inicialmente elaborada pelos psiquiatras franceses do final do século XIX, caracteriza-se por propor uma distinção entre angústia e ansiedade considerando a primeira como um conjunto de sintomas físicos (como a sufocação e o aperto no peito), agudos e transitórios levando à imobilidade; e a segunda como um conjunto de sintomas psíquicos (como a aflição, o temor, a preocupação) de natureza constitucional e, portanto, mais permanentes levando a um movimento agitado.

A Posição Psiquiátrica, assim denominada por ser a posição adotada pela psiquiatria biológica atual, caracteriza-se por tomar angústia e ansiedade como sinônimos, mas usando prevalentemente o termo ansiedade e considerando-o como o conceito principal, conceito mais amplo que incluiria a ansiedade em seu interior como um de seus sintomas.

A Posição Psicanalítica, assim denominada por ser a posição adotada pela psicanálise, caracteriza-se por tomar angústia e ansiedade como sinônimos, mas usando prevalentemente o termo angústia e considerando-o como o conceito principal, conceito mais amplo que incluiria a ansiedade em seu interior como um de seus sintomas.

⁶¹ DELUMEAU, 1989, p. 25.

Em uma tentativa inicial de comparar a Posição Psiquiátrica com a Posição Psicanalítica, pode-se dizer que angústia se refere a um quadro subjetivo, com foco no sofrimento, voltada para o sujeito, considerada como condição essencial da vida humana e por isto mesmo devendo ser enfrentada e até minimamente suportada. Ainda é o termo mais usado no âmbito da psicanálise. Já ansiedade se refere a um quadro objetivo, com foco no comportamento e nas alterações corporais, voltada para o futuro, e considerada como uma contingência a ser resolvida, e se possível extinta. É o termo mais usado na psiquiatria e nos meios de comunicação de massa.⁶²

Se o termo ansiedade aparece atualmente com mais frequência do que a palavra angústia, é porque nos dias de hoje predomina o modelo médico que adotou ansiedade em detrimento de angústia, em um claro movimento de polarização com a psicanálise, que hegemônica até a década de 70 tinha no significativo angústia uma de suas marcas registradas. Tudo era angústia⁶³, assim como agora tudo é ansiedade.⁶⁴ É claro que o fato de uma concepção ser hegemônica não resolve de todo a questão da ambiguidade que ainda permanece.

1.4 O percurso da pesquisa

É neste panorama de ambiguidades e tentativas de distinção entre angústia e ansiedade que esta pesquisa se insere. O primeiro passo desta jornada foi um estudo sobre a Psicopatologia Fundamental e o seu método, apresentado no capítulo 2 (p. 31). Este estudo foi um trabalho preliminar, preparatório, foi como preparar a ferramenta que seria utilizada no trabalho da pesquisa: o

⁶² GENTIL, 2008.

⁶³ DEL PORTO, 2002, p. 3.

⁶⁴ GENTIL, op. cit.

método clínico. Assim, seguindo os princípios estabelecidos por este método, o segundo passo foi a construção de uma narrativa clínica baseada no atendimento das duas pacientes chamadas de Ana e Beatriz⁶⁵, apresentada no capítulo 3 (p. 58). Esta narrativa não é uma reprodução realística do que aconteceu durante o tratamento das pacientes, não é, nem mesmo, a transcrição das anotações feitas durante este período, não é também um estudo das características das supostas patologias das pacientes; ela é, isto sim, a construção de um relato escrito sobre uma experiência clínica que suscitou um enigma, ou seja, o problema da pesquisa: a ambiguidade entre angústia e ansiedade.

Na sequência, como terceiro passo, foi feita uma revisão na literatura referente à história da psicopatologia para se identificar o que havia de relevante em relação à questão da distinção entre angústia e ansiedade. Esta abordagem histórica do problema, apresentada acima, permitiu uma sistematização mínima das diversas abordagens sobre angústia e ansiedade, e demonstrou que, para além dos elementos propriamente psicopatológicos, existia uma outra questão que influenciava o campo do angustiante de forma radical: a questão linguística e terminológica. Devido a isto foi feito, como quarto passo, um estudo o mais abrangente possível, sobre a etimologia, semântica e tradução das palavras que compõem o campo do angustiante, apresentado no capítulo 4 (p. 69).

Depois, como quinto passo, foi realizada a parte principal do trabalho, ou seja, a pesquisa na Psicopatologia Fundamental em busca de evidências sobre como ela trata a questão da distinção entre angústia e ansiedade. Para isto foi preciso determinar o que se considera como sendo a Psicopatologia Fundamental. Considerou-se que a *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*⁶⁶ e a *Coleção Biblioteca de Psicopatologia Fundamental*⁶⁷

⁶⁵ Nomes fictícios

⁶⁶ A *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* (RLPF) é órgão oficial da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental (AUPPF), sociedade científica que reúne professores doutores de universidades de todo o mundo. Dedicar-se à publicação de editorial, artigos e resenhas originais de psicopatologia que levem em consideração a subjetividade. Valoriza artigos e ensaios resultantes de pesquisas utilizando o método clínico baseado no relato e no estudo de caso. (*Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. XII, n. 4, p. 625, dez. 2009).

representavam de forma válida e fidedigna aquilo que, hoje, pode ser chamado de Psicopatologia Fundamental. As cinquenta e duas edições da revista e os títulos da coleção foram examinados, e os textos que se apresentavam, direta e indiretamente, ligados ao tema da pesquisa foram selecionados. O material selecionado, considerando então como “o corpo textual da Psicopatologia Fundamental” foi então submetido a uma análise sistemática e minuciosa, a partir de uma chave de leitura previamente estabelecida. O resultado desta análise é apresentado no capítulo 5 (p. 84).

Neste ponto, seguindo os princípios do método clínico, a pesquisa fez um movimento de retroflexão retornando ao caso clínico em busca de uma articulação entre a clínica e a teoria, denominada de metapsicologia, que validasse e desse significado aos achados da pesquisa bibliográfica. Esta articulação é apresentada, como primeira parte da conclusão (p. 121). Finalmente o percurso da pesquisa chegou ao seu último passo que foi a organização destes achados metapsicológicos relacionando-os com a pergunta de pesquisa e com o enigma que haviam iniciado toda a jornada.

⁶⁷ A Biblioteca de Psicopatologia Fundamental é uma coleção de livros, dirigida por Manoel Tosta Berlinck e publicada pela Editora Escuta, que reúne importantes textos resultantes da pesquisa em psicopatologia.

2 A PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL

2.1 A errância de um pesquisador

Esta pesquisa começa na angústia e na ansiedade do próprio pesquisador diante da angústia e da ansiedade de seus pacientes. Este incômodo afeto funcionou como impulso para o que considero uma verdadeira errância teórica e institucional.

Há muitos anos este tema me interessa. No começo, lia tudo aquilo que encontrava sobre o assunto, sem muita seleção ou sistematização, lia textos psiquiátricos, textos psicanalíticos, textos psicológicos, lia reportagens que saíam na mídia sobre assunto, etc. A partir de um determinado momento, senti a necessidade de um grupo, de um local, no qual pudesse discutir o tema. Foi assim que passei a trabalhar como médico colaborador no Ambulatório de Ansiedade (AMBAN) do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP, atendendo pacientes e participando das reuniões clínicas e dos projetos de pesquisa. Esta experiência se mostrou muito proveitosa tanto do ponto de vista clínico quanto teórico, mas havia um problema. O AMBAN é um grupo que se dedica ao estudo da ansiedade do ponto de vista médico biológico, exclusivamente. Desta forma não havia possibilidade para articulações entre a psiquiatria e a psicanálise como era minha intenção. Assim, procurei um grupo psicanalítico, o Centro Lacaniano de Investigação da Ansiedade (CLINA), mas aí o problema se repetiu, já que o CLINA se dedica ao estudo da ansiedade do ponto de vista psicanalítico, exclusivamente.

Nos últimos anos passei a frequentar o Laboratório de Psicopatologia Fundamental da PUC-SP, um grupo de pesquisa onde a articulação entre os diversos saberes é um dos princípios norteadores. Segundo Berlinck, “o

psicopatólogo fundamental visita outras posições na cidade, assim como é visitado por aqueles que ocupam outras posições”⁶⁸. Não considero o Laboratório o lugar onde finda a errância do pesquisador, mas, bem ao contrário, o local onde o pesquisador pode “errar” à vontade, em paz e com bons companheiros, pelos campos da psicopatologia, desde que, é claro, bem enraizado na experiência clínica, já que sem ela a errância facilmente se transforma em delírio teórico.

2.2 A Psicopatologia Fundamental

Em meados dos anos 80, na Universidade de Paris VII, Pierre Fédida propôs o termo Psicopatologia Fundamental para designar uma disciplina interessada em abordar o campo do sofrimento psíquico a partir de uma perspectiva diferente daquela adotada pela Psicopatologia Geral de Karl Jaspers.⁶⁹ Em especial a Psicopatologia Fundamental recusa a distinção entre normal e patológico como base conceitual e coloca em seu lugar a noção de *pathos* que será discutida abaixo. Fédida estava instituindo um programa de trabalho que procurava responder a seguinte questão:

Existiria uma abordagem especializada do humano que, sem ser nem uma psicologia nem a psiquiatria, tenha os meios metodológicos de um projeto de observar e de descrever os distúrbios psíquicos e compreender seu acontecimento fenomenal singular no cerne da generalidade das experiências?⁷⁰

Esta proposta de trabalho deu origem, na Universidade de Paris VII, ao *Laboratoire de Psychopathologie Fondamentale et Psychanalyse*. No Brasil,

⁶⁸ BERLINCK, Manoel Tosta. *Psicopatologia fundamental*. São Paulo: Escuta, 2000. p. 23.

⁶⁹ *Ibidem*, p. 24.

⁷⁰ FÉDIDA, Pierre. De uma psicopatologia geral a uma psicopatologia fundamental. Nota sobre a noção de paradigma. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. I, n. 3, p. 107, set. 1998.

assim como em outros países existem vários outros laboratórios que seguem este modelo de pesquisa.⁷¹

A questão de diferenciar-se da Psicopatologia Geral não é um mero detalhe, um capricho intelectual, é, isto sim, uma virada epistemológica de grande envergadura dada a importância teórica e clínica que ela, a Psicopatologia Geral, tem na atualidade. Segundo Berlinck, o aparecimento da psicopatologia como disciplina organizada, marcando ao mesmo tempo o rompimento com a psiquiatria do século XVIII, dá-se com a publicação da *Allgemeine Psychopathologie* (Psicopatologia Geral) de Karl Jaspers no início do século XX.⁷²

Enquanto a Psicopatologia Geral é uma descrição e uma classificação, a Psicopatologia Fundamental é uma narrativa que está mais interessada no que é expressado pelo doente. Se a primeira se pretende ciência do sofrimento psíquico, a segunda se pretende clínica deste sofrimento. A Psicopatologia Fundamental acredita que a palavra em forma de relato, de narrativa no contexto da clínica “[...] produz uma transformação que faz desaparecer o sintoma e que altera a estrutura mesma do psiquismo e até mesmo do cérebro daqueles que estão envolvidos nesta prática”.⁷³

Na feliz expressão de Cecarelli, “[...] é na pluralidade das psicopatologias que nasce a Psicopatologia Fundamental.”⁷⁴ Buscando livrar-se do caos provocado por tal pluralidade, surgiram na psiquiatria moderna os manuais de diagnóstico e classificação das patologias mentais (DSM, CID,) que pretendem homogeneizar a linguagem psicopatológica através de uma apresentação pragmática e pretensamente atórica. Nestes manuais busca-se

⁷¹ Para maiores detalhes sobre a organização da Psicopatologia Fundamental ver o *site*: <<http://www.psicopatologiafundamental.org>>.

⁷² BERLINCK, Manoel Tosta. O que é Psicopatologia Fundamental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. I, n. 3, p. 46-59, set. 1998.

⁷³ BERLINCK, Manoel Tosta. Editorial. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. I, n. 4, dez. 1998, p. editorial.

⁷⁴ CECCARELLI, Paulo Roberto. A contribuição da Psicopatologia Fundamental para a saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. VI, n. 1, p. 18, mar. 2003.

acima de tudo alcançar um nível alto de concordância entre diversos observadores. Também em relação a este tipo de psicopatologia a Psicopatologia Fundamental pretende diferenciar-se criticando em especial o fato de ela não levar em conta a subjetividade “[...] tanto daquele que está sendo classificado, quanto daquele que classifica: o olhar de quem olha não é imune à sua própria organização subjetiva”⁷⁵.

Um aspecto essencial da Psicopatologia Fundamental é sua implicação clínica. Diferentemente da psiquiatria biológica, e consoante com a psicanálise, a Psicopatologia Fundamental entende que há no *pathos* uma possibilidade de aprendizagem, e que por causa disto o *pathos*/sintoma não deve ser alvo da mera e simples tentativa de erradicação. Ao explicar este ponto, Cecarelli acaba por produzir um breve resumo da Psicopatologia Fundamental que por sua clareza merece ser transcrito em sua totalidade:

No epicentro da Psicopatologia Fundamental, cujo campo conceitual organiza-se em torno da referência psicanalítica encontra-se o *patei mathos* esquiliano: aquilo que o sofrimento ensina. Trata-se de resgatar o *pathos*, como paixão, e escutar o sujeito que traz uma voz única a respeito de seu *pathos* transformando aquilo que causa sofrimento em experiência, em ensinamento interno. Transformar o *pathos* em experiência significa, também, considerá-lo não apenas como um estado transitório mas, e talvez sobretudo, como “algo que alarga ou enriquece o pensamento” (Berlinck, 1998, p. 54). Cria-se então um discurso sobre as paixões, sobre a passividade, sobre o sofrimento, enfim, sobre o sujeito trágico. Encontramos aqui a essência de “psicopatologia”: o conhecimento, a razão, – o logos – a respeito do *pathos*, da paixão do sofrimento. O *pathos*, em si, nada ensina, não conduzindo senão à morte. Quando a experiência é, ao mesmo tempo terapêutica e metapsicológica, estamos no âmbito da Psicopatologia Fundamental.⁷⁶

Sobre esta questão do *patei mathos* é interessante notar que na linguagem cotidiana as pessoas costumam se perguntar “o que será que a vida quer me ensinar com este problema?”. Esta maneira que as pessoas encontram para suportar suas angústias não pode ser confundida, pelo menos não na

⁷⁵ CECCARELLI, 2003, p. 18.

⁷⁶ Ibidem, p. 19.

Psicopatologia Fundamental, com a ideia da existência de uma consciência superior que pensa e decide enviar uma lição aos simples mortais. Trata-se, isto sim, de uma escolha pessoa, de uma posição da pessoa que então decide e escolhe aprender algo com o seu sofrimento em vez de simplesmente sofrer por ele. Considera-se, neste trabalho, que na Psicopatologia Fundamental existem duas noções fundamentais, ou seja, sem elas não há psicopatologia fundamental. São elas, a noção de *pathos* e a noção de método clínico que são discutidas a seguir.

2.3 O *pathos*

Não sendo infundada a afirmação de que a Psicopatologia Fundamental é uma disciplina em torno do *pathos*, os trabalhos que visam compreender, esclarecer e delimitar este *pathos* revestem-se então de especial importância, embora se saiba, de saída, que tal compreensão e esclarecimento jamais serão plenos.

Na atualidade *pathos* significa doença e anormalidade. Tal acepção é problemática na medida em que deixa de fora os outros significados de *pathos* que muito poderiam contribuir para um enriquecimento da questão psicopatológica. Para Martins⁷⁷, “[...] a banalização e utilização exclusiva de um dos sentidos do étimo evita a constatação da existência de sentidos fundamentais e essenciais naufragados no ruge-ruge dos tempos modernos”. Para além do sentido de doença *pathos* apresenta também os significados de *passividade e de paixão*.

⁷⁷ MARTINS, Francisco. O que é o *pathos*? *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. VII, n. 4, p. 64, dez. 1999.

No sentido de passividade, *pathos* se refere a uma disposição essencial ao ser humano “que antecede o conhecer e o querer”⁷⁸ que remonta, no dizer de Heidegger, “a *páskhein*, sofrer, aguentar, suportar, tolerar, deixar-se levar por.”⁷⁹ Esta passividade nada tem a ver com o conformismo ou com a falta de ação; ela indica a condição humana de ser afetado, de ser impactado pelo mundo e pelos outros seres humanos. O *pathos* então contém esta possibilidade da perda de harmonia com o mundo e com os outros como elemento essencial do ser humano. É interessante notar que esta possibilidade está embutida na palavra disposição se atentarmos para o prefixo dis-posição que significa alteração, desarmonia. *Pathos* é a disposição para viver a vida em desarmonia consigo, com os outros e com o mundo, e com as forças do destino.

A psiquiatria moderna fala de uma predisposição para as doenças mentais, mas com isto quer dizer uma predisposição biológica da ordem do defeito, da carência, da excepcionalidade, que então se distancia da noção de predisposição constitutiva do ser proposta pela Psicopatologia Fundamental em consonância com a dimensão filosófica do *pathos*.

No sentido de paixão, *pathos* se refere a uma das faculdades humanas como entendida pela filosofia; “[...] seja como um elemento intrínseco ao ser humano que não deve ser nem extirpado nem condenado, seja como um obstáculo, uma força que deve ser vencida”⁸⁰. A palavra paixão, por sua vez, é uma palavra quase tão complicada quanto a palavra *pathos*, pois também é geralmente tomada apenas em um sentido, o de amor romântico evitando a noção mais ampla de paixão como sentimento em ápice, sentimento de qualquer tipo, como por exemplo a paixão raivosa. A “paixão de Cristo”, importante episódio da tradição católica, refere-se ao suposto amor de Cristo por Maria Madalena? Claro que não, a “paixão de Cristo” faz referência à angústia e à dor,

⁷⁸ MARTINS, 1999, p. 68.

⁷⁹ HEIDEGGER, Martin. Que é isto – a filosofia? (1955). In: Conferências e escritos filosóficos/Heidegger. São Paulo: Nova Cultural, 1989. p. 23.

⁸⁰ CECCARELLI, 2003, p. 14.

intensas, sentidas por Jesus Cristo no jardim das oliveiras na sexta-feira da paixão.

Pathos é paixão no sentido de sentimento, afeto, emoção em ápice. E é neste sentido de intensidade dominadora que *pathos* é paixão. Cecarelli esclarece bem esta dimensão explicando que “[...] o acometido pela paixão, o paciente, o passivo é aquele que padece de algo cuja causa ele desconhece e que o leva a reagir, na maioria das vezes, de forma imprevista.”⁸¹

No seio da Psicopatologia Fundamental *pathos* designa o sofrimento, mas não um sofrimento qualquer, é um sofrimento vivido como excessivo, através de uma certa passividade. Relaciona-se com a dimensão da “paixão”, é da ordem do somático, é sempre “reativo” e no limite comporta uma possibilidade de transformar a vivência em “experiência”⁸².

Segundo Berlinck, “quando o *pathos* acontece, algo da ordem do excesso, da desmesura se põe em marcha sem que o eu possa se assenhorar deste acontecimento a não ser como paciente como ator”⁸³. Neste ponto pode-se perguntar: quando é que um sofrimento é excessivo?

Como não existem instrumentos capazes de medir objetivamente o sofrimento e a dor humana (embora a psiquiatria biológica esteja tentando construir escalas de dor, sofrimento e funcionalidade)⁸⁴. O que determina a desmesura do sofrimento é a subjetividade do paciente e talvez sua capacidade, ou não, de continuar levando a vida, trabalhando, estudando, amando, etc. Neste sentido pode-se considerar que o que Ana e Beatriz estavam vivendo era um sofrimento excessivo, já que ambas se queixavam do que estavam sentindo a ponto de procurar ajuda profissional e não conseguiam seguir suas vidas como gostariam. Ana amava voar, mas não conseguia mais trabalhar como aeromoça, e Beatriz sofria, dentre outras coisas, por medo de não conseguir continuar seu

⁸¹ CECCARELLI, 2003, p. 14.

⁸² BERLINCK, Manoel Tosta. *Psicopatologia fundamental*. São Paulo: Escuta, 2000. p. 18-22.

⁸³ *Ibidem*, p. 18.

⁸⁴ GORENSTEIN, Clarice. *Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.

namoro e por não ter condições de frequentar os estudos. É interessante notar como o excesso pode produzir vivências diferentes. Em Ana ele agitava o seu corpo, e em Beatriz o paralisava. Parece que o excesso nem sempre transborda, pois pode também implodir.

Berlinck afirma que no *pathos* o sofrimento é vivido “[...] por um sujeito que não é nem racional e nem agente e senhor de suas ações”⁸⁵, explicitando assim a dimensão “passividade” do *pathos*. O termo “paciente” como usado na clínica é sem dúvida o signo mais evidente desta dimensão de passividade do *pathos*. A este respeito seria interessante estudar a tentativa de renomeação proposta por algumas formas de terapia, que preferem cliente a paciente, e da reforma psiquiátrica brasileira que sugere a designação de “usuário dos serviços de saúde mental” para as pessoas atendidas pelos profissionais de saúde mental, mas isto extrapola o campo desta pesquisa.

O *pathos* é reacional no sentido de ser, não meramente uma reação automática, mas sim uma elaborada tentativa do ser para lidar com alguma ameaça. Explicando este aspecto do *pathos*, Berlinck afirma que “é reagindo a uma ofensa que sinto raiva, sinto medo ao imaginar um perigo iminente que me possa prejudicar ou destruir. O *pathos* é sempre provocado pela presença ou imagem de algo que me leva a reagir.”⁸⁶ Esta dimensão defensiva, ou imunológica, como propõe Berlinck, impõe ao clínico um trabalho bastante sutil. É que nem sempre esta ameaça é evidente ou mesmo real (real no sentido daquilo que afeta os sentidos). Beatriz não tinha a mínima noção do que a ameaçava, mas ameaçada estava, aliás, estava paralisada, de medo quem sabe. No caso de Ana a ameaça não era muito clara. Ela mesma reconhecia que, embora seu medo estivesse ligado ao avião e ao aeroporto, evidentemente não era medo de voar ou medo de avião, o medo era de outra coisa que ela desconhecia, mas que sem dúvida a ameaçava. Só tempos depois, no processo

⁸⁵ BERLINCK, Manoel Tosta. *Psicopatologia fundamental*. São Paulo: Escuta, 2000. p. 18.

⁸⁶ *Ibidem*, p. 19-20.

do tratamento, ela pôde dar-se conta de que a ameaça estava ligada ao seu casamento. Parece que o aspecto imunológico do *pathos* precisa, no mínimo, de tempo para ser evidenciado.

A afirmação de que o *pathos* é sempre somático, que ocorre sempre implicando o corpo, deve ser entendida no contexto da Psicopatologia Fundamental que se filia à tradição socrática, na qual a distinção entre psique e corpo não tem qualquer sentido⁸⁷. Outro aspecto importante desta ideia do *pathos* ser sempre somático é sua implicação para a conexão entre *pathos* e sexualidade que apontamos aqui. Para Berlinck, “[...] tanto o sofrimento como as paixões se apoderam do corpo [...] o *pathos* vem de longe e vem de fora e toma o corpo fazendo-o sofrer.”⁸⁸ E o faria também gozar?

O objetivo da Psicopatologia Fundamental, explicitamente declarado, é marcar uma posição diferente em relação à Psicopatologia Geral de Jaspers⁸⁹. Entendemos que o ponto no qual esta diferença mais se evidencia é na noção de *pathos* como algo que, indo além do sofrer e do adoecer, comporta uma possibilidade de ensinamento, de transformação. Para Berlinck, “Devemos contar com *pathos*, devemos até aprender a tirar proveito dele. Tirar proveito dele significa transformá-lo em experiência, ou seja, não só considerar *pathos* como estado transitório, mas também como algo que alarga ou enriquece o pensamento”⁹⁰.

⁸⁷ BERLINCK, Manoel Tosta. *Psicopatologia fundamental*. São Paulo: Escuta, 2000. p. 23.

⁸⁸ *Ibidem*, p. 23.

⁸⁹ *Ibidem*, p. 7.

⁹⁰ *Ibidem*, p. 20.

2.40 método clínico

Introdução

Genericamente falando, a psicopatologia pode ser conceituada como uma disciplina que busca produzir um conhecimento sobre o sofrimento psíquico excessivo que acomete o humano, ou seja, sobre o *pathos*. Este saber pode ser alcançado através de diferentes caminhos, ou em outras palavras, através de diferentes métodos, tais como o método experimental, o método probabilístico, o método clínico, e o método fenomenológico dentre outros.

Este texto apresenta algumas reflexões sobre um destes caminhos em especial: o método clínico. Pretende-se aqui alcançar uma caracterização mínima deste método através da identificação e da descrição de seus aspectos fundamentais, e também, numa espécie de epistemologia comparada, através da comparação das características epistemológicas do método clínico com as características epistemológicas de outros métodos psicopatológicos.

A expressão “método clínico” pode designar diferentes processos conforme a época e o autor em foco. Pode referir-se ao método clínico como proposto por Falret, pode referir-se ao método clínico desenvolvido por Freud ao criar a psicanálise, pode referir-se ao método clínico nascido do desenvolvimento da anatomia patológica no século XIX, pode referir-se ao método clínico praticado pela medicina atual, e finalmente pode referir-se ao método clínico proposto pela Psicopatologia Fundamental. Este texto focaliza este último, ou seja, o método clínico como fundamento da Psicopatologia Fundamental conforme conceituação proposta por Berlinck. Para este autor, a essência do método clínico encontra-se no fato de ele partir “do relato de uma

vivência clínica e buscar a compreensão desta situação através de uma formulação representativa”.⁹¹

Como um recurso para melhor compreender o método clínico pode-se dividi-lo em três passos: a observação clínica, a narrativa clínica, e a elaboração metapsicológica.

A observação clínica

A clínica, enquanto “caminho percorrido visando o tratamento”⁹²; pode muito bem encerrar-se em si mesma caracterizando uma prática sem reflexão, como acontece atualmente com a maioria das técnicas psicoterapêuticas, como bem aponta Berlinck, ou pode se fazer seguir de um cuidadoso trabalho de reflexão e de observação, como preconiza o método clínico.

Então o primeiro passo do método clínico é observar a atividade clínica, mas como se faz isto? Como é possível se observar algo tão íntimo, subjetivo e fugaz como a atividade clínica em saúde mental? Quais os tipos de observação disponíveis para o clínico? A própria **observação** precisa então ser observada, considerada, analisada, e pensada.

Segundo Berrios, do ponto de vista epistemológico existem basicamente duas maneiras de se estudar psicopatologia. Na primeira considera-se um observador neutro que observa uma doença mental que existe concreta e independentemente na natureza, na segunda considera-se um observador que constrói mentalmente uma doença mental a partir dos fragmentos que escolhe no universo de fenômenos oferecidos pela natureza. Nas palavras de Berrios:

A história da psicopatologia se rege por duas metáforas, em uma se vê o clínico catalogando plantas em um horto (ou seja, pressupõe a invariação ontológica) na outra se vê o clínico como um escultor

⁹¹ BERLINCK, Manoel Tosta. *O método clínico: projeto temático de pesquisa*. 2010. p. 3. Disponível em: <<http://www.psicopatologiafundamental.org>>. Acesso em: 20 jan. 2011.

⁹² *Ibidem*, 2011.

cinzelando formas na matéria informe (ou seja, criando formas clínicas) é o construcionismo. O enfoque do horto concebe o “descobridor” como um olho onipotente que pode ver através de descrições enganosas. A abordagem criacionista depende da profundidade da contextualização, que vai desde o construcionismo social inflexível, que pode inclusive explicar as teorias médicas em termos da personalidade de seu criador, até formas mais tênues que deixam algum espaço as constantes. No caso da psicopatologia os clínicos precisam decidir qual a abordagem é mais conveniente de acordo com suas próprias crenças e com os sintomas em estudo.⁹³

Para Berlinck, antes de decidir sobre qual abordagem é mais conveniente, é necessário um programa de pesquisa rigoroso e sistemático sobre a própria natureza da observação clínica. No texto⁹⁴ que incita este programa de pesquisa Berlinck apresenta um panorama histórico sobre as concepções acerca da observação clínica no qual se destacam duas abordagens, a observação naturalística e a observação em perspectiva.

Na observação naturalística o observador coloca-se em uma posição idealmente neutra e busca conhecer a natureza através de seus sentidos sem contaminá-la com preconceitos e imaginações. Uma clínica baseada neste tipo de observação seria, nas palavras de Berlinck, “[...] um debruçar-se, com naturalidade, com uma atitude naturalista, sobre o doente e observar as manifestações naturais ocorrendo nesse humano sem concepções a priori sobre aquilo que ali se manifesta”.⁹⁵

Um exemplo desta observação clínica naturalística e direta é a que se faz através da sala de espelho nas faculdades de psicologia em um procedimento que talvez encontre seu ideal na observação, também por meio de espelhos e lentes, que os anatomo-patologistas realizam com seus microscópios nos tecidos humanos em busca da lesão de órgão que explique o quadro patológico.

Embora a observação naturalística seja um procedimento que trouxe grandes contribuições para o desenvolvimento da ciência em geral e da medicina

⁹³ BERRIOS, 2008, p. 37.

⁹⁴ BERLINCK, 2010, p. 6.

⁹⁵ BERLINCK, Manoel Tosta. O método clínico –1. Editorial. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. X, n. 3, p. ix, jun. 2007.

em particular, conforme ressalte Berlinck ao afirmar que “o esforço metodológico por uma observação desinteressada da natureza contribuiu decisivamente para o desenvolvimento do conhecimento científico e é indispensável para o método clínico”⁹⁶, ela, a observação naturalística, também apresenta muitas limitações e problemas, especialmente quando se trata do campo da saúde mental. Segundo Berlinck, o campo das doenças nervosas “[...] teve enorme dificuldade em estender a lógica da lesão aos seus domínios”⁹⁷.

A observação naturalística privilegia a percepção sensorial, em especial a visual, o que no campo do psíquico é uma limitação, pois, à exceção das alterações no comportamento, não resta mais nada de visível no terreno psicopatológico, não há lesão identificável na anatomia do cérebro no caso das chamadas doenças mentais, também não existem exames de imagem característicos das patologias mentais. Apesar do enorme progresso tecnológico neste campo, ainda não existe nenhum aparelho que consiga flagrar uma alteração visível que documente a presença do *pathos*. Infelizmente, ou felizmente, ainda não temos algo como um “pathoscópio”, uma espécie de tomografia computadorizada da alma.

Esta é uma questão de grande importância, tanto do ponto de vista epistemológico quanto clínico. Com muita frequência a medicina diz para os chamados doentes dos nervos a frase “você não tem nada”. Isto não é verdade, pois estes pacientes têm sim alguma coisa, a questão é que aquilo que eles têm, o *pathos*, não aparece em exames. A consequência desta abordagem visual e naturalística é que os pacientes, além do sofrimento psíquico, acabam suportando uma espécie de desmoralização por serem considerados simuladores ou algo do gênero.

⁹⁶ BERLINCK, Manoel Tosta. *O método clínico* – 2. p. 2. Disponível em: <<http://www.psicopatologiafundamental.org>>. Acesso em: 20 jan. 2011.

⁹⁷ BERLINCK, Manoel Tosta. *O método clínico* - 3. p. 2. Disponível em: <<http://www.psicopatologiafundamental.org>>. Acesso em: 20 jan. 2011.

Como se vê no campo da clínica psicopatológica, a observação direta e naturalística não parece ser uma boa estratégia apontando, então, na direção de uma outra observação que seguindo a terminologia utilizada por Berlinck poderia ser denominada como *observação em perspectiva*.

Na época do Renascimento, na virada do século XIV para o século XV, ocorreu uma espécie de revolução na maneira de se observar a natureza. O homem, escapando da fascinação pelo divino que implicava em uma observação vertical, o ser embaixo mirando o deus em cima, passou a olhar ao seu redor, passou a olhar o homem mesmo e a natureza de uma forma mais horizontalizada, ou seja, “a observação deixou de ser bi-dimensional e passou a ser tridimensional, a natureza deixou de ser divina e passou a ser humana”⁹⁸.

A observação clínica proposta pelo método clínico da Psicopatologia Fundamental insere-se nesta tradição da observação em perspectiva. Além desta afiliação epistemológica ela apresenta algumas particularidades que merecem ser ressaltadas. A observação clínica é reflexiva, posicional, subjetiva, e fragmentária.

Fundamentalmente a observação clínica é um trabalho de rememoração e reflexão da vivência clínica. Esta memória, entretanto, não é uma memória factual apenas, não se restringe a uma rememoração cronológica dos acontecimentos, ela inclui também imaginação e simbolização.⁹⁹ É, portanto, uma observação construída a partir da subjetividade do clínico. Neste sentido Fédida lembra que “Freud dissuadia os jovens analistas de anotarem, durante as sessões, aquilo que os pacientes lhe diziam. Ele os encorajava a terem confiança em sua memória de escuta.”¹⁰⁰

⁹⁸ BERLINCK, 2010, p. 11.

⁹⁹ Sobre isto Berlinck chama a atenção para o fato de que por incluir a imaginação e a simbolização a observação em perspectiva implica a presença do “[...] sem sentido, do estranho, do horror” ressaltando já a qualidade enigmática do método clínico. BERLINCK, Manoel Tosta. *O método clínico: projeto temático de pesquisa*. 2010, p. 4. Disponível em: <<http://www.psicopatologiafundamental.org>>. Acesso em: 20 jan. 2011.

¹⁰⁰ FÉDIDA, Pierre. *Nome, figura e memória*. São Paulo: Escuta, 1992. p. 40.

Um outro aspecto essencial da observação em perspectiva é a questão da posição. O que se postula aqui é que, diferentemente da abordagem naturalística, a posição ocupada pelo observador determina sua observação, de maneira “[...] que não há uma única verdade sobre a natureza, mas múltiplas verdades determinadas pelas posições dos observadores.”¹⁰¹ A própria noção de perspectiva implica a ideia de um ângulo de visão, ou seja, uma vista que é conseguida a partir de um determinado ponto e que seria diferente se fosse a partir de outra posição. Considerando, então, que observar supõe uma posição particular, o método clínico explicita enfaticamente que a observação em questão é a observação do clínico implicando toda a subjetividade inerente a esta posição.

Escapando da ilusão holística de “ver o paciente com um todo”, e em consonância com o conceito metapsicológico freudiano de que a pulsão é sempre parcial, a observação em perspectiva focaliza um fragmento da atividade clínica e partindo daí constrói uma narrativa. Não é, portanto, um defeito o caráter fragmentário da observação, e sim uma característica epistemológica de um método que pretende, de alguma forma, captar uma singularidade do sujeito, ou seja, o seu *pathos*. Tem gente que observa as estrelas, tem gente que observa pássaros, tem gente que observa pedaços de tecido humano, e tem gente que observa fragmentos da atividade clínica, estes últimos recebem o nome de psicopatólogos.

O paciente coloca em cena vários problemas, ele conta uma ou várias histórias, se queixa de sintomas, de dificuldades da vida, de pessoas com quem se relaciona, de si mesmo, de situações, e por aí vai, criando uma espécie de paisagem sintomática. Qual elemento, dentre estes tantos que compõem a paisagem, o clínico elege como objeto de sua observação? Esta escolha provavelmente tem a ver com muitas coisas, inclusive com a

¹⁰¹ BERLINCK, *O método clínico* - 2. 2011. p. 2.

contratransferência, o que aponta novamente para a subjetividade do clínico como elemento importante da observação clínica.

Considerando que, segundo Berlinck, “observar não é propriamente uma atividade como ver, ouvir ou falar, nem existe no humano um órgão da observação.”¹⁰², a observação clínica se vale, como seu principal instrumento, da palavra em forma de narrativa clínica.

A narrativa clínica

No método clínico, ao movimento inicial de observação da vivência clínica segue-se o ato de contar esta vivência clínica através de uma narrativa escrita. Berlinck lembra que o clínico, na atividade da narrativa clínica, insere-se na tradição dos “primeiros historiadores que eram narradores de eventos observados”¹⁰³. Ainda no campo histórico, este autor afirma que “[...] a medicina do séc XVIII e XIX elaborou um vasto painel narrativo sobre a loucura que muito contribuiu para a compreensão dessa produção humana. A este longo e rico painel damos o nome de psicopatologia.”¹⁰⁴

A Psicopatologia Fundamental defende a posição de que a narrativa é o instrumento mais adequado para se captar o sofrimento excessivo que acomete o humano, o *pathos*. Parafraseando Rosnay, pode-se dizer que “[...] para o muito grande o telescópio, para o muito pequeno o microscópio e para o muito *pathico* a narrativa.”¹⁰⁵ Não fosse cair na tentação de um vocabulário excessivamente “tecnológico-mecanicista” poder-se-ia dizer que a narrativa clínica é uma espécie de “clinoscópio”, um parente bastante próximo do telescópio e do microscópio.

¹⁰² BERLINCK, 2010, p. 6.

¹⁰³ Ibidem, p. 4.

¹⁰⁴ BERLINCK, *O método clínico* - 3. 2011. p. 2.

¹⁰⁵ ROSNAY, Joel. *O macroscópio*. Lisboa: Criativa, 1975. p. 27.

Fédida defende que, de fato, a narrativa é o instrumento mais adequado para se captar e transmitir, não apenas o *pathos*, mas também aquilo que passa na atividade clínica. Ele diz que “[...] apenas o relato é capaz de garantir esta intimidade da história que a análise nos fornece.”¹⁰⁶ Isto responde a pergunta que se fez no início deste texto sobre a forma de se observar algo tão sutil e fugaz como a atividade clínica. Corroborando estas ideias, Figueiredo assinala que é preciso ir além “do caráter descritivo da psicopatologia geral”¹⁰⁷ em busca da narrativa clínica que de fato é um instrumento bastante apropriado para acolher o discurso do paciente, bem como o discurso do clínico que se entrelaça um com o outro. Se a queixa e o sintoma, que inauguram a clínica para o paciente, são evidentes, o *pathos*, verdadeiro objeto da clínica para o médico¹⁰⁸, não é nada evidente, e muito pelo contrário, a partir de sua natureza de enigma ele solicita um trabalho para se revelar. No método clínico o instrumento que realiza este desvelamento do enigma é a narrativa clínica. Note-se que a narrativa clínica não resolve o enigma, ela o revela. Neste sentido pode-se dizer que uma das funções do método clínico é produzir questões enigmáticas que por sua vez promovam pesquisas. Então o método clínico pode ser considerado como uma “máquina de produzir enigmas”, uma “enigmakina”, e não uma máquina de produzir teorias como poderia se pensar.

A narrativa é o coração do método clínico, é o que o coloca em movimento, pelo menos na Psicopatologia Fundamental. A narrativa é tão importante que talvez fosse o caso de adicioná-la, como especificador, ao próprio nome do método, que então se chamaria método clínico-narrativo. Esta especificação é necessária porque existem vertentes do método clínico que não se fundamentam na narrativa.

¹⁰⁶ FÉDIDA, 1992, p. 234.

¹⁰⁷ FIGUEIREDO, Ana Cristina. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e a saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. VII, n. I, p. 75, mar. 2004.

¹⁰⁸ Neste trabalho usa-se o termo “médico” como sinônimo de “clínico” conforme a posição de Berlinck.

O método experimental e o método probabilístico, tão usados na psiquiatria biológica, também poderiam ser qualificados de clínicos na medida em que se fundamentam em alguma prática clínica e a ela dirigem seus resultados. Um exemplo disto são os chamados “ensaios clínicos”. Estas pesquisas, geralmente sobre a utilização de medicamentos, começam pela coleta de dados de pacientes que estão efetivamente em tratamento clínico, e almejam um saber sobre os efeitos clínicos dos fármacos. Neste sentido são métodos clínicos, também exigem de seus praticantes a posição clínica, ou seja, o inclinar-se sobre os pacientes para observá-los. Sim, então são clínicos, porém não são narrativos, pois “contam” a vivência clínica não através de uma narrativa, mas sim através de números, contas, estatísticas, gráficos, etc. “Sempre é preciso, e ainda em primeiro lugar, contar”¹⁰⁹ afirma Fédida, mas se não se atentar para o detalhe de que este contar é um contar com palavras e não um contar com números corre-se o risco de se negligenciar o coração do método clínico, pelo menos como proposto pela Psicopatologia Fundamental.

Também não é indiferente se a narrativa é oral ou escrita. Se na supervisão clínica, trabalho que visa uma reorientação do processo de tratamento, a narrativa oral é suficiente; no método clínico, trabalho que visa alcançar um saber sobre o *pathos*, a narrativa por escrito tem se mostrado o caminho mais profícuo. Como se sabe, escrever costuma exigir uma reflexão mais elaborada que falar. Neste sentido é notável que uma atividade clínica tão profundamente marcada pelo falar livremente, como é a clínica psicopatológica, resulte numa atividade epistemológica tão fundada na escritura. Sobre esta questão Fédida assinala que:

[...] o ato técnico da escritura na psicanálise reencontra sua função de “epistème” desde que seu objetivo não seja o de reconstituir, todo dia, todas as sessões, mas sim o de deixar que a palavra se re-presente e, escrevendo, deixar esta palavra múltipla surpreender seu inesperado inescutado. Nesta condição o termo “metapsicologia” recebe seu

¹⁰⁹ FÉDIDA, 1992, p. 234.

verdadeiro sentido, e os paradigmas técnicos do ofício são, pela escritura, formados para engendrar ficções ou modelos.¹¹⁰

Esta citação de Fédida assinala, para além da questão da escritura, uma outra característica da narrativa clínica: ela é de natureza ficcional ou, nos termos propostos por Berlinck, “uma formulação representativa da vivência clínica”.¹¹¹ A narrativa clínica, em consonância com a observação em perspectiva, e diferentemente da observação naturalística, não pretende ser uma reprodução fiel, realista, e isenta do que se passou na prática clínica, ela está mais para uma pintura impressionista do que para uma fotografia realista.

Embora busque uma rigorosa correlação epistêmica entre vivência e relato, é sempre uma construção e não uma reprodução, e é nestes termos que ela é ficcional, no sentido de elaboração, e não de falsidade. Note-se, também, que diferentemente da narrativa ficcional de natureza literária, que supostamente nasce do nada, ou da imaginação do autor, a narrativa ficcional clínica nasce da observação em perspectiva, como assinalado acima.

A narrativa é sim feita a partir de uma “memória restaurada”, segundo a feliz expressão cunhada por Moura,¹¹² mas o processo de restauração desta memória não segue uma ordem meramente cronológica. O que interessa mais é a memória lógica que conduz a construção do caso. Por outro lado, a narrativa, ao revelar uma vivência clínica, não pode se restringir ao campo meramente fenomênico e descritivo sob risco de não alcançar as regiões mais profundas do *pathos*, como, por exemplo, sua dimensão inconsciente. Pode-se dizer que não se acessa o inconsciente, o sujeito e a subjetividade contida no *pathos* com relatórios, é melhor se valer de metáforas e narrativas criativas de natureza ficcional. Fédida esclarece que “é exatamente um relato que, graças a suas

¹¹⁰ FÉDIDA, 1992, p. 40.

¹¹¹ BERLINCK, 2010, p. 3.

¹¹² MOURA, Ana. Estudo de caso, a construção do caso e ensaio metapsicológico: da clínica psicanalítica à pesquisa psicanalítica. *Pulsional Revista de Psicanálise*, São Paulo, v. XIII, n. 140-141, p. 74.

rupturas temporais e suas discontinuidades possibilita a produção das condições de linguagem do figurável.”¹¹³

A narrativa clínica é a memória do analista posta em palavras, mas esta não é uma memória qualquer, é uma memória que inclui também imaginação, criação, metáfora, ficção, digressão, ampliação, etc. É exatamente neste sentido que a narrativa clínica não é um relatório ou uma transcrição objetiva do que se deu no atendimento clínico, ela é sempre uma construção do clínico, é de sua autoria, implicando, portanto, a subjetividade dele, e não apenas a do paciente.

Dizer que a narrativa “é do clínico” tem muitas implicações, inclusive éticas. É frequente, nos dias atuais, um certo questionamento sobre a correção ética de um clínico tornar público, através de seu relato, detalhes da vida de seu paciente. Roland defende que “os fragmentos de análise utilizados no trabalho já não pertencem totalmente à clínica, mas à memória do analista”¹¹⁴. Sem dúvida isto merece longa e elaborada discussão, aliás, como quase tudo que toca no tema da ética. Este texto, entretanto, não intenta tal coisa, trata apenas de indicar a dimensão ética da narrativa clínica.

É muito importante ressaltar que este tom de relativismo e de ficção, acima explicitado, não quer dizer que o método clínico é um procedimento frouxo do ponto de vista epistemológico, que ele é um relato descuidado ou aleatório. Novamente, como se disse acima sobre a observação, este caráter ficcional, construtivista, e subjetivo do método não é uma falha desavisada, é, isto sim, uma opção epistemológica consciente e bem fundamentada. Como diz Berlinck, “Longe de escamotear a questão da validade da observação a Psicopatologia Fundamental reconhece, de saída que a correspondência entre o observado e a chamada realidade é sempre muito problemática e desde logo se pode dizer que nunca há uma correspondência biunívoca entre o observado e o

¹¹³ FÉDIDA, 1992, p. 234.

¹¹⁴ ROLLAND, Jean-Claude. *Curar do mal de amor*. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 70.

existente.”¹¹⁵ Do ponto de vista epistemológico o método clínico reivindica o mesmo rigor do método experimental e o do método probabilístico.

O relato de caso do método clínico, chamado de narrativa clínica, não é a mesma coisa que o estudo de caso. Este último geralmente busca ser objetivo, factual, e pretende chegar a um conhecimento exaustivo a ser expresso em um diagnóstico que aponte direta e o mais especificamente possível para uma forma de tratamento. Já a narrativa clínica é menos factual, é mais metafórica, não renega a subjetividade, e almeja mais uma compreensão do *pathos* em questão do que um diagnóstico classificatório, e em termos de resultado em vez de resolver um problema ela aponta para uma questão, para um enigma. Em um esforço para distinguir o caso clínico (narrativa clínica) do estudo de caso Figueiredo afirma:

O caso clínico não pode ser mais um relato compilado de acontecimentos e procedimentos dispostos em uma seqüência com critérios pré-estabelecidos a serem preenchidos, como é o caso de uma anamnese psiquiátrica que resulta numa súmula psicopatológica padronizada que viceja nas sessões clínicas da psiquiatria. Aqui está a diferença, no caso clínico todo o esforço diagnóstico deve se deslocar desta assepsia para trazer à cena o sujeito e suas produções. E este só aparece pela via do discurso, no qual podemos localizar seu sintoma e seu delírio.¹¹⁶

Enquanto no estudo de caso o objetivo é desvendar a natureza do paciente e de sua doença, ou seja, compreender a doença “alargando o campo de explicações dos processos psicopatológicos e refinando a equação da afecção psicopatológica”¹¹⁷, no caso clínico o objetivo é desvendar um enigma do pesquisador. Talvez seja possível se dizer que no estudo de caso o objetivo é melhorar o tratamento do paciente, enquanto no caso clínico o objetivo é resolver um problema do pesquisador.

No estudo de caso, que se insere na tradição da observação naturalística, considera-se que de fato já existe um caso que o clínico vai observar e contar; ao

¹¹⁵ BERLINCK, 2010, p. 6.

¹¹⁶ FIGUEIREDO, A. C., p. 78.

¹¹⁷ MOURA, p. 71.

passo que na narrativa clínica, que se insere na tradição da observação em perspectiva, considera-se que o caso é construído a partir da observação e narração de fragmentos clínicos. Tanto o estudo de caso como o caso clínico são descrições narrativas, sendo que o primeiro descreve uma suposta realidade psicológica, e o segundo descreve uma vivência clínica.

Existe uma sutileza epistemológica sobre a narrativa clínica que merece ser destacada. A narrativa ao mesmo tempo em que já é resultado de uma observação (via memória do clínico) é também instrumento de observação da clínica (via o texto produzido pelo clínico). Ao ler, analisar e comentar o texto produzido por ele mesmo, o clínico está novamente observando a cena clínica, é uma espécie de segunda observação. Esta “segunda navegação” é bastante útil, pois muitas vezes não sabemos o que observamos, ou melhor, só nos damos conta que observamos tal aspecto a partir da narrativa. E assim o método clínico vai se construindo como um caminho em espiral que tem na sua base a clínica propriamente dita. A próxima volta desta espiral leva à elaboração de uma metapsicologia.

Elaboração metapsicológica

A narrativa clínica produz um certo saber sobre o *pathos*, saber este que recebe o nome de elaboração metapsicológica, que se constitui então no terceiro passo do método clínico. Se a narrativa é o coração-motor do método clínico, então a metapsicologia é a fumaça que este motor produz. Esta imagem da fumaça é bastante adequada, pois o saber que o método clínico produz é de natureza evanescente, é um saber provisório, inacabado, é uma espécie de “saber-em-processo” que vai se modificando com o tempo, exatamente como uma nuvem de fumaça. Esta natureza da metapsicologia é muito importante,

pois é ela que vai marcar a radical diferença entre ela, a metapsicologia, e a teoria, noção com a qual geralmente é confundida.

Embora metapsicologia e teoria sejam ambas uma construção indutiva a partir do caso, a primeira não almeja uma generalização de natureza universal, enquanto a segunda sim. Enquanto na teoria há sempre a perda do vivido como condição metodológica para se conseguir a generalização¹¹⁸, a metapsicologia, exatamente por não almejar tal generalização, pode manter os traços da singularidade. Além de produzir generalizações a teoria busca ser explicativa e estabelecer claramente relações causais. Já a metapsicologia, por sua vez, busca ser mais compreensiva, busca ampliar as significações da experiência clínica. Sobre esta questão da implicação clínica Fédida afirma que “[...] um texto poderia ser considerado metapsicológico em razão mesmo da capacidade de possibilitar uma legibilidade sempre potencial da clínica do caso.”¹¹⁹

Talvez a diferença mais clamorosa seja que a teoria busca dar respostas enquanto a metapsicologia busca produzir enigmas, se uma é explicativa a outra é enigmática. Pode parecer desconcertante que um método que busca um saber objetivo muito mais criar enigmas do que respondê-los, mas é exatamente isto que pretende o método clínico da Psicopatologia Fundamental. A ideia é que a pergunta, sofridamente mantida em aberto, gera muito mais investigação clínica, ao contrário de respostas teóricas que costumam gerar dogmas conceituais.

Da narrativa clínica nascem enigmas. Muito mais do que responder perguntas, a narrativa clínica revela, no sentido de fazer emergir, questões clínicas e teóricas que solicitam do clínico um trabalho de investigação. O resultado deste trabalho de pesquisa em torno do enigma é exatamente aquele saber sobre o *pathos* que o método clínico almeja. Segundo Fédida, “o caso é uma teoria em germen, uma capacidade de transformação metapsicológica”¹²⁰.

¹¹⁸ MOURA, p. 72.

¹¹⁹ FÉDIDA, 1992, p. 234.

¹²⁰ Ibidem, p. 230.

Isto significa que o saber psicopatológico não vem de fora, de uma teoria já pronta, e sim que ele já se encontrava em forma larvar no relato da vivência clínica. Note-se que o último passo do método clínico é a pesquisa e não o resultado da pesquisa, pois este método é um processo sempre em aberto, sempre em andamento, não pretende, e mesmo questiona um conhecimento último e acabado sobre o *pathos*, embora às vezes seja preciso um ponto de basta para que algo de utilizável se dê.

O método clínico apresenta uma relação muito sutil com o campo teórico-conceitual. Quando o clínico coloca-se diante do paciente, ele o faz “armado” com que arsenal conceitual? No método clínico com nada. A ideia é “inclinarse” sobre o paciente para ouvir desarmadamente o que dele vem como forma de captar o *pathos* que ali se impõe. Neste sentido o método clínico se assemelha ao método fenomenológico que também propõe uma abordagem do fenômeno sem teorias a priori. Entretanto, as semelhanças não vão muito longe, pois, enquanto a fenomenologia busca a “redução ao fenômeno”, procurando se manter neste nível o quanto puder, o método clínico busca a “ampliação metafórica”, procurando muitos outros níveis de saber.

Um outro aspecto muito interessante sobre a elaboração psicopatológica é a noção de que ela solicita, do leitor, comentários, e não críticas. Explicando este aspecto Berlinck afirma:

[...] são narrativas que provocam, solicitam comentários no leitor. Estas narrativas clínicas não são críticas, elas não provocam juízo de valor. Elas não solicitam do leitor um espírito crítico, isto é, aquele que não aceita nenhuma asserção sem se interrogar primeiro sobre o valor dessa asserção, quer do ponto de visto de seu conteúdo, quer do ponto de vista de sua origem. Não provocam, também, no leitor, objeções ou desaprovações visando um ponto especial. O caso Dora (Freud), ou o caso Ellen West (Binswanger), por exemplo, não solicitam do leitor que seja crítico, isto é, mais inclinado a notar os defeitos do que as qualidades dessas narrativas.¹²¹

¹²¹ BERLINCK, Manoel Tosta. *O método clínico* – 5. p. 1. Disponível em: <<http://www.psicopatologiafundamental.org>>. Acesso em: 20 jan. 2011.

É interessante notar que o comentário nunca é um fim, mas um começo, um eterno começo que pede mais, sempre mais, o que aponta, mais uma vez, para a forma espiralada do método clínico. Se a teoria pretende ser uma explicação final, uma espécie de ponto final, a elaboração metapsicológica bem poderia ser como uma vírgula, pede sempre algo em seguida.

Há um aspecto do método clínico que necessita uma certa especificação. O método clínico e a clínica são a mesma coisa ou se distinguem? Uma das características epistemológicas básicas do método clínico, como visto acima, é sua ligação indissolúvel com a clínica, ele nasce da clínica e a ela se dirige. Neste sentido o método clínico faz parte da clínica, e, se assim não fosse, perderia o próprio nome. O que seria um método psicopatológico que não visasse à atividade clínica como finalidade última? Seria ainda um método por certo, mas seria filosófico, antropológico, ou outro qualificativo qualquer, mas não mais seria clínico. A ideia da psicopatologia como uma ciência pura, suficiente em si mesma, é algo completamente estranho aos princípios da Psicopatologia Fundamental. Numa metáfora geográfica pode-se dizer que o método clínico é um caudaloso rio que se dirige para o grande mar chamado clínica, ele é tributário dela, mas não se confunde com ela, da mesma maneira que um rio não se confunde com o mar.

Segundo Berlinck, “a prática clínica é o caminho percorrido visando o tratamento”¹²². O mesmo autor também afirma, criticamente, que uma prática clínica pode muito bem acontecer, e inclusive florescer, sem uma observação cuidadosa, sem reflexão, sem narrativa, e sem elaboração metapsicológica, que são os fundamentos do método clínico. Então, se a clínica “é o caminho percorrido visando o tratamento”, o método clínico é o caminho visando o saber sobre o *pathos*. Enquanto a clínica trata uma pessoa, o método clínico investiga uma questão do clínico. O método clínico é um além da clínica.

¹²² BERLINCK, 2010, p. 2.

A título de organização dos elementos elaborados ao longo deste capítulo, pode-se estabelecer a seguinte síntese provisória sobre o método clínico: o método clínico é uma máquina de produzir enigmas, uma *enigmákina*, que funciona através de três movimentos; a observação clínica, a narrativa clínica e a elaboração metapsicológica; sendo que a observação clínica acontece em perspectiva, e é reflexiva, posicional, subjetiva e fragmentária; a narrativa clínica é ficcional, subjetiva, autoral e produtora de enigmas; e a elaboração metapsicológica, que se diferencia de teoria, é um “saber-em-processo”, é compreensiva, metafórica, enigmática e singular.

3 NARRATIVA CLÍNICA

Caso Ana: a menina voadora

“Então eu lembrei que peito existe”, ela disse, enquanto a mão espalmada sobre o peito subia em direção à garganta como se quisesse estrangulá-la. Esta foi a maneira que Ana encontrou para me explicar sua última crise. Ela estava bastante decepcionada por voltar a ter crises. Há quase seis meses não tinha nenhuma. “Por que eu voltei a sentir essas coisas novamente?”, ela se perguntava.

Os problemas começaram há mais ou menos um ano. No início era apenas um medo vago, uma sensação ruim que ela sentia pela manhã quando se arrumava para ir trabalhar, mas com o passar dos dias as coisas foram piorando a ponto de muitas vezes ter pensado em ligar para seu chefe avisando que não poderia trabalhar, mas nunca fez isto. Outra coisa que Ana nunca fez, pelo menos na fase inicial dos seus problemas e do seu tratamento, foi relacionar esta sensação ruim com o seu trabalho apesar de a sensação acontecer sempre pela manhã momento que antecedia sua ida para o trabalho. Para ela não fazia sentido algum estabelecer uma ligação entre “um sentimento ruim e um trabalho bom.”

Ana era aeromoça e amava muito seu trabalho, adorava voar. Desde pequena tinha sonhado em ser aeromoça, e agora aos 32 anos, estava em boa situação profissional trabalhando em voos internacionais para uma companhia aérea que fazia a ligação entre o Brasil e a Europa. Em um destes dias ruins, no qual ela insistiu em ir trabalhar, e quando seu carro fez a última curva da rodovia que levava ao aeroporto, no exato instante em que ela viu os aviões ao fundo, ela teve certeza: não voaria naquele dia. O coração disparou, começou a suar e a tremer, sentia-se sufocada, e pensou que morreria naquele dia, não no

seu voo de trabalho, mas naquele exato instante. Na verdade achava que estava tendo um ataque do coração ou algo assim. Teve que parar o carro no acostamento porque simplesmente não conseguia mais dirigir, estava tonta, enjoada, e com vontade de vomitar. A crise durou uns vinte minutos, “uma eternidade” segundo ela, e quando melhorou um pouco fez o que tinha ensaiado muitas vezes no último mês: ligou para o chefe e disse que não tinha condições de voar. Justo ela que amava voar, estava arrasada. Ainda trêmula conseguiu levar o carro até o estacionamento e foi ao serviço médico do aeroporto onde o médico, após alguns exames, garantiu-lhe que não havia nenhum problema com seu coração. Disse que ela “não tinha nada”, que provavelmente tudo não passara de uma crise de ansiedade, de estresse. Por causa deste episódio ela tirou férias e ficou em casa durante um mês.

Ana tinha 32 anos, era casada há nove anos, não tinha filhos, formada em Letras, estava terminando o curso de Psicologia, (seu trabalho de conclusão de curso, como ela fez questão de explicar, era sobre luto). Era evangélica, morava em um bairro próximo ao aeroporto e trabalhava na aviação havia sete anos. Seu marido era engenheiro e também da mesma religião que ela. Ele trabalhava muito, mas reclamava do trabalho de Ana, dizia que ela o deixava muito sozinho, que não se preocupava com ele, que preferia o trabalho. Esta era uma queixa que a deixava bastante insegura nos últimos tempos. Durante as férias foram viajar, o que foi uma coisa muito boa para a relação, mas a viagem aérea foi um tormento. Ana, uma aeromoça, estava com medo de avião, e só conseguiu ir e vir, porque tomou um calmante que uma colega lhe oferecera.

Após o período de férias, ela voltou a voar, mas já não era mais como antes. Não se sentia à vontade dentro do avião, com frequência sentia-se sufocada e precisava usar o calmante. Ficava toda hora olhando para a porta e torcendo para o tempo passar logo e o voo terminar. Este aparente medo de voar deixava Ana desconcertada e humilhada. Ela se envergonhava com esta situação e não queria contar seus problemas para ninguém.

Sua concentração no trabalho diminuía a cada dia, até que cometeu um “erro grave”- na distribuição das refeições a bordo, serviu a um grupo de judeus uma comida não “kosher”, o que lhe valeu uma advertência por parte da companhia. Isto a deixou muito magoada, em todos estes anos nunca tinham chamado a sua atenção. A gota d’água foi quando quase teve uma crise a bordo, sentiu-se tonta, sufocada e praticamente caiu no chão. Depois disto, procurou um psiquiatra para se queixar de sua falta de concentração, e de sua ansiedade. Ela se definia como “ansiosa desde criança e com muitos problemas na escola”. Nunca tinha repetido o ano, mas isto devido a um grande esforço, pois tinha dificuldade para decorar a matéria. O médico disse que ela tinha estresse e Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), prescreveu-lhe Frontal (um calmante) para o estresse e Concerta (um estimulante) para o déficit atencional, e a afastou das atividades laborativas. Ela usou estas medicações por um mês, e embora tenha sentido nítida melhora em sua capacidade de concentração, as crises de ansiedade pioraram muito, então o esquema farmacológico foi trocado para Fluoxetina e Sibutramina, mas como sentia muito desconforto físico com estes novos remédios, o psiquiatra sugeriu Anafranil e Frontal. Com esta última combinação Ana melhorou, pelo menos não tinha mais aquelas “crises horríveis de ansiedade”, mas ainda não se sentia totalmente bem. Muitas vezes sentia-se angustiada, desanimada, chorava sem motivo, tinha vontade de morrer, sentia falta do trabalho, mas só de pensar em voar “passava mal”, e para complicar, o seu marido criticava muito o tratamento psiquiátrico. Ele reclamava que após tanto tempo de tratamento (seis meses) ela ainda não estava boa, e ligava com frequência para o psiquiatra para perguntar o que fazer quando Ana tinha as crises de angústia. Segundo Ana, isto atrapalhou enormemente o tratamento a ponto de o psiquiatra decidir interromper o trabalho e recomendar que ela procurasse outro profissional.

Após dois meses sem medicação, Ana chegou ao meu consultório, agitada, ofegante, falando rápido, e pedindo tratamento para ansiedade e TDAH. Disse que nos últimos tempos estava “ansiosa, inquieta, não conseguia se concentrar em nada, tinha crises de choro sem motivo algum, sentia medo e vontade de morrer, não conseguia mais sair de casa, com frequência tinha crises de taquicardia, tremores, sensação de sufocamento, e não conseguia mais dormir”. Depois de ouvir sua história sugeri uma nova medicação (Lexapro e Rivotril), mantive o afastamento do trabalho (sua licença estava terminando por aqueles dias), e pedi que retornasse em quinze dias. Ela faltou nesta consulta e voltou apenas um mês depois, dizendo que tinha melhorado das crises de ansiedade, mas que continuava com medo de sair de casa, com dificuldades para se concentrar nos estudos, e com muitos pesadelos sobre avião, o que a deixava muito preocupada, pois ela queria voltar a trabalhar.

Enquanto o tratamento prosseguia procurei mudar o foco de nossas conversas dos sintomas e das crises para outros aspectos da vida de Ana. A princípio isto provocou nela uma reação de surpresa. Ela achava que devia conversar sobre “estas coisas” apenas com a psicóloga com quem estava se tratando havia dois anos. Expliquei que não era bem assim, que se ela quisesse podia conversar, também comigo, sobre “estas coisas”. E foi assim que fiquei sabendo um pouco mais sobre sua vida.

Ana contou-me que era filha única e que seus pais estavam separados havia muitos anos. Com o pai ela se dava bem, eram amigos, conversavam bastante, ele a apoiava em tudo, mas com a mãe tinha uma relação muito ruim, desde pequena. Falando de sua infância ela contou: “Minha mãe era muito nervosa, brigava por qualquer coisa, falava demais, hoje eu não aguento ouvir mais sua voz, ela está sempre me criticando, acho até que ela nunca gostou mesmo de mim, ela sempre preferiu meu irmão”. Quando chamei sua atenção para o “filha única” ela explicou que tivera um irmão dois anos mais velho do que ela e que morreu de uma queda quando tinha dez anos; desde então, ela era

filha única. Da infância ela não tinha muitas lembranças, mas disse que duas marcas ficaram, uma sensação de tristeza e aperto no peito desde os três anos de idade (!) que passou depois que o irmão morreu, e esta sensação de que a mãe não gostava dela.

Do ponto de vista sintomático, o tratamento de Ana ia bem, até que, após seis meses sem crises de ansiedade, ela teve uma recaída. Quando lhe devolvi a pergunta sobre o porquê voltara a sentir “estas coisas”, ela ficou um longo tempo em silêncio e relutantemente disse que precisava me falar sobre um assunto que tinha evitado até então, o seu casamento. Havia dois anos tinha descoberto que o marido mantinha um caso amoroso com uma colega de trabalho. Ela sempre desconfiara daquela amizade, mas ele negava qualquer outro envolvimento, insistia que eram apenas amigos, até que ela descobriu algumas mensagens românticas no celular dele. Quando o marido finalmente confessou que de fato tinha um romance com a colega, Ana quis se separar, mas diante da promessa do marido de terminar o caso, resolveu perdôá-lo e seguir no casamento. Mas, desde então, sua vida passou a ser um inferno. Cada vez que ia viajar e pernoitar fora de São Paulo, ficava insegura, pensava que talvez o marido estivesse “dormindo com a outra”. Ela chegou a pedir transferência dos voos internacionais para voos nacionais, nos quais não precisasse dormir fora de casa, mas a companhia aérea não concordou. Ela disse, envergonhada, que achava que sua recaída tinha a ver com isto. Ela explicou que esta recaída aconteceu exatamente uma semana após “o aniversário da outra”. Eles continuavam trabalhando na mesma empresa e ela simplesmente não conseguiu parar de fantasiar sobre a festinha de aniversário que tinha acontecido após o expediente.

Nos meses seguintes, as coisas só pioraram no casamento de Ana. Eles brigavam com muita frequência por coisas sem importância. Ela dizia não ter mais interesse sexual pelo marido, e sentia-se cada vez mais sozinha e mais deprimida, até que ela “tomou uma decisão” e saiu de casa, foi morar com o

pai. Nesta fase ela dizia que estava triste, mas ao mesmo tempo bem, já não tinha medo de sair de casa, estava conseguindo novamente estudar e a única coisa que a chateava era a discussão com o marido sobre a partilha dos bens. Ainda sentia um pouco de medo de voar, mas queria muito voltar ao trabalho. Para que isto acontecesse, ela precisava parar os remédios, pois a companhia aérea não aceitava que tripulantes usassem psicotrópicos. Concordamos que era hora de tentar. Ela parou de tomar a medicação e quinze dias depois iniciou um retorno gradual ao trabalho - ficaria 30 dias trabalhando em terra e depois voltaria a voar. Neste momento ela decidiu que não precisava mais vir às consultas, continuaria apenas o tratamento com a psicóloga.

Algum tempo depois recebi no meu celular a seguinte mensagem: “começarei a voar para a europa no dia 1 de junho. Ufa... após exatamente um ano sem pisar em um avião. Graças a Deus pela vida e pelas orações de todos vocês. Super abraço, Ana”. Na madrugada de 1 de junho um voo Rio de Janeiro-Paris, de uma companhia internacional, desapareceu sobre o Oceano Atlântico e com ele todos os passageiros e tripulantes. Eu sabia que Ana não estava neste voo, pois ela trabalha para uma outra companhia, para uma empresa estrangeira, mas conjecturei sobre o impacto que um evento deste teria em sua decisão de voltar a voar.

Seis meses depois Ana reapareceu no consultório, estava de férias e aproveitou para marcar uma consulta. Ela contou: “estou ótima, estou voando e é como se eu nunca tivesse saído do avião... isso mostra que eu canalizei os problemas para o avião... e olha que eu voltei a voar no dia seguinte àquele desastre, eu fiquei muito triste, me lembrei dos amigos que já perdi em acidentes, mas voltei a voar sem problemas... eu estou bem sem os remédios, quer dizer, tem outras ansiedades, mas vou levando... aliás, eu tenho pensado em voltar a fazer um tratamento com você, mas eu tenho uma dúvida: é possível tratamento psiquiátrico sem remédio?”. Eu lhe respondi que sim, mas, desde então, Ana não voltou a me procurar.

Uma menina voadora com medo de voar, eis a imagem de Ana que permanece em minha mente após o final do tratamento. Ana é voadora em vários sentidos; voadora pela profissão de aeromoça; voadora pelo déficit de atenção que faz com que sua mente distraída fique voando de um tema para outro;¹²³ voadora no abismo da angústia;¹²⁴ Em relação a este tema me ocorre que o irmão de Ana que foi incapaz de voar ao cair do muro e acabou encontrando a morte em terra firme.

Caso Beatriz: a menina paralisada

Beatriz entrou no consultório para sua primeira consulta, sentou-se bem na ponta da poltrona e não disse nada. Quando lhe perguntei por que havia vindo, continuou em silêncio, mas os movimentos faciais denunciavam uma tentativa de falar e o olhar era assustado. Depois de um longo intervalo de tempo falou: “Travei”. E, outra vez, ficou em silêncio, até que fez um pedido: “minha mãe pode entrar?”.

A mãe entrou, sentou-se ao lado da filha, fez um leve afago em sua mão e explicou: “não sei o que aconteceu, ela simplesmente não consegue fazer nada, só chora, diz que está angustiada, que tem medo, que não quer ir mais para a faculdade, e fica assim como o senhor está vendo”. Beatriz continuava imóvel, na mesma posição, mas a presença da mãe parecia que a acalmava, ou a autorizava, pois começou a falar, de uma maneira entrecortada, com longas pausas entre uma palavra e outra, e olhando para a mãe diversas vezes. Ela tinha 19 anos, estava no 2º ano do curso de Psicologia, tinha um namorado já havia quatro anos, de quem gostava muito, seus pais eram médicos, tinha uma irmã mais velha, seguia a religião de seus pais, o espiritismo, e tentou explicar

¹²³ Existe um livro sobre o TDAH sugestivamente intitulado “No mundo da Lua” realçando o caráter “voador” dos pacientes disgnosticados com este rótulo.

¹²⁴ Ver a citação de Kierkegaard sobre a queda no vazio. p. 13.

o que estava acontecendo: “Não sei..., eu me sinto mal, uma coisa ruim aqui no peito..., dói..., eu tenho medo, mas não sei o que é..., não consigo falar”. E começou a chorar. Isto foi a deixa para a mãe voltar a falar. Contou que já fazia um mês que Beatriz estava nessa confusão. Começou sem querer ir para a faculdade, depois passou a ficar muito tempo no quarto, não queria conversar, nem com ela nem com o namorado, o que era uma coisa muito diferente de como ela era normalmente: falante, alegre, de “bem com a vida”, com muitos amigos e muito preocupada com os estudos.

Como Beatriz já estava mais calma, e tinha se acomodado na poltrona de maneira mais confortável e à vontade, perguntei-lhe se a mãe podia sair para continuarmos a conversa. Ela concordou, e então a conversa fluiu um pouco mais. Em relação à faculdade, o que ela sentia não era exatamente medo, era vergonha. Como uma pessoa que estava deste jeito poderia ser uma psicóloga? Ela se perguntava, e também se sentia culpada por estar dando tanto trabalho aos seus pais. Havia seis meses que tinha acontecido a mesma coisa, tinha “travado” e ficou quinze dias em casa. Nesta ocasião tomou um remédio psiquiátrico por dois meses e, como tinha melhorado, sua mãe resolveu que era hora de parar com a medicação. Não se lembrava do nome do remédio usado. Outra coisa que a deixava angustiada era o medo de que o namorado não se interessasse mais por ela por vê-la neste estado. Na primeira crise, os problemas começaram a partir de uma briga com o namorado. Ele era muito ciumento, encrencava com tudo, com as amigas, com as colegas da faculdade, com a roupa que ela usava e chegava a ser agressivo verbalmente; então, terminaram o namoro, mas voltaram em seguida. No momento estavam bem, ela estava aprendendo a lidar com ele. Beatriz contou que seu pai era um homem muito depressivo e agressivo ao mesmo tempo, e costuma beber muito. Em seus momentos de depressão, isolava-se e chegava a ficar vários dias sem falar com ninguém; mas, normalmente, era muito grosseiro e de difícil convivência,

inclusive sua mãe já havia pensado em se separar dele, mas nunca havia tomado uma atitude.

Na próxima consulta, uma semana depois, Beatriz continuava do mesmo jeito, agoniada, parada, chorando muito, e se queixando de insônia. Neste dia foi introduzida uma nova medicação, desta vez um “estabilizador do humor”. Quinze dias depois, Beatriz apareceu bem melhor, conseguia conversar mais fluentemente, já não estava tão angustiada, ainda se sentia “um pouco mal, mas nada parecido com aqueles dias”. Estava preocupada com o trabalho que dava para os pais, e queria voltar logo para a faculdade, mas tinha um problema, desde que começara o remédio novo, apareceram muitas espinhas em seu rosto, e isto ela “simplesmente não queria”. Beatriz era uma moça muito bonita e vaidosa, sua pele era bastante clara e lisa, e, algo chamou minha atenção, em todas as consultas: apesar de seus sintomas, vinha sempre muito arrumada, bem maquiada, com unhas pintadas, e com roupas bastante justas e decotadas. Um novo ajuste foi feito em sua medicação, desta vez trocamos o estabilizador do humor genérico pelo estabilizador do humor original, numa tentativa de minimizar os efeitos colaterais.

A partir deste momento, o tratamento entrou em uma fase bastante complicada. Com frequência, eu recebia telefonemas da mãe de Beatriz se queixando que estava demorando muito para a filha melhorar, que os remédios eram muito fortes, que ela já estava sendo medicada havia três semanas (este era o tempo que os pacientes dela costumavam usar de antibióticos), que o marido não gostava que Beatriz usasse esses remédios, e que as consultas eram caras. Os pais levaram Beatriz a um outro psiquiatra, para uma segunda opinião, que diagnosticou Fobia Social e sugeriu mudança de medicação. Argumentei que não era uma boa ideia trocar a medicação naquele momento, que era pouco provável que as “crises de angústia” de Beatriz se devessem à Fobia Social (ninguém fica fóbico social do dia para a noite), e que eu achava

que o problema era “um pouco mais sério”. Mas minhas repetidas explicações não surtiram efeito, pois Beatriz parou de vir às consultas.

Meses depois, aconteceu uma coincidência. Eu fui a um pronto-socorro de clínica médica de um grande hospital de São Paulo para avaliar um rapaz que havia tido uma crise depressiva. Enquanto eu circulava pelo pronto-socorro, notei que um casal me olhava com certa insistência. Quando eu estava indo embora, já no elevador, a mulher me abordou: “O senhor não está me reconhecendo?”. Diante da minha negativa ela explicou: “Sou a mãe da Beatriz”. Então fiquei sabendo da sequência do caso. Depois da mudança de medicação sugerida pelo outro psiquiatra, Beatriz passou um período bastante bem, mas novamente havia entrado em crise, e desta vez foi um surto mesmo: ficou agitada, desconfiada das pessoas, e bastante agressiva, quebrando as coisas em casa e batendo nos pais, que, então, levaram-na ao pronto-socorro no qual estava sendo atendida pelo psiquiatra de plantão.

Alguns dias depois encontro o seguinte recado na secretária eletrônica do consultório: “É... aqui é a Beatriz, já fui sua paciente... gostaria de retornar... é, fazer um retorno para saber como eu estou, se já estou bem, se já posso voltar a estudar, certo?... quando o senhor puder me ligue... é que tem umas pessoas aqui querendo me confundir, mas depois a gente conversa direitinho, eu te falo o nome destas pessoas, tá certo? tá certo? meu nome é Beatriz, o senhor lembra de mim? tá bom, até logo”.

Quando telefonei, a mãe de Beatriz me disse que as coisas tinham piorado muito e que ela tinha sido internada em uma clínica psiquiátrica. Depois disto não tive mais notícias de Beatriz.

A primeira impressão clínica produzida por estes fragmentos é de que “angústia trava e ansiedade agita”. Beatriz estava paralisada, imóvel e agoniada, encolhida em seu quarto, incapaz de se movimentar para ir à faculdade, ou sair com as amigas e o namorado, ou sair da simbiose familiar. Ana, por sua vez,

estava inquieta, estrebuchando, por assim dizer, saltitante em seu corpo e em sua vida, em busca de soluções para problemas que nem ela conhecia direito.

4 O VOCABULÁRIO DA ANGÚSTIA

4.1 O termo *Angst*

“Chamo essa síndrome de *Angstneurose*”, diz Freud na introdução do texto “Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada Neurose de Angústia”,¹²⁵ que, sem qualquer exagero, é considerado o texto que funda o campo de estudos sobre a angústia e a ansiedade na psicopatologia moderna. A escolha de Freud pelo termo *Angst* para denominar, em 1895, sua “nova neurose” criou um problema linguístico (de semântica e de tradução), e talvez clínico que dura até os dias atuais tanto na psiquiatria como na psicanálise.¹²⁶

O termo *Angst*, que em alemão significa medo, foi traduzido para o inglês como *anxiety* e daí para o português como ansiedade, mas também foi traduzido para o francês como *angoisse* e daí para o português como angústia.¹²⁷ Então o que significa *Angst* em português, angústia ou ansiedade?

Esta questão demonstra o quanto o tema desta pesquisa, a distinção entre angústia e ansiedade, é radicalmente atravessado pela dimensão linguística. É interessante notar que este problema não é exclusivo da psicanálise; a psiquiatria e a psicopatologia também têm que se haver com ele.

Lewis, psiquiatra israelense que trabalhou na Inglaterra, em clássico artigo sobre a ambiguidade terminológica no campo da angústia e da ansiedade, comenta que, embora a ansiedade seja o alfa e o ômega da psicopatologia,

¹²⁵ FREUD, *Neurose de angústia* (1895). 1986. p. 92.

¹²⁶ HANNS, 1996, p. 72.

¹²⁷ *Ibidem*, p. 62.

permeando todos os tipos de doença mental, ela permanece ainda mal definida, e que cada autor usa o termo a seu modo, dando-lhe o significado que deseja.¹²⁸

Do ponto de vista etimológico tudo começa com a raiz indo-europeia *angh*, que significa apertar, estreitar, estrangular, passando ao termo grego *agkho* com os mesmos significados. A partir desta raiz grega nascem as duas grandes derivações latinas *angor*, significando aperto, constrição física, e *anxietas* significando tormenta, aflição e sofrimento. Estes dois termos *angor* e *anxietas* vão originar todas as palavras ligadas à ansiedade nas línguas modernas como o francês, o inglês, o alemão e o português.¹²⁹

Em francês surgem *angoisse* e *anxiété*, termos bastante próximos das palavras angústia e ansiedade usadas na língua portuguesa. Em inglês as coisas se passam de maneira bem diferente do que acontece com o português e o francês. Embora exista na língua inglesa o termo *anguish*, o equivalente de *angoisse-angústia*, ele nunca é usado no sentido psicopatológico, recaindo então a ênfase no termo *anxiety*, o equivalente de *anxiété-ansiedade*. É como se em inglês o debate angústia versus ansiedade não fizesse muito sentido.¹³⁰

No idioma alemão a situação é ainda um pouco mais complexa, pois, como afirma Hanns, o termo *Angst* não significa a rigor, no alemão, nem ansiedade nem angústia. Então para Freud “*Angstneurose*” é neurose de angústia ou neurose de ansiedade? Nenhuma nem outra, pelo menos não especificamente, é o que acredita Hanns em seu Dicionário comentado do alemão de Freud:

Qual é o afeto que Freud liga a *Angstneurose* (neurose de angústia / neurose de ansiedade)? Quando Freud fala em *Angst*, está se referindo a “medo”, à “angústia”, ou à “ansiedade”? Os fenômenos emocionais que estes termos designam nos respectivos idiomas são diferentes. No texto freudiano alemão o termo “angústia” e “ansiedade” pouco estão presentes. Freud fala em “medos”, “medo de espera”, “medo prolongado”, “medo automático”, etc. Não há bons equivalentes na língua alemã para “angústia e ansiedade”, mas há termos bem mais próximos de “angústia e ansiedade” do que *Angst*; entretanto, Freud não os utilizou. Ocorre que Freud transita, às vezes num mesmo

¹²⁸ LEWIS, 1979, p. 72.

¹²⁹ HANNS, 1996, p. 63.

¹³⁰ PEREIRA, 2004, p. 11.

parágrafo, de um uso coloquial para um uso técnico, bem como freqüentemente emprega os termos de maneira que se possa fazer uma dupla leitura (ora como designação nosológica, ora como afeto).¹³¹

Para compreendermos a escolha freudiana por *Angst* vamos observar primeiramente quais seriam estes termos, de que fala Hanns, disponíveis no idioma alemão. O quadro a seguir, construído a partir do dicionário de Hanns, apresenta vários termos correlatos a *Angst*:

Termo Alemão	Significado em Português
<i>Angst</i>	Medo
<i>Furcht</i>	Medo
<i>Schreck</i>	Susto
<i>Kummer</i>	Pesar
<i>Unruhe</i>	Inquietude
<i>Sorge</i>	Preocupação
<i>Angstliche Erwartung</i>	Expectativa medrosa
<i>Bange</i>	Medo, ansiedade
<i>Beklommenheit</i>	Aperto, angústia
<i>Bedrangnis</i>	Apuro, aflição
<i>Angstanfalles</i>	Ataque de angústia
<i>Angsthysterie</i>	Histeria de angústia

Quadro 2 – O vocabulário da angústia

Fonte: HANNS, Luiz. Dicionário comentado do alemão de Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Como podemos observar não foi por carência de palavras que Freud escolheu o termo *Angst*. Por que foi então? A resposta mais plausível até agora é a de que Freud escolheu o termo *Angst* por respeito à tradição psiquiátrica europeia que já vinha usando o termo desde meados do século XIX¹³². Acontece que a psicanálise, por mais original que seja, não nasceu do nada, não brotou simplesmente na mente de seu criador, a psicanálise é filha de seu tempo e dialogava com vários outros saberes. Caberia também considerar que a *Angstneurose*, criada em 1895, não pertenceria ao período propriamente psicanalítico de Freud, que começaria mesmo com a interpretação dos sonhos

¹³¹ HANNS, 1996, p. 72-73.

¹³² BERRIOS, 2008, p. 332.

em 1900. A *Angstneurose* foi uma contribuição freudiana ao campo psicopatológico, a psiquiatria de sua época, e não é um dos conceitos principais da psicanálise como inconsciente, pulsão, recalque, etc.

A edição inglesa das obras completas de Freud¹³³, que por sua vez serviu de base para a Edição Standard Brasileira¹³⁴, escolheu traduzir *Angst* por *anxiety*. Os editores lamentam esta opção, mas justificam-se no seu uso já consagrado:

A palavra universalmente, e talvez infelizmente, adotada para este fim foi *anxiety*- infelizmente, já que *anxiety* tem também um sentido corrente de emprego cotidiano, que tem apenas remota conexão com qualquer dos usos do alemão *Angst*. Há, entretanto, um consagrado uso psiquiátrico, ou ao menos médico, do termo inglês *anxiety* que remonta à metade do século XVII.¹³⁵

Mas, reconhecendo a magnitude do problema, e capitulando ao fato de não ser possível encontrar uma palavra que possa sempre ser a tradução exclusiva de *Angst*, esclarecem que eventualmente, dependendo do contexto, a palavra *Angst* é traduzida por outros termos como medo ou alarme, dentre vários outros.¹³⁶ Embora esta solução possa ser, e de fato é, enormemente criticada, nenhuma outra opção proposta conseguiu efetivamente resolver a questão; e, além disto, ela parece respeitar o uso que Freud fez do termo *Angst*: ele o usou em diferentes sentidos.¹³⁷ Freud tentou estabelecer uma distinção clara entre os vários afetos correlacionados a *Angst* afirmando que:

[...] Susto (*Schreck*), Medo (*Furcht*) e Ansiedade (*Angst*) são palavras inapropriadamente empregadas como expressões sinônimas; são de fato capazes de uma distinção clara em sua relação com o perigo. A ansiedade descreve um estado particular de esperar o perigo ou preparar-se para ele, ainda que possa ser desconhecido. O medo exige um objeto definido de que se tenha temor. Susto, contudo, é o nome

¹³³ Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud.

¹³⁴ Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1986.

¹³⁵ FREUD, Sigmund. Apêndice: O termo *Angst* e sua tradução Inglesa. v. III. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986. p. 113.

¹³⁶ Ibidem, p. 113.

¹³⁷ Cf. HANNS, 1996, p. 72.

que damos ao estado em que alguém fica, quando entrou em perigo sem estar preparado para ele, dando ênfase ao fator surpresa.¹³⁸

É muito importante ressaltar que Freud, de fato, nunca manteve esta postura tão rígida. Com muita frequência ele utiliza a palavra *Angst* para denotar o estado de medo sem qualquer referência ao futuro, por exemplo.¹³⁹ O próprio Freud reconhece esta imprecisão no uso dos termos ao afirmar em uma de suas conferências que “Não lhe terá passado despercebida alguma ambiguidade e imprecisão no uso da palavra *Angst*.”¹⁴⁰ Além disto, quando Freud foi seu próprio tradutor, em seus artigos em francês¹⁴¹, ele usou tanto a palavra *angoisse*, angústia, como seu sinônimo *anxiété*, ansiedade, para verter o termo alemão *Angst*.

4.2 Angústia e ansiedade em português

Em português angústia e ansiedade são, corriqueiramente, tomados como sinônimos embora não se sobreponham de forma completa e perfeita, já que existem alguns significados que são específicos para cada um dos termos. No dicionário Aurélio Século XXI¹⁴², angústia é definida como: 1. Estreiteza, limite de espaço ou tempo. 2. Ansiedade ou aflição intensa, ânsia, agonia. 3. Sofrimento, tribulação. No mesmo dicionário ansiedade é definida como ânsia, sensação de receio e de apreensão, sem causa evidente a que se agregam fenômenos somáticos como taquicardia e sudorese.

¹³⁸ FREUD, Sigmund. Além do princípio do Prazer (1920). v. XVIII. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986. p. 23.

¹³⁹ Cf. nota de rodapé em Além do princípio do prazer. (1920). v. XVIII. ESB, p. 24.

¹⁴⁰ FREUD, Sigmund. Conferências introdutórias sobre psicanálise. (1917) Conferência XXV. A ansiedade. v. XVI. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986. p. 461.

¹⁴¹ FREUD, Sigmund. Obsessões e fobias. (1895). v. III. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986. p. 77. Este artigo foi publicado originalmente em francês.

¹⁴² HOLANDA FERREIRA, Aurélio Buarque de. Novo dicionário Aurélio Século XXI. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2008. p. 142, 147.

Hanns resume a questão da seguinte maneira: angústia significa sofrimento, aflição intensa, tormenta, inquietação, sofrimento por não poder agir, sensação de sufocamento, agonia; e ansiedade significa expectativa sofrida, expectativa alegre, espera afobada, inquietação.¹⁴³ Ele ressalta que além das diferenças de significados existem também diferenças no nível das conotações. Angústia refere-se a um sentimento de natureza existencial, e subjetivo no sentido de ser voltado para o próprio sujeito, enquanto ansiedade refere-se a uma expectativa, portanto direcionada ao futuro. Então é como se angústia se referisse ao sofrimento do sujeito e ansiedade se referisse ao sofrimento diante de um objeto.

Comparando os termos angústia e ansiedade com o termo medo, Hanns especifica que a angústia pode ter causas diferentes das causas do medo, ou seja, não só ameaças causam angústia, a impotência também o faz. Ansiedade e medo são dois sentimentos diferentes, mas se misturam de tal forma que em certas circunstâncias não é possível diferenciá-los.¹⁴⁴ Em termos de objeto, Hanns esclarece que o termo “angústia é empregado com e sem objetos (sentir-se angustiado ou estar angustiado com algo)”¹⁴⁵. Segundo ele, ansiedade também é empregada com e sem objeto específico.

Os editores das obras completas de Freud em português¹⁴⁶ declaram que a tradução adotada ao longo de toda a obra para a palavra *anxiety* é angústia¹⁴⁷; diferentemente da edição inglesa, na qual se baseia, que para traduzir *Angst* usa *anxiety* nas acepções técnicas e semitécnicas e, em outros trechos, escolhe qualquer outra palavra do inglês corriqueiro que pareça mais apropriada¹⁴⁸. Os tradutores brasileiros justificam sua opção argumentando que “[...] o termo

¹⁴³ HANNS, 1996, p. 65.

¹⁴⁴ Ibidem, p. 65.

¹⁴⁵ Ibidem, p. 65.

¹⁴⁶ Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

¹⁴⁷ Cf. Apêndice: O termo *Angst* e sua tradução Inglesa. v. III. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986. p. 114.

¹⁴⁸ Ibidem, p. 114.

ansiedade não traduziria convenientemente o inglês *anxiety*, apesar da aparente semelhança fonética, se considerarmos que, em suas origens, seu sentido próprio é o de desassossego ou inquietação, e seu sentido figurado é o de escrúpulo ou preocupação escrupulosa”¹⁴⁹.

Apesar desta clara explicitação da opção por angústia para traduzir *anxiety*, não é o que se observa ao longo da obra; como se nota, por exemplo, no texto “Inhibitions, Symptoms and Anxiety” que foi traduzido como “Inibição, Sintoma e Ansiedade”¹⁵⁰. Além disto, a Edição Standard Brasileira se vale, em alguns trechos, do expediente de colocar entre colchetes a palavra original alemã para deixar mais claro o sentido como se vê na frase seguinte: “Em linguagem precisa empregamos a palavra ‘medo’ [*Furcht*] de preferência a ‘ansiedade’ [*Angst*]”¹⁵¹. Estas incongruências para além de um possível desleixo editorial apontam para a ambiguidade entre angústia e ansiedade e para o problema, aparentemente insolúvel, de traduzir *Angst*, seja para o português seja para o inglês.

Hanns critica a tradução de *Angst* por “angústia” ou “ansiedade”, afirmando que neste caso perdem-se os seguintes significados: medo como reação intensa, reação a uma ameaça imediata, desencadeador de processos externalizantes, prontidão para a reação de luta e fuga que, segundo ele, estão presentes no termo *Angst* e não estão presentes nos termos angústia e ansiedade. Por outro lado, angústia e ansiedade acrescentariam significados ausentes em *Angst* tais como sofrimento, sufocamento e expectativa.¹⁵²

Ainda argumentando na linha de que *Angst* não corresponde nem a ansiedade nem a angústia, Hanns recorre à imagem de um animal acuado em um canto diante de um predador com os pelos eriçados e pronto para a reação de

¹⁴⁹ Cf. nota no Apêndice: O termo *Angst* e sua tradução Inglesa. v. III. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986. p. 114.

¹⁵⁰ FREUD, Sigmund. *Inibição, sintomas e ansiedade* (1926). v. XX. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986. p. 93.

¹⁵¹ *Ibidem*, p. 190.

¹⁵² HANNS, 1996, p. 66.

luta e fuga, afirmando que isto sim é o *Angst*, que isto é algo aproximado, mas não é exatamente nem angústia nem ansiedade.¹⁵³ Hanns finaliza seu argumento afirmando que medo seria o termo em português mais adequado para traduzir *Angst*. Então, se seguirmos esta linha de pensamento vamos acabar traduzindo *Angstneurose* como “neurose do medo”. Apresentam-se a seguir algumas considerações sobre isto.

De acordo com o Berrios¹⁵⁴, um conceito psicopatológico é composto de três domínios: o nome, o fenômeno e a teoria. O nome pertence ao campo linguístico, o fenômeno pertence ao campo dos sintomas, e a teoria pertence ao campo das explicações. Segundo Berrios, um conceito psicopatológico é a convergência necessária e inseparável destes três domínios. Segundo este modelo, o fato de uma tradução ser correta do ponto de vista linguístico e terminológico não garante que esteja correta conceitualmente, já que pode ser inadequada no domínio dos fenômenos e da teoria.

As argumentações de Hanns sugerindo traduzir *Angst* por medo são corretas no domínio linguístico, mas serão também corretas em relação aos outros dois domínios? Será que medo é um termo que abarca toda a gama de sintomas enumerados por Freud ao descrever a *Angstneurose*? Vejamos. Para Freud, o quadro clínico da *Angstneurose* abrange os seguintes sintomas:

1- *Irritabilidade geral* – [...] uma das manifestações desta irritabilidade aumentada me parece merecer menção especial; refiro-me à hiperestesia auditiva, a uma hipersensibilidade ao ruído – um sintoma indubitavelmente explicável pela íntima relação inata entre as impressões auditivas e o pavor. A hiperestesia auditiva revela-se freqüentemente como sendo causa de insônia, da qual mais de uma forma pertence à neurose de angústia.

2- *Expectativa angustiada* – [...] Por exemplo, uma mulher que sofre de expectativa angustiada pensará numa pneumonia fatal a cada vez que o marido tossir quando estiver resfriado [...] Naturalmente, a expectativa angustiada se esmaece e se transforma imperceptivelmente na angústia normal compreendendo tudo o que se costuma qualificar de ansiedade – ou tendência a adotar uma visão pessimista das coisas

¹⁵³ HANNS, 1996, p. 66.

¹⁵⁴ BERRIOS, 2008, p. 27.

[...] para uma das formas da expectativa da – a que se relaciona com a saúde do próprio sujeito – podemos revelar o velho termo hipocondria [...] Outra expressão da expectativa angustiada é sem dúvida encontrada na inclinação para a angústia moral, o escrúpulo, e o pedantismo.

3- *Ataque de angústia* – [...] este tipo de ataque de angústia pode consistir apenas no sentimento de angústia sem nenhuma representação associada ou ser acompanhada da interpretação que estiver mais à mão, tal como as representações de extinção de vida, ou de um acesso, ou de uma ameaça de loucura; ou então algum tipo de parestesia (similar a aura histérica) pode combinar-se com o sentimento de angústia, ou, finalmente, o sentimento de angústia pode estar ligado ao distúrbio de uma ou mais funções corporais – tais como a respiração, a atividade cardíaca, a inervação vasomotora, ou a atividade glandular [...] Incluo aqui uma lista que inclui apenas as formas de ataques de angústia que me são conhecidas: a) Ataques de angústia acompanhados por distúrbios da atividade cardíaca. b) Ataques de angústia acompanhados por distúrbios respiratórios. c) Acessos de suor d) Acessos de tremores e calafrios e) Acessos de fome devoradora f) Diarréia g) Acessos de vertigem h) Neurastenia vasomotora i) Acessos de parestesia.

4- *Acordar em Pânico* – [...] é o “pavor nocturnos” dos adultos que em geral se combina com angústia, dispnéia, suores, etc. [...]

5- *Vertigem* – [...] sua melhor descrição é a de “tonteira” [...] consiste num estado específico de mal estar, acompanhado por sensações de que o solo oscila, as pernas cedem e é impossível manter-se de pé por mais tempo.

6- *Fobias e agorafobias* – Pertencem ao primeiro grupo o medo de cobras, tempestade, escuridão, vermes, e assim por diante, assim como o típico escrúpulo moral excessivo e algumas formas de mania de duvidar. [...] O outro grupo inclui a agorafobia com todas as suas formas acessórias, todas caracterizadas por sua relação com a locomoção.

7- *Forma crônica* – Vários dos sintomas que mencionei, que acompanham ou substituem um ataque de angústia, aparecem também sob a forma crônica.¹⁵⁵

Como se pode ver, alguns itens do quadro clínico não seriam recobertos pelo campo semântico do termo medo em português. Segundo Hanns, medo “se refere a uma reação a um perigo real imaginário mais imediato”¹⁵⁶, então

¹⁵⁵ FREUD, *Neurose de Angústia* (1895). 1986. p. 92-98.

¹⁵⁶ HANNS, 1996, p. 67.

ficariam de fora itens como “forma crônica”, “sentimento de angústia”, “vertigem”, “irritabilidade”, dentre outros. É claro que o quadro clínico da *Angstneurose* inclui sintomas do universo do medo, mas vai muito mais além disto.

Esta linha de pensamento proposta por Hanns estaria distante da psicanálise e muito mais próxima da tradição psiquiátrica moderna que tende a definir ansiedade como uma vivência do universo do medo relacionada ao futuro e acompanhada de sintomas físicos psíquicos e comportamentais, como propostas por Aubrey Lewis¹⁵⁷, a quem, por sinal, Hanns não se refere.

Outro ponto de contato da abordagem de Hanns com a psiquiatria é o recurso a um exemplo animal para conceituar *Angst*. Ele afirma “[...] uma boa imagem do termo *Angst* é a de um animal com os pelos eriçados e pronto para fuga ou ataque, algo contíguo, mas diverso de ‘angústia’ e ‘ansiedade’”¹⁵⁸. Este exemplo do animal encurralado é um modelo clássico em psicologia experimental. É através de estudos comportamentais com animais, geralmente gatos e ratos, nesta situação de ameaça que a psiquiatria biológica e comportamental baseia suas proposições sobre ansiedade, mas, note-se, não sobre angústia¹⁵⁹. Os próprios pesquisadores comportamentalistas ressaltam que é preciso muito cuidado na hora de transpor os achados das pesquisas em laboratórios com animais para os humanos. É curioso que um dicionário de psicanálise se valha de tal exemplo sem nenhuma menção às possíveis diferenças entre ansiedade animal e angústia humana.

Seria a humanidade uma distinção entre angústia e ansiedade? Seria correto afirmar que todos os animais sofrem de ansiedade, mas apenas o humano sofre de angústia? São muitas as opiniões em favor desta proposição que realçam a íntima relação entre o humano e a angústia. Para a Psicopatologia Fundamental o ser humano é de fato a única espécie que “possui um sofrimento

¹⁵⁷ LEWIS, 1979, p. 87.

¹⁵⁸ HANNS, 1996, p. 66.

¹⁵⁹ HETEM; GRAEFF, 2004, p. 55.

intrínseco”¹⁶⁰, sofrimento este derivado de um excesso e denominado *pathos*. Delumeau¹⁶¹ comentando a importância do conceito de angústia na cultura ocidental afirma que:

Kierkegaard, Dostoievski e Nietzsche colocaram-na no coração das reflexões filosóficas. Para Kierkegaard, que publicou em 1844 sua obra sobre o Conceito de angústia, ela é o símbolo do destino humano, a expressão de sua inquietação metafísica. Para nós, homens do século XX, ela tornou-se a contrapartida da liberdade, a emoção do possível. Pois liberar-se é abandonar a segurança, enfrentar um risco. A angústia é então característica da condição humana e o peculiar de um ser que se cria incessantemente.¹⁶²

A literatura de base fenomenológica e existencialista encontra-se repleta de afirmações semelhantes a esta acima citada. Assumpção reafirmando o caráter existencial da angústia diz que “toda a questão da angústia que colocamos até agora se constitui numa angústia existencial, característica do ser humano”¹⁶³. Então aquilo que é característico do humano não se faz presente nos outros seres, como os animais, e de fato é possível encontrar afirmações explícitas sobre isto. Novamente Kierkegaard enquanto comenta a distinção entre medo e angústia afirma que enquanto o medo remonta a alguma coisa exata, a angústia refere-se à liberdade, e que “[...] por esta razão é que não a achamos no animal, cuja natureza não tem, precisamente a determinação espiritual”¹⁶⁴.

Ansiedade animal e angústia humana é exatamente esta polaridade que Bastos estabelece dizendo que “O medo encontra-se em todos os animais, porque ele tem por objeto as ameaças de um perigo exterior. A angústia, como reação a uma ameaça interna, o medo de si próprio, é específica do homem”¹⁶⁵. Assim, considerando-se que de um lado tem-se os psiquiatras pesquisando a

¹⁶⁰ BERLINCK, Manoel Tosta. Entrevista. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. IV, n. 1, p. 176, mar. 2000.

¹⁶¹ DELUMEAU, 1989.

¹⁶² *Ibidem*, p. 26.

¹⁶³ ASSUMPÇÃO JUNIOR, 1994, p. 18.

¹⁶⁴ KIERKEGAARD, 1989, p. 45.

¹⁶⁵ BASTOS, O. Conferência de abertura da IV Jornada Nordestina de Psiquiatria e Saúde Mental. Salvador, jun. 2000.

ansiedade como fenômeno presente em todos os animais,¹⁶⁶ de outro lado tem-se os filósofos e psicanalistas trabalhando com a angústia como específica do animal humano, é plausível afirmar-se que sim, a humanidade é uma distinção-forte entre angústia e ansiedade. Tal distinção é de suma importância clínica, pois aponta para o fato de que é muito pouco produtivo buscar-se como ideal terapêutico algo como uma “angústia zero”, uma ataraxia plena e radical. O humano não pode curar-se completamente da angústia, pois isto equivaleria a querer curar-se de sua humanidade. Para encerrar esta pequena digressão etológica vale a pena citar novamente Delumeau: “os homens usam amuletos, os animais não”¹⁶⁷.

Retomando a questão propriamente linguística, observa-se que Hanns separa com precisão quase cirúrgica os diferentes significados para angústia e ansiedade em português¹⁶⁸. Mas será que esta verdade dos dicionários é, no momento atual, uma verdade da linguagem das pessoas envolvidas em saúde mental? Em busca de respostas para esta questão resolveu-se perguntar aos psicólogos o que eles entendiam por ansiedade e angústia.

Quando um paciente diz “eu estou ansioso”, você entende que ele está o quê? Esta pergunta foi feita a um grupo de cinquenta psicólogos, todos com mais de 5 anos de formado, e trabalhando na área de saúde mental da Secretaria de Saúde da prefeitura de uma cidade da região metropolitana de São Paulo. Cada um recebeu uma folha em branco e a instrução para que respondesse como quisesse.

Uma análise quantitativa das respostas mostrou que ninguém usou apenas um termo, sendo que a maioria usou de seis a dez palavras diferentes. No

¹⁶⁶ Em uma reunião clínica do AMBAN (Ambulatório de Ansiedade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP) na qual se discutia a questão da existência da angústia nos animais, o coordenador do grupo, a título de encerrar uma “discussão inútil” afirmou: “bem, sobre isto teríamos que perguntar ao rato”. Esta anedota foi aqui mencionada para ressaltar o papel fundamental da linguagem na questão da angústia bem como sua pouca importância na questão da ansiedade, que pode ser estudada pela observação comportamental. Isto sugere que a linguagem também poderia ser considerada, junto com a humanidade, outro traço distintivo entre angústia e ansiedade.

¹⁶⁷ DELUMEAU, 1989, p. 19.

¹⁶⁸ HANNS, 1996, p. 66.

total foram usadas 74 palavras diferentes para explicar o que seria ansiedade. As palavras mais usadas foram:

- Medo..... 44% das pessoas
- Inseguro..... 16% das pessoas
- Agitação..... 14% das pessoas
- Preocupado..... 14% das pessoas
- Angustiado..... 14% das pessoas
- Tenso..... 12% das pessoas
- Inquietação..... 12% das pessoas
- Nervoso..... 12% das pessoas

Este resultado sugere que a ideia de Hanns de traduzir *Angst* por medo encontraria bastante apoio na linguagem dos profissionais de saúde mental, entretanto é preciso notar que a pergunta que foi feita inquiria sobre o que significava ansiedade e não angústia. Assim *Angstneurose* bem poderia ser neurose do medo se se referisse apenas aos sintomas ansiosos, mas, como demonstrado acima, a concepção freudiana de *Angstneurose* incluía o medo e a expectativa ansiosa, mas, sem dúvida, ia mais longe, abarcava o sofrimento da angústia e muitas outras manifestações.

Com clareza e simplicidade, raras nos estudos sobre o tema, Hanns sintetiza o uso de *Angst* na obra freudiana. Ele comenta:

[...] apesar de usar o termo ora como designação técnica de um quadro psiquiátrico, ora como designação fenomenológica de sentimentos, ora numa acepção psicanalítica, a maneira como Freud utiliza a palavra ao longo da obra tende a reunir as mesmas características conotativas que *Angst* possui no alemão coloquial. Pode-se dizer que *Angst* envolve simultaneamente o sentido de algo antecipatório (neste sentido, semelhante a “ansiedade”); algo que produz sofrimento (neste sentido, semelhante a “angústia”); um fenômeno de caráter intenso, altamente reativo (neste sentido, significando “medo”); algo que se

vincula ao perigo e muitas vezes aproxima-se da fobia e do pavor (neste sentido, semelhante a “pânico”).¹⁶⁹

Nesta síntese Hanns demonstra que Freud usa *Angst* em quatro sentidos simultâneos. Então, qual palavra em português abarca estes quatro sentidos? Não existe tal termo na língua portuguesa. Desta maneira qualquer que seja a opção para traduzir *Angst* (angústia, ansiedade, medo, ou pânico) vai ser sempre uma tradução manca, incompleta. Provavelmente a melhor opção é abandonar a ideia de traduzir *Angst* sempre por uma mesma palavra escolhendo palavras diferentes (angústia, medo, ansiedade e pavor) conforme o sentido que se pode captar através do contexto no qual é usada no texto freudiano.

A questão linguística não é uma particularidade da psicanálise, pois a psiquiatria também se ocupa deste aspecto quando aborda o campo da angústia e da ansiedade. Atualmente alguns psiquiatras brasileiros, bem poucos é verdade, discutem o tema. Gentil¹⁷⁰ entende que é exatamente o problema linguístico uma das causas do “borramento das fronteiras psicopatológicas entre angústia e ansiedade”. Ele explica que, como em alemão e em inglês não existem palavras para uma distinção significativa entre angústia e ansiedade, os autores de língua inglesa e alemã, dentre eles Freud, não enfatizam a distinção. Por causa da grande importância e influência destes autores e destas línguas para o campo psicopatológico, a distinção entre angústia e ansiedade perdeu significado mesmo entre os autores de línguas nas quais existem boas palavras para tratar a questão, como é o caso do francês, do espanhol e em especial do português. Gentil argumenta que seguir ignorando a distinção entre angústia e ansiedade baseado “em um defeito da língua germânica e inglesa” é uma espécie de colonialismo cultural contra o qual os autores, e em especial os clínicos brasileiros, deveriam lutar. Segundo ele, a distinção não é um mero detalhe linguístico, ela tem importância clínica já que alguns pacientes sofrem de

¹⁶⁹ HANNS, 1996, p. 74.

¹⁷⁰ GENTIL, Valentim. *Angústia e ansiedade*. 2008. (Palestra disponível em vídeo).

angústia sem sofrer de ansiedade, e outros sofrem de ansiedade sem sofrer de angústia. Em defesa de sua posição ele apresenta fragmentos clínicos de pacientes nestas condições e ainda especula que, no futuro, muito provavelmente a psicofarmacologia será capaz de desenvolver remédios específicos para angústia e específicos para ansiedade.

5 ANGÚSTIA E ANSIEDADE NA PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL

“Como é possível uma voz apertar o coração de alguém?” Com esta frase¹⁷¹, que de uma maneira bastante poética se refere à angústia, Pereira inicia um de seus vários textos sobre angústia e ansiedade publicados no contexto da Psicopatologia Fundamental.¹⁷² Este capítulo estuda justamente o tema da angústia e da ansiedade na Psicopatologia Fundamental, buscando responder a seguinte questão de pesquisa: *a Psicopatologia Fundamental distingue angústia de ansiedade?*

Esta pergunta foi elaborada a partir de uma outra questão mais ampla, um enigma: por que algumas vezes se distingue angústia de ansiedade e outras vezes não, e isto tanto no nível clínico como no teórico? E este enigma, por sua vez, tem seu ponto germinal no relato clínico Ana e Beatriz,¹⁷³ no qual se conta a história de duas pacientes que foram atendidas pela primeira vez, por acaso, no mesmo dia. Uma se queixava de ansiedade e a outra parecia sofrer de angústia, e as duas saíram do consultório com a mesma prescrição medicamentosa.

Focalizando então o tema específico do presente capítulo, a angústia e a ansiedade na Psicopatologia Fundamental, é necessária uma especificação sobre o que se entende por Psicopatologia Fundamental. Considerou-se, no contexto desta dissertação, como representativo da Psicopatologia Fundamental o conjunto de textos publicados na Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental (RLPF)¹⁷⁴ ao longo de seus treze anos de existência, com

¹⁷¹ Frase retirada do conto “Insônia” de Graciliano Ramos (RAMOS, G. In: *Angústia, Insônia*. 27. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.).

¹⁷² PEREIRA, Mario Eduardo Costa. Sim ou não: a angústia e a voz do outro. In: BESSET, V. L. (Org.). *Angústia*. Biblioteca de Psicopatologia Fundamental. São Paulo: Escuta, 2002. p. 105.

¹⁷³ Caso clínico relatado no capítulo 3 (p. 58).

¹⁷⁴ A Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental (RLPF) é órgão oficial da Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental (AUPPF), sociedade científica que reúne professores doutores de universidades de todo o mundo. Dedicar-se à publicação de editorial, artigos e resenhas originais de psicopatologia que levem em consideração a subjetividade. Valoriza artigos e ensaios resultantes de pesquisas utilizando o método clínico baseado no relato e no estudo de caso. (*Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. XII, n. 4, p. 625, dez. 2009).

cinquenta edições; bem como os trinta e sete títulos publicados pela Editora Escuta na sua coleção Biblioteca de Psicopatologia Fundamental.¹⁷⁵

A pesquisa na RLPF foi realizada da seguinte maneira. Primeiramente foram examinados todos os sumários das cinquenta edições, selecionando-se os textos que faziam referência à angústia, à ansiedade ou a algum tópico relacionado. Em seguida foram examinados os resumos de todos os artigos publicados em todas as referidas cinquenta edições, selecionando-se os textos que, embora não apresentando no título os tópicos de interesse para a pesquisa, os apresentavam no resumo e nas palavras-chaves. Por último foram examinados os textos que não apresentavam resumos (editoriais, entrevistas, resenhas, etc.), e aqueles que tratavam de algum tema relacionado à angústia ou à ansiedade foram também selecionados. A pesquisa na Biblioteca de Psicopatologia Fundamental foi mais direta. Foram selecionados os livros cujos títulos mencionavam angústia, ansiedade ou outro assunto relacionado. O material que foi selecionado através deste processo, considerado então como “o corpo textual da Psicopatologia Fundamental”, ou seja, os cinquenta e cinco textos, incluindo livros, editoriais, artigos originais, artigos históricos, artigos de revisão, entrevistas, notícias e resenhas, listados no apêndice, foram então analisados em busca de evidências sobre a maneira como angústia e ansiedade são tratadas na Psicopatologia Fundamental.

Primeiramente foi feita uma leitura livre de todo o material, e depois, em uma segunda leitura mais detalhada, o material foi sistematicamente analisado a partir da seguinte chave de leitura: 1- Contexto do texto, referências sobre o autor, tipo do texto (artigo original, artigo de revisão, editorial, artigo histórico, resenha), presença do tema angústia-ansiedade como principal ou acessório; 2- Presença ou ausência dos termos angústia, ansiedade, medo, fobia, etc., no resumo, no corpo do texto, ou na bibliografia; 3- Análise do conteúdo do texto

¹⁷⁵ A Biblioteca de Psicopatologia Fundamental é uma coleção de livros, dirigida por Manoel Tosta Berlinck e publicada pela Editora Escuta, que reúne importantes textos resultantes da pesquisa em psicopatologia.

considerando-se, sempre em relação à angústia e à ansiedade, a presença ou ausência de explicações sobre o sentido em que os termos são utilizados, definições explícitas, descrições fenomenológicas, considerações teóricas, etiológicas, etimológicas, diagnósticas, terapêuticas, e classificatórias; 4- Articulação dos temas angústia e ansiedade com conceitos teóricos e com autores clássicos; 5- Nível de subjetividade-objetividade do texto; 6- Fundamentação em um caso clínico; 7- Distinção entre angústia e ansiedade.

A distinção entre angústia e ansiedade, critério principal desta pesquisa, foi estudada seguindo o modelo proposto por Berrios¹⁷⁶. Segundo este autor, uma noção psicopatológica, para ser bem estudada, precisa ser considerada em três planos, o dos nomes (terminológico), o dos fenômenos (descritivo) e o das explicações (teórico). A partir disto estabeleceu-se, para uso nesta dissertação, a seguinte convenção. Usa-se a expressão distinção-forte quando as diferenças entre angústia e ansiedade acontecem em pelo menos dois destes planos, e usa-se a expressão distinção-fraca quando as diferenças acontecem em apenas um dos planos, e finalmente, quando não há distinção, usa-se a expressão sem-distinção.

Quando a distinção se fez presente, seja distinção-forte, ou distinção-fraca, buscou-se, como forma de aprofundar o estudo, relacioná-la a uma das três posições clássicas sobre a distinção entre angústia e ansiedade, Posição Francesa, Posição Psicanalítica e Posição Psiquiátrica (identificadas a partir da revisão da literatura sobre o tema, apresentada na introdução) que são aqui recapituladas.

A Posição Francesa, assim denominada por ter sido estabelecida no contexto da psiquiatria francesa do final do século XIX, caracteriza-se por considerar a angústia como o conjunto de fenômenos físicos, tais como taquicardia e opressão precordial; e ansiedade como o conjunto de fenômenos psíquicos tais como temores, expectativas e comportamentos agitados.

¹⁷⁶ BERRIOS, 2008, p. 27.

A Posição Psicanalítica, assim denominada por ter sido estabelecida a partir dos textos freudianos, caracteriza-se por usar, geralmente, os termos angústia e ansiedade indistintamente, como se fossem sinônimos, mas preferindo quase exclusivamente o termo angústia; e por usar o termo angústia, nos casos em que a distinção ocorre, como denominação do campo geral no interior do qual se inclui a ansiedade; e por apresentar uma forte noção de subjetividade em suas formulações.

A Posição Psiquiátrica, assim denominada por ser a abordagem adotada pela psiquiatria biológica atual, caracteriza-se por usar, geralmente, os termos angústia e ansiedade indistintamente, como se fossem sinônimos, mas preferindo quase exclusivamente o termo ansiedade; e por usar o termo ansiedade, nos casos em que a distinção ocorre, como denominação do campo geral no interior do qual se inclui a angústia, e por apresentar uma forte noção de objetividade em suas formulações.

Uma observação panorâmica do material selecionado, à luz da metodologia acima especificada, permite, de início, algumas considerações de ordem geral.

Dos textos publicados pela Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental (RLPF), e pela Biblioteca de Psicopatologia Fundamental, incluindo editoriais, artigos, entrevistas, resenhas, notícias, entrevistas e livros, cinquenta e cinco tratam da angústia e da ansiedade ou de temas correlatos; o que sugere que a angústia e a ansiedade constituem um campo temático importante na Psicopatologia Fundamental. Na verdade isto era de se esperar, pois praticamente todos os autores que tratam da psicopatologia, independente da corrente teórica que defendam, afirmam o papel central da angústia neste campo. Para Freud, “a angústia é um ponto nodal”¹⁷⁷, Lewis diz que ela “é o alfa

¹⁷⁷ FREUD, *Conferências introdutórias sobre psicanálise* (1917). 1986. p. 458.

e o ômega da psicopatologia”¹⁷⁸, e Minkowski diz que “é sobretudo o fenômeno da angústia humana que nós teremos a examinar”¹⁷⁹. Então na Psicopatologia Fundamental não haveria de ser diferente: a angústia se faz presente. A questão, aqui, é compreender de que maneira se dá esta presença, em que termos.

Do ponto de vista exclusivamente terminológico o que se observa é que a palavra “angústia” aparece na maioria dos textos, em quarenta e dois de um total de cinquenta e cinco, enquanto o termo “ansiedade” é usado muito pouco, em apenas vinte textos, para ser mais exato. A palavra da Psicopatologia Fundamental é mesmo angústia, que é usada o dobro de vezes da palavra ansiedade, o que não é de se estranhar, considerando-se a proximidade entre a Psicopatologia Fundamental e a psicanálise, e levando-se em conta a reconhecida preferência dos psicanalistas pelo termo angústia.

De fato, dentre os trinta e sete títulos publicados na Biblioteca de Psicopatologia Fundamental há um livro intitulado Angústia, mas não há um livro chamado Ansiedade. Neste livro (Angústia)¹⁸⁰ que é uma coletânea de treze textos, de vários autores diferentes, sobre diversos aspectos da angústia, tais como sua natureza e sua etiologia, suas formas de apresentação, suas articulações teóricas, além de seu manejo clínico, a palavra é sempre angústia, ansiedade surge apenas umas três vezes.

Talvez o que mereça algumas considerações não é a presença do termo angústia, mas sim o fato de esta presença não ser plena, ou seja, o fato de a palavra angústia não surgir em todos os textos referentes a este campo do angustiante. Quando se analisa estes textos nos quais a palavra angústia não é usada, treze textos, percebe-se que eles são textos que tratam de temas mais próximos da psiquiatria, ou seja, quando a psicopatologia se aproxima da psiquiatria, a palavra angústia desaparece. É o caso do texto *Tempo e*

¹⁷⁸ LEWIS, Aubrey. Problems presented by the ambiguous word “anxiety” as used in Psychopathology. In: *The Later Paper of Sir Aubrey Lewis*. Oxford: Shephard (Ed.), Medical Publication (OUP), 1979. p. 72.

¹⁷⁹ MINKOWSKI, Eugene. Breves reflexões sobre o sofrimento. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. III, n. 4, p. 161, dez. 2000.

¹⁸⁰ BESSET, Vera Lopes. *Angústia*. São Paulo: Escuta, 2002.

psicopatologia cultural das experiências traumáticas de Bastos¹⁸¹ no qual o autor tece algumas considerações sobre o trauma psíquico relacionando-o a conceitos culturais sobre o tempo e a alguns fatores psicopatológicos. O artigo menciona o “estresse pós-traumático”, um quadro classificado na psiquiatria no grupo dos transtornos ansiosos, e não usa a palavra angústia nenhuma vez, mesmo quando discute o valor dos estados dissociativos como mecanismos defensivos e até terapêuticos. A palavra ansiedade, por sua vez, também não é muito usada, mas está presente em algumas partes do texto como no relato de caso no qual o artigo se baseia: “[...] ficou deprimido e extremamente ansioso.”¹⁸² Este é um trabalho que se vale mais do vocabulário de psiquiatria e que não distingue angústia de ansiedade.

Continuando neste grupo de textos mais relacionados ao campo psiquiátrico, cita-se o texto *Transtornos mentais: detecção e prevenção na criança e no adolescente*,¹⁸³ um dossiê de imprensa divulgado pelo INSERM¹⁸⁴ que reúne dados científicos e médicos sobre os distúrbios mentais na criança e no adolescente. O texto menciona a expressão “transtornos ansiosos” várias vezes, mas não surge a palavra angústia em nenhum momento. É importante ressaltar que este é um documento de caráter epidemiológico e não clínico, e nem mesmo teórico, mas de qualquer modo observa-se que não há distinção entre angústia e ansiedade.

Mudando o foco da palavra angústia para a palavra ansiedade, que é usada em vinte dos cinquenta e cinco textos, percebe-se que ela surge em textos relacionados à psiquiatria, como demonstrado acima, mas também em textos de orientação psicanalítica como no trabalho intitulado *Que angústia é essa?* Que trata das “agonias primitivas” do bebê a partir de uma abordagem

¹⁸¹ BASTOS, Claudio Lyra. Tempo e psicopatologia cultural das experiências traumáticas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. XI, n. 2, jun. 2008.

¹⁸² Ibidem, p. 203.

¹⁸³ Transtornos mentais: detecção e prevenção na criança e no adolescente. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. VIII, n. 3, p. 95-405, set. 2005.

¹⁸⁴ Instituto Nacional Francês de Pesquisa Médica

winnicottiana¹⁸⁵; ou no artigo *Desejo, remédio contra a angústia*.¹⁸⁶ Este último texto, um artigo original, partindo de um relato clínico, discute a questão da angústia articulando-a com a questão do desejo, segundo a teorização lacaniana, e também a questão do desamparo, aqui se referindo tanto ao conceito freudiano de desamparo como à ideia lacaniana de um declínio da função paterna como motor das formas atuais de angústia.¹⁸⁷ A autora lembra que Freud distingue angústia de luto e de fobia e, retomando a descrição freudiana do quadro clínico da neurose de angústia (ver discussão no capítulo 4, p. 69), chama a atenção para as descrições fenomenológicas feitas por Freud nas quais é possível distinguir vivências diferentes, uma delas denominada de expectativa angustiosa que pode ser relacionada à ansiedade. Ela explicita: “crises de aparecimento súbito, que se repetem, com intervalos nos quais o sujeito mantém-se ansioso.”¹⁸⁸ Este texto apresenta uma distinção entre angústia e ansiedade tanto do ponto de vista dos termos quanto das descrições fenomenológicas, distinção esta que se alinha com a Posição Psicanalítica conforme definida acima.

A pesquisa nos textos da Psicopatologia Fundamental encontrou alguns poucos trabalhos em que não eram usadas nem a palavra angústia nem a palavra ansiedade embora tratassem de temas relativos ao campo do angustiante. É interessante notar que dois destes textos são textos históricos. O primeiro deles é o trabalho intitulado *Agorafobia, uma doença neuropática* de Westphal.¹⁸⁹

Neste texto histórico, um verdadeiro clássico da psicopatologia, e repleto de ricas descrições clínicas o autor descreve uma doença caracterizada pelo medo de andar em lugares abertos. Em suas palavras: “Esse medo de atravessar lugares ou ruas configurou de tal forma o fenômeno principal que acreditei

¹⁸⁵ TSCHIRNER, Sandra C. Que angústia é essa? In: BESSET, V. L. (Org.). *Angústia*. Biblioteca de Psicopatologia Fundamental. São Paulo: Escuta, 2002. p. 57.

¹⁸⁶ EDLER, Sandra Paes Barreto. Desejo, remédio contra a angústia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. V, n. 2, p. 44-55, jun. 2002.

¹⁸⁷ Ibidem, p. 44.

¹⁸⁸ Ibidem, p. 51.

¹⁸⁹ WESTPHAL, Karl. A agorafobia, uma doença neuropática. In: BESSET, V. L. (Org.). *Angústia*. Biblioteca de Psicopatologia Fundamental. São Paulo: Escuta, 2002. p. 149-171.

poder criar para ele a palavra Agorafobia (do grego: ágora)”¹⁹⁰. Chama a atenção neste texto a ausência das palavras angústia e ansiedade. Elas não são mencionadas uma vez sequer. O texto de fato trata do medo, e no máximo menciona, como um detalhe da anamnese, uma “crise de nervosa” sofrida por um dos pacientes¹⁹¹.

Outro aspecto notável do trabalho é a presença de detalhadas observações clínicas. Estas observações descrevem em minúcias o medo de atravessar lugares abertos, os sintomas que acometem o paciente quando ele tenta fazer tal coisa (“é acometido imediatamente da sensação de medo, cujo centro localiza – quando se lhe pergunta – mais na cabeça do que na região do coração, embora tem frequentemente taquicardia”)¹⁹², os locais que mais afetam o paciente (“a praça em Berlim que lhe é mais desagradável é a Dönhofsplatz”)¹⁹³, as tentativas de resolução procuradas pelos pacientes (“[...] um guarda-chuva ou uma bengala nas mão não lhe dá nenhuma segurança”)¹⁹⁴, o estado físico do paciente (“[...] o exame não mostra nada mais de especial; apenas é digno de nota que a pressão sob o ponto de saída do supra-orbital esquerdo e direito é um pouco sensível, mais no direito do que no esquerdo”)¹⁹⁵.

Entretanto, o relato clínico não menciona aspectos da vida subjetiva do paciente, fato este que o autor se vê na obrigação de justificar:

Em vão me esforcei para obter dos pacientes – alguns deles muito cultos – uma explicação mais detalhada do processo psicológico. Só conseguem relatar as circunstâncias exteriores nas quais o estado surge e nada mais além do fato de que o medo e o pensamento aparecem juntos repentinamente sem qualquer motivo psicológico.¹⁹⁶

Como entender esta pobreza subjetiva do texto? Falha no método clínico do autor? Desvalorização da subjetividade na comunidade médica na qual o

¹⁹⁰ WESTPHAL, 2002, p. 149.

¹⁹¹ Ibidem, p. 171.

¹⁹² Ibidem, p. 150.

¹⁹³ Ibidem, p. 150.

¹⁹⁴ Ibidem, p. 150.

¹⁹⁵ Ibidem, p. 154.

¹⁹⁶ Ibidem, p. 160.

autor estava inserido? Tentativas de respostas para estas perguntas encontram-se bem além do campo de estudo pretendido por esta pesquisa, mas em relação a este cenário de objetividade é possível imaginar o impacto que devem ter provocado os textos repletos de subjetividade e detalhes da vida íntima, inclusive sexual, dos pacientes, publicados por Freud, no texto sobre Neurose de Angústia publicado em 1895, cerca de vinte anos depois do texto em questão que foi publicado em 1870¹⁹⁷.

A seguir apresentam-se os textos que foram mais relevantes para a discussão sobre a distinção entre angústia e ansiedade. Um destes textos é o trabalho denominado *As províncias da angústia (Roteiro de viagem)* de Figueiredo.¹⁹⁸ Este é um artigo original que tem a angústia como seu tema principal, e como era de se esperar ela é uma palavra muito usada. Já a palavra ansiedade aparece apenas umas duas vezes ao longo de todo o texto que se propõe a analisar a produção teórica freudiana sobre a angústia. Embora o subtítulo do trabalho seja “roteiro de viagem”, a proposta não é de uma visão panorâmica, pois pretende focalizar especificamente a questão da filiação freudiana ao modelo funcionalista da biologia evolucionista. Figueiredo defende a ideia de que, se numa primeira leitura Freud é claramente funcionalista e evolucionista, entendendo que a angústia tem sim um valor adaptativo, funcionando como uma vantagem na luta pela sobrevivência, uma leitura mais aprofundada leva à demonstração de que Freud rompe com tal paradigma.¹⁹⁹ Cabe notar que este é um texto bastante teórico sem nenhuma menção a qualquer caso clínico, nem mesmo os casos clínicos clássicos freudianos são mencionados.

Focalizando a questão da distinção entre angústia e ansiedade, chama a atenção que o autor, comentando a segunda teoria freudiana da angústia,

¹⁹⁷ O texto de Westphal foi publicado originalmente com o título “Die agoraphobie, eine neuropathische erscheinung” na Revista *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* (Arquivo de Psiquiatria e Doenças nervosas) Berlim: Augustus Hirschwald, 1872.

¹⁹⁸ FIGUEIREDO, L. C., 1999, p. 50-63.

¹⁹⁹ *Ibidem*, p. 51.

escreve: “Nela, a ‘angústia’, na sua dimensão psicofisiológica, é concebida como reação natural, adaptativa e funcional [...]”²⁰⁰. Diante desta frase é possível fazer o seguinte questionamento: se existe uma dimensão psicofisiológica então deve existir uma outra dimensão que, não sendo psicofisiológica, seja uma dimensão exclusivamente psíquica? Em sendo assim, tem-se uma diferenciação entre físico e psíquico, na linha de diferenciação entre angústia como sintoma físico e ansiedade como sintoma psíquico, como proposto pela Posição Francesa. O autor confirma este entendimento de seu texto ao escrever “[...] em seguida, a angústia, mas agora como sinal deflagrado em situações de perigo, funcionaria como um dispositivo do eu para o enfrentamento antecipado das emergências pulsionais”²⁰¹. Se for cabível associar-se termos como sinal, e dispositivo do eu, ao aparelho psíquico; então tem-se uma diferenciação “à francesa.”

Um outro aspecto interessante neste texto é o uso da palavra angústia no plural, como pode-se ver nas frases a seguir: “ressalte-se novamente o valor adaptativo e funcional tanto das angústias como dos sintomas” e “[...] para contar a história das angústias”²⁰². O que este uso, que não se encontra em outros textos sobre o tema, significa? É tentadora a ideia de que isto quer dizer que o autor reconhece angústias diferentes o que seria uma porta para a questão da diferenciação conceitual, sem diferenciação de nomes, entre angústia e ansiedade; mas a sequência do texto demonstra que o autor provavelmente está se referindo à proposição freudiana de falar em angústia de castração, angústia de separação, angústia de morte, etc. São vários tipos de angústia, é certo, mas todas angústias, e não angústia e ansiedade.

Na segunda parte do texto, argumentando contra a ideia de que Freud seja funcionalista e evolucionista, Figueiredo observa:

²⁰⁰ FIGUEIREDO, L. C., p. 52.

²⁰¹ Ibidem, p. 50-63.

²⁰² Ibidem, p. 53.

[...] a distinção que Freud faz entre Terror, Medo e Angústia (ansiedade na tradução inglesa), distinção que em geral Freud não faz, usando estes termos mais ou menos indiscriminadamente, talvez correspondesse à diferença entre angústia como resposta psicofisiológica, que seria na verdade Terror (*Schreck*), e a angústia como sinal, na qual se inclui uma noção de expectativa e de antecipação do perigo.²⁰³

É possível dizer que a citação acima demonstra uma diferenciação entre angústia e ansiedade que não é muito estável e, portanto, encaixa-se na categoria de distinção-fracas, na qual não se distinguem os nomes. Usa-se principalmente o nome angústia, mas existem duas ideias, dois conceitos diferentes, ou seja, uma vivência eminentemente psíquica e outra eminentemente física.

Mais um ponto em favor do argumento da existência, no texto de Figueiredo, de uma distinção conceitual entre angústia e ansiedade, sem distinção terminológica, pode ser encontrado na discussão sobre a etiologia da angústia. O autor explica que muitas vezes Freud se valeu da ideia de que a angústia seria a repetição de uma primeira e arquetípica vivência angustiante experimentada no nascimento. “Mas o argumento começa a se complicar”²⁰⁴, pois, considerando-se que na época do nascimento não haveria ainda um “Eu” constituído para a possibilidade de registro, existindo no máximo um psiquismo rudimentar, de que forma esta experiência teria ficado guardada à espera de uma atualização pelas situações perigosas do presente? Segundo Figueiredo, este é um tema obscuro, mas haveria um caminho para tentar um entendimento, que seria o de relacionar a vivência arquetípica de angústia com o que ele denominou acima de “resposta fisiológica”, plenamente possível na ausência de um psiquismo elaborado; e por outro lado relacionar a repetição desta vivência com a angústia sinal com o conteúdo psíquico bem mais elaborado.²⁰⁵ Talvez seja possível enxergar nesta dualidade uma distinção-fracas entre angústia e

²⁰³ FIGUEIREDO, L. C., p. 53.

²⁰⁴ Ibidem, p. 53.

²⁰⁵ Ibidem, p. 54.

ansiedade na medida em que descreve duas situações de fatos diferentes, embora não as chame de angústia e ansiedade.

Além de recorrer a Freud, o autor se vale de algumas ideias de Levinas²⁰⁶, de quem recolhe a noção de desamparo, e de Winnicott, citando o conceito “medo do colapso”²⁰⁷ para defender seu ponto de vista. Ele menciona este conceito, mas não desenvolve muito esta linha de raciocínio, preferindo aprofundar seus argumentos a partir da “analítica existencial de Heidegger”, demonstrando que é possível e proveitoso buscar-se uma correlação entre o conceito de angústia em Freud e em Heidegger:

Para Heidegger a angústia é a experiência do nada, ou seja, ela carece de entes sobre os quais se apoiar, carece de objetos determinados. Em Freud, contudo, ao contrário do que se pode pensar em termos heideggerianos, o sinal de angústia e os sintomas devem ser entendidos como dispositivos funcionais de evitação do perigo. Talvez o que Freud chame de *angústia*, ao se referir à angústia como sinal, pudesse ser mais bem compreendido nos termos heideggerianos como uma forma generalizada e difusa de medo – a *ansiedade* – em que a expectativa de um perigo difuso que se aproxima prepara o indivíduo para a sua chegada.²⁰⁸

Como visto acima, no capítulo sobre os problemas linguísticos, Freud usa o termo *Angst* para se referir tanto à expectativa ansiosa, como para se referir à “resposta psicofisiológica”, então do ponto de vista dos termos não é clara a distinção, mas, como bem aponta Figueiredo, é possível estabelecer diferenças conceituais como esta que ele propõe aqui. Ou seja, a angústia freudiana seria uma ansiedade, enquanto a angústia heideggeriana seria outra coisa. Mas então o quê? O autor argumenta ser possível, e mais do que isto, necessário, distinguir uma angústia fundamental da angústia sinal, ele explica: “[...] há de um lado, o lado fundamental, a angústia, incausada e disruptiva de toda funcionalidade e, de outro, o medo, o pavor, o terror, a ansiedade, e estes sim são funcionais: a função é de servirem como fuga da angústia.”²⁰⁹ Aqui

²⁰⁶ FIGUEIREDO, L. C., p. 60.

²⁰⁷ Ibidem, p. 55.

²⁰⁸ Ibidem, p. 59.

²⁰⁹ Ibidem, p. 58.

evidencia-se, com toda clareza, e sem qualquer subterfúgio, uma distinção-forte entre angústia e ansiedade, distinção esta de importância clínica. Existiria então uma vivência fundamental, chamada de angústia existencial; “disposição afetiva que ultrapassa o campo funcional, o campo do sentido, o plano do representável”²¹⁰; e uma outra vivência relacionada aos momentos de perigos reais ou imaginários, medos e ansiedade, afetos dotados de sentido e de função. O nome que se dá a cada uma delas, angústia ou ansiedade, parece ser facultativo, e geralmente varia conforme o autor, gerando uma ambiguidade ou confusão que, entretanto, não deve borrar a distinção acima estabelecida. Figueiredo insiste nesta distinção entre angústia e ansiedade, colocando angústia como “*pathos* fundamental”²¹¹, e ligando-o à psicanálise, e tomando a ansiedade como uma dimensão mais funcionalista da questão.

O que se chama Angústia existencial seria, nos termos de Figueiredo:

uma angústia arquetípica e atemporal que deve ser pensada como algo que não é funcional nem, a rigor, disfuncional, nem é um fenômeno adaptativo nem, a rigor, desadaptativo, mas como algo que diz respeito à condição humana ao modo especial de vir a ser que nos caracteriza.²¹²

Embora o autor aproxime e praticamente identifique esta concepção de angústia com a psicanálise, não demonstra a sua presença no texto freudiano. Será que a angústia freudiana é de fato igual à angústia existencial? Embora os psicanalistas atuais falem muito desta angústia ligada à condição humana, não demonstram com suficiente clareza sua pertinência ao campo freudiano.

Será que é aceitável assimilar a angústia como tomada pela psicanálise, física e psíquica ao mesmo tempo, como sendo a mesma angústia existencial de que falam filósofos e clínicos de orientação fenomenológica-existencialista? Rocha²¹³ argumenta que “Freud abre uma perspectiva teórica muito interessante ao sugerir uma dimensão que se poderia chamar de existencial, dimensão esta

²¹⁰ FIGUEIREDO, L. C., p. 60.

²¹¹ Ibidem, p. 61.

²¹² Ibidem, p. 61.

²¹³ ROCHA, 2000, p. 13.

que ele próprio não explorou, mas que os filósofos que se debruçam sobre o enigma da angústia, podem ajudar-nos a melhor compreender”²¹⁴. Para Rocha, o fato de a *Realangst* freudiana se fundar no desamparo, condição constituinte do ser humano, é um bom argumento para relacionar os dois conceitos.

Araújo, no texto *Angústia e cuidado*²¹⁵, também busca aproximar a angústia de Freud com a angústia de Heidegger baseando-se em alguns elementos. Primeiramente ele argumenta que os dois tomam a angústia como um fenômeno originário, em Freud a angústia do nascimento é arquetípica, e em Heidegger a angústia é uma disposição básica do ser humano.²¹⁶ Em segundo lugar ele arrola o fato da ideia da indeterminação do objeto tanto em Freud quanto em Heidegger.²¹⁷ A respeito desta argumentação pode-se dizer que de fato Freud sempre viu “a angústia como uma companheira inseparável do homem, um afeto que esta aí desde cedo, desde o começo”²¹⁸, mas em relação ao segundo ponto o autor não menciona que em Freud existe angústia diante de objetos determinados, o que descaracterizaria o argumento.

Por outro lado existem autores psicanalistas que acreditam que a psicanálise nada tem a ver com a angústia existencial. Eles argumentam que enquanto a angústia existencial acontece em negativo, diante do enfrentamento do nada, a angústia freudiana acontece em positivo, é um excesso de energia ou um sinal, mas algo absolutamente positivo. Vieira no texto *Como se ri da angústia*²¹⁹ afirma que:

A angústia tomada como uma interrogação sobre o sentido da vida, atividade de lazer de quem tem pouco a fazer não é a angústia da qual se ocupa a psicanálise. Ela é, para nós, uma experiência de desabamento do mundo, de apagamento das escoras difícil de

²¹⁴ ROCHA, 2000, p. 13.

²¹⁵ ARAUJO, José Newton Garcia. Angústia e cuidado. In: BESSET, V. L. (Org.). *Angústia*. São Paulo: Escuta, 2002. p. 117-138.

²¹⁶ Ibidem, p. 129.

²¹⁷ Ibidem, p. 131.

²¹⁸ Ibidem, p.129.

²¹⁹ VIEIRA, Marcus André. Como se ri da angústia. In: BESSET, V. L. (Org.). *Angústia*. São Paulo: Escuta, 2002. p. 71-87.

descrever, mas certamente uma experiência de certeza e não de dúvida, de surpresa e não de enigma.²²⁰

Deixando o tema da distinção entre angústia existencial e angústia psicanalítica e voltando a questão da distinção entre angústia e ansiedade, observa-se que o texto de Rocha, acima citado, *Os destinos da angústia na psicanálise freudiana*, é um dos poucos trabalhos, dentre todos aqueles selecionados para esta pesquisa, que discutem explicitamente a questão da distinção entre angústia e ansiedade. Um dos capítulos do seu livro intitula-se “O vocabulário da angústia”²²¹, e nele o autor faz a revisão de todo o problema linguístico ligado ao tema²²². Ele afirma que:

[...] no vocabulário psiquiátrico do tempo de Freud era frequente a distinção entre angústia e ansiedade, particularmente quando se tratava da psiquiatria francesa. O mesmo, porém, não aconteceu na abordagem freudiana. Para Freud, muito mais importante do que esta questão terminológica era discutir o problema da angústia na sua dimensão mais profunda, pela qual ela se inscreve tanto no corpo quanto no psiquismo, como uma experiência fundamental da existência humana.²²³

Como que a confirmar esta posição freudiana é possível observar-se no livro de Rocha o seguinte: na mesma página de seu livro Rocha cita Freud de duas maneiras diversas. No corpo do texto ele escreve: “[...] o livro de 1926 sobre ‘Inibição, sintoma e *angústia*’ e na nota de rodapé referente a esta citação se lê: ‘ESB, Inibição, sintoma e *ansiedades*’” (grifo nosso) numa clara demonstração do uso dos dois termos como sinônimos.²²⁴ Confirmando o título do trabalho, Rocha, ao longo do texto, prefere muito mais usar a palavra angústia do que a palavra ansiedade, que aparece muito pouco. Embora discuta a questão, este texto que analisa toda a produção freudiana sobre angústia não distingue conceitualmente angústia de ansiedade inserindo-se na Posição

²²⁰ VIEIRA, 2002, p. 78.

²²¹ ROCHA, 2000, p. 24.

²²² Ver capítulo 4 (p. 69).

²²³ ROCHA, op. cit., p. 33

²²⁴ Ibidem, p. 13.

Psicanalítica que ultrapassando a dicotomia mente-corpo da Posição Francesa encontrou uma maneira de ir além.

Entretanto, não é correto afirmar simplesmente que Freud não distingue angústia de ansiedade, pois ele o faz em algumas situações. Como demonstrado anteriormente, no capítulo 4 (p. 76), ao descrever o quadro clínico da *Angstneurose* ele separa as vivências elementares da neurose, e nesta separação distingue claramente uma expectativa ansiosa dos ataques de angústia. Então, se Freud não distingue angústia de ansiedade ao denominar o campo do angustiante como um todo, ele as distingue no interior deste campo.

Também em *Além do princípio do prazer*, no início do livro²²⁵, é possível encontrar uma distinção, mesmo que seja rudimentar, ou na linguagem desta dissertação, uma distinção-fracas. Freud trabalha a distinção entre os termos que compõem o campo do angustiante observando que *Angst*, *Furcht* e *Schreck* não são sinônimos, sendo a relação que cada um mantém com o perigo o critério que os distingue. Em *Angst* há um elemento de expectativa (*Erwartung*) e outro de preparação (*Vorbereitung*) para o perigo mesmo que este seja desconhecido, destacando-se assim a questão do futuro. Em *Furcht* encontra-se sempre a presença de um objeto do qual se tem medo, e em *Schreck* ressalta-se um perigo para o qual não estava preparado, em que o elemento surpresa (*Überraschung*) é importante. Então tem-se o futuro, o presente e o inesperado como os elementos que diferenciam as vivências neste campo do angustiante. No *Angst* o perigo encontra-se no futuro, e então pode-se falar em expectativa ansiosa (*Erwartungsangst*) ou em uma angústia expectante. Em *Furcht* o perigo é presente e conhecido, em *Schreck* o perigo é presente, mas veio inesperadamente. Não é porque Freud se recusa a distinguir físico de psíquico que ele se recusa a fazer qualquer distinção. Há sim uma distinção freudiana, só que ela se dá em termos de presente e futuro.

²²⁵ FREUD, *Além do princípio do Prazer* (1920). 1986. p. 23.

Pereira também argumenta neste sentido da existência de uma distinção freudiana afirmando que:

[...] de fato, desde os primeiros textos freudianos, os ataques repentinos e incontroláveis de angústia eram concebidos em um plano psicopatológico distinto de outras formas ansiosas. É assim que, por exemplo, na época dos estudos sobre a neurose de angústia (*Angstneurose*) Freud não confundia os acessos de angústia (*Ängstanfälle*) com os estados ansiosos mais crônicos e flutuantes (*Angstzustand*).²²⁶

Freud faz, ainda, uma distinção entre os vários tipos de expectativa ansiosa. No texto *Rascunho B* ele diz:

a neurose de angústia pode manifestar-se sob duas formas, no estado crônico e no estado de angústia. Os sintomas crônicos são: 1- a ansiedade relativa ao corpo (hipocondria); 2- ansiedade relativa às funções físicas (agorafobia, claustrofobia, vertigem das alturas); 3- ansiedade a propósito das decisões a serem tomadas e da memória (loucura da dúvida, ruminções mentais, etc.[...]).²²⁷

É interessante notar que este item três de Freud corresponde ao que a psiquiatria atual designa como Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) que está incluído, na CID 10, no grupo dos transtornos ansiosos. Na atualidade os psiquiatras discutem sobre a sua pertinência a este grupo, perguntando: o TOC é um transtorno ansioso? A resposta de Freud seria, pelo visto acima, um sim. Já os psiquiatras que discutem a questão, e discordando disto, propõem um reposicionamento do TOC na CID 11, atualmente em preparação. Tem-se aqui uma demonstração da pervasividade das formulações freudianas sobre o campo psiquiátrico.

Os dois textos sobre o Pânico de Pereira²²⁸, intitulados *Pânico e desamparo: um estudo psicanalítico*; e *Psicopatologia dos ataques de pânico* tratam diretamente da questão da angústia e da ansiedade a partir da perspectiva da dimensão subjetiva, tal como proposto pela psicanálise, mas também dialoga

²²⁶ PEREIRA, Mario Eduardo Costa. *Pânico e desamparo: um estudo psicanalítico*. São Paulo: Escuta, 1999. p. 79.

²²⁷ FREUD, Sigmund. *Rascunho B*. (1893). A etiologia das neuroses. Obras Completas. v. I. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986. p. 204.

²²⁸ PEREIRA, op. cit.; PEREIRA, Mario Eduardo Costa. *Psicopatologia dos ataques de pânico*. São Paulo: Escuta, 2003.

com os pontos de vista da psiquiatria; sendo inclusive, juntamente com o texto de Rocha, acima referido, um dos poucos a discutir explicitamente a distinção angústia-ansiedade. Além disto, estes livros são o resultado de um longo trabalho de pesquisa em Psicopatologia Fundamental realizado no *Laboratoire de Psychopathologie Fondamentale* da Universidade de Paris 7 sob orientação direta de Pierre Fédida.

Pereira chama a atenção para uma noção freudiana que geralmente não é considerada nos estudos sobre a angústia e a ansiedade, que é a noção de Campo do Angustiante (*Angstlichen*), afirmando que:

[...] no pensamento de Freud, o angustiante constitui uma noção ampla que reúne fenômenos fundamentalmente heterogêneos ligados à angústia, tais como o sinal de angústia, o terror, o horror, o sentimento de inquietante estranheza, o pânico, etc.²²⁹

Os estudos da dimensão linguística já citados também corroboram esta ideia de um campo do angustiante. A palavra *Angst*, que na linguagem coloquial significa normalmente medo, no texto psicanalítico de Freud pode ser traduzida por angústia ou ansiedade e, às vezes até, por pânico ou terror²³⁰, ou seja, *Angst* pode ser muitas coisas, então é mais proveitoso considerar esta palavra como o nome de um campo que inclui todas estas muitas coisas. Muitas coisas ligadas de muitas maneiras, é assim que parecem ser as coisas neste terreno da angústia e da ansiedade: uma complexidade.

Partindo daí, Pereira defende a tese de que:

A teorização freudiana concebe o campo do angustiante (*Ängstlichen*) como heterogêneo, e que dentro dele é possível e necessário distinguir nuances permitindo extrair certas categorias particulares do “angustiante”, mesmo se as continuidades entre elas são mais marcantes do que as diferenças. Ao longo de sua obra Freud tentou delimitar certas formas do *Ängstlichen* tais como “angústia” (*Ängst*) propriamente dita, o terror (*Schreck*), a inquietante estranheza (*Unheimliche*) e o horror (*Grauen*).²³¹

²²⁹ PEREIRA, 1999, p. 79.

²³⁰ Cf. HANNS, 1996, p. 71.

²³¹ PEREIRA, op. cit., p. 31.

Embora Pereira não mencione explicitamente a expectativa ansiosa (*Erwartungsangst*), é bastante plausível, considerando-se a descrição do quadro clínico da Neurose de Angústia (*Angstnerose*), que ela também possa ser incluída nesta lista das diferentes formas que compõem o campo do angustiante (*Angstlichen*). Confirmando a pertinência desta ideia, Pereira escreve, em um outro trecho do seu livro, que no campo do angustiante:

[...] podemos determinar categorias mais específicas fundamentadas sobre este fundo comum de angústia. Trata-se de distinguir, para além do núcleo comum a todos os fenômenos de natureza ansiosa, os elementos psicopatológicos particulares a cada um dentre eles.²³²

Eis aqui uma demonstração do uso típico dos termos angústia e ansiedade no contexto da psicanálise, ou seja, usar a palavra angústia para denominar o campo geral do angustiante e reservar o termo ansiedade para designar um sintoma mais particular. Usa angústia e ansiedade como sinônimos até que seja preciso, por alguma razão clínica ou teórica, distingui-las; e aí, então, a distinção se faz nos seguintes termos: prefere-se a palavra angústia para denominar o campo geral do angustiante e reserva-se o termo ansiedade para designar um dos elementos que compõem o referido campo. Na terminologia adotada nesta dissertação tal nível de distinção é denominado de distinção-fracas. Sim, é de fato uma distinção fraca, pois, como diz Pereira:

[...] a tendência de Freud a distinguir diferentes categorias do angustiante não deve ser levada longe demais nem de modo absoluto já que por muitas vezes é possível encontrar Freud usando os termos de maneira indiscriminada, como em *A cabeça de medusa*²³³, e isto apesar da precisão habitual com que ele usa seus conceitos, fiel ao seu princípio de que ceder quanto às palavras é começar a ceder quanto às coisas.²³⁴

Coerentemente com sua argumentação, Pereira usa angústia e ansiedade ao longo de seus dois livros exatamente desta maneira, ora como sinônimos, ora, quando necessário, e veremos a seguir quando ele considera necessário, como

²³² PEREIRA, 1999, p. 80.

²³³ FREUD, Sigmund. *A cabeça de medusa*. (1922). v. XVIII. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986. p. 329.

²³⁴ PEREIRA, op. cit., p. 81.

entidades distintas. O primeiro capítulo do livro *Psicopatologia dos ataques de pânico*²³⁵ é uma introdução à questão da angústia na tradição do pensamento ocidental. Pereira faz uma retrospectiva histórica sobre o conceito de angústia desde a Antiguidade até os tempos atuais. Em nota de rodapé o autor explica que este capítulo já foi publicado, com ligeiras modificações, em um outro livro chamado *Transtornos de ansiedade*²³⁶. Consultando-se esta obra, pode-se notar que uma das “ligeiras modificações” alegada por Pereira é a supressão, no livro *Psicopatologia dos ataques de pânico*, de uma frase publicada no livro *Transtornos de ansiedade*, onde ele declara que usa angústia e ansiedade como sinônimos: “condição afetiva de difícil delimitação teórica, a ansiedade – ou angústia – termos que para fins práticos utilizaremos como sinônimos é um antigo [...]”²³⁷.

No contexto desta pesquisa que investiga justamente a questão da distinção entre angústia e ansiedade, esta modificação deixa de ser ligeira e vira fundamental. É interessante refletir no porquê da alteração. No livro sobre ansiedade, uma coletânea de artigos de diferentes autores, explicitamente dirigido aos psiquiatras, Pereira afirma a sinonímia entre angústia e ansiedade, e no seu livro sobre o pânico ele não explicita o fato. Não se trata, evidentemente, de uma questão de descuido ou de omissão de informações porque ao longo do texto, em especial ao discutir a questão terminológica, Pereira faz referência à questão da distinção entre angústia e ansiedade. Um mesmo texto publicado em dois livros, sendo um para psiquiatras e outro para psicanalistas, no primeiro o termo importante é ansiedade, no segundo angústia. Isto não é uma omissão, é uma posição, ou mais precisamente, é a Posição Psicanalítica que trata angústia e ansiedade como sinônimos até que se faça necessário distingui-las.

No texto *George Beard: neurastenia, nervosidade e cultura*, na verdade uma pequena introdução ao artigo histórico sobre neurastenia de Beard,

²³⁵ PEREIRA, 2003.

²³⁶ HETEM; GRAEFF, 2004.

²³⁷ PEREIRA, 2004, p. 3.

publicado no mesmo número da revista, Pereira²³⁸ apresenta um resumo da evolução histórica do “campo dos fenômenos ansiosos”, e em especial da questão sobre a distinção entre angústia e ansiedade. Ele traça uma linha que vai desde a Antiguidade até a atualidade, passando pela Neurose de Angústia freudiana, e em especial pela psiquiatria francesa do final do século XIX. Neste panorama ele mostra que alguns autores separavam claramente angústia de ansiedade, chamando a atenção para a tradição francesa de separar os sintomas do campo em questão em uma dimensão física e uma dimensão psíquica.²³⁹ Não se pode dizer que neste texto Pereira faz ou deixa de fazer a distinção entre angústia e ansiedade; o que ele faz, de fato, é apresentar o problema da distinção ou não distinção. E é nesta função que este texto é significativo, pois a distinção entre angústia e ansiedade, como tema de artigos, não é frequente.

O texto *Quem tem medo da angústia* de Besset²⁴⁰ faz parte de um projeto de pesquisa clínica e universitária sobre o tema da angústia, denominado “Grupo de Trabalho Psicopatologia e Psicanálise” que se reúne no seio da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia (ANPEPP), o que lhe confere especial significância para esta pesquisa que aqui se desenvolve, por representar o pensamento de um grupo de autores ligados à Psicopatologia Fundamental que se dedica a pesquisar exatamente a angústia.

A angústia aparece no título do trabalho e é seu tema principal. O texto, um artigo original, discute as formas como o mundo contemporâneo busca escapar da angústia, em especial através dos remédios, mas não sendo um trabalho antropológico, enfatiza também o perigo de os clínicos caírem na tentação de evitar a angústia de seus pacientes. O termo angústia é usado com frequência e ansiedade por sua vez não surge em nenhum momento, mas não existe nenhuma definição explícita do que seja angústia, como também não se

²³⁸ PEREIRA, Mario Eduardo Costa. George Beard: neurastenia, nervosidade e cultura. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. V, n. 1, p. 170-175, mar. 2002.

²³⁹ *Ibidem*, p. 171.

²⁴⁰ BESSET, Vera Lopes. Quem tem medo da angústia? *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. IV, n. 1, p. 11-18, mar. 2001.

discute em que sentido os termos estão sendo usados. Existem, isto sim, várias afirmações sobre a angústia que deixam entrever em que sentido ela está sendo considerada:

A angústia se destaca por ser aquilo que escapa ao que a palavra pode circunscrever [...] desta forma tomando a angústia como sinal das relações entre o sujeito e seu desejo [...] a angústia como o afeto que não engana. (Lacan) [...] concordamos em tomar a angústia como a dor em sua dimensão de defesa do organismo humano (Berlinck).²⁴¹

A autora utiliza a expressão “manifestações da angústia”²⁴², mas não descreve quais seriam estas manifestações, embora afirme a existência de uma “angústia que se expressa no corpo”²⁴³, deixando subentendido a existência de uma angústia que ao não se manifestar no corpo seria então psíquica, o que implica algum nível de diferenciação entre angústia e ansiedade, não em termos de nome, mas em termos descritivos.

O texto articula a angústia com conceitos de Freud, Lacan, Epicuro e Lévi-Straus. Em relação a Epicuro a autora explica que o epicurismo não é um tipo de hedonismo, e sim “uma forma particular de ascetismo, centrada na evitação da inquietação e da angústia, na busca de segurança para o ser humano”²⁴⁴. O que interessa aqui é a distinção entre angústia e inquietação que surge no final da frase. Se lembrarmos que a inquietação é, geralmente, um termo usado para descrever em termos comportamentais uma das vivências associadas à ansiedade, pode-se então entender que esta é uma distinção entre angústia e ansiedade em termos conceituais, mas não no plano terminológico.

Em relação a Freud o texto menciona a questão da angústia como causa ou consequência do recalque e sua função como sinal de um perigo de natureza pulsional para introduzir o ponto central, em termos teóricos, que é a articulação entre angústia e o conceito lacaniano de desejo.²⁴⁵ Discutindo a questão do

²⁴¹ BESSET, 2001, p. 12.

²⁴² Ibidem, p. 12.

²⁴³ Ibidem, p. 12.

²⁴⁴ Ibidem, p. 14.

²⁴⁵ Ibidem, p. 14.

surgimento da angústia, Besset afirma: “o sujeito do significante, marcado pela falta-a-ser, não tem meios de preenchê-la, se não pela *ação*, que toma a feição de uma fuga para adiante.”²⁴⁶ (grifo do autor). A ideia de uma ação defensiva diante de um perigo, que é bastante importante na formulação do conceito de ansiedade na Posição Psiquiátrica, utilizada aqui como um elemento da angústia, caracteriza a Posição Psicanalítica de usar o termo angústia de forma prevalente e incluir a ansiedade como um de seus elementos. Cabe ainda ressaltar que este é um texto que apresenta uma distinção-fracas entre angústia e ansiedade que se alinha claramente com a posição Psicanalítica, apesar de sua alta carga de subjetividade, embora sem nenhuma referência a casos clínicos.

Aliás, esta questão da fundamentação clínica das articulações teóricas também pode ser observada ao longo da pesquisa nos textos da Psicopatologia Fundamental sobre angústia e ansiedade. Um dos pilares da Psicopatologia Fundamental, como visto na página 41 do capítulo 2, é a ideia de que um estudo psicopatológico precisa se fundamentar em um caso clínico e precisa ter uma referência clínica sob risco de se perder em elocubrações teóricas maravilhosas, verdadeiros “paraísos teóricos”, mas que distantes da realidade da clínica estão mais para antropologia e filosofia do que para psicopatologia. Então é interessante verificar se os textos selecionados para esta pesquisa demonstram tal orientação. Dos cinquenta e cinco textos analisados, apenas dezoito apresentam referências clínicas; ou seja, a maioria absoluta dos textos, trinta e sete deles, são trabalhos exclusivamente teóricos sem um caso clínico que os fundamente. O que isto significa? Talvez que a fundamentação clínica da Psicopatologia Fundamental seja um modelo em construção e não uma realidade do cotidiano das pesquisas acadêmicas. Parece que a “clinicalidade” da Psicopatologia Fundamental é um ponto de chegada e não um ponto de partida deste percurso que vai dos paraísos teóricos em direção às densas e angustiantes

²⁴⁶ BESSET, 2001, p. 15.

florestas da narrativa clínica. Ao que parece a teoria é mais fácil que a narrativa clínica, ou apenas mais habitual, talvez.

Que angústia é essa? pergunta Tschirner²⁴⁷ já no título do seu texto que trata da questão da angústia de um ponto de vista winnicottiano. A autora afirma que Winnicott discute a questão da angústia automática a partir da noção de desamparo e cita um trecho retirado de Winnicott onde se lê:

Gostaria de introduzir aqui a discussão da palavra “ansioso”. Não consigo pensar que um bebê possa estar ansioso no nascimento, porque não há repressão ou inconsciente reprimido nesta época. Se a ansiedade significa algo simples como o medo ou irritabilidade reativa está certo. Parece-me que a palavra ansioso se aplica quando o indivíduo encontra-se nas garras de uma experiência física (seja ela excitação, raiva, medo, ou qualquer outra coisa) que ele não pode evitar nem compreender.²⁴⁸

É notável que, apesar de as palavras angústia e ansioso se sucederem de uma linha para outra no texto, a autora não faz comentários sobre esta distinção. Ela diz que Winnicott trata da questão da *angústia* e mostra Winnicott falando de *ansiedade*, considerando então que são a mesmíssima coisa, e que isto deve estar tão sedimentado que não merece sequer uma anotação. A autora usa angústia e ansiedade, portanto, como sinônimos.

Apesar disto o texto de Winnicott, citado acima, permite entrever um nível rudimentar de distinção entre angústia e ansiedade já que ele enfatiza a diferença entre sensações físicas e um aparelho psíquico, no caso ausente, que poderia vivenciar afetos terríveis. Esta divisão acaba por apresentar alguma semelhança com a Posição Francesa de separar os sintomas físicos dos psíquicos no campo da angústia e da ansiedade.

Ao comentar o conceito winnicottiano de “agonias primitivas”, descrito fenomenologicamente como sensações de “ser feito em pedaços, cair para sempre, morrer, e morrer, e morrer, perder todos os vestígios de esperança de

²⁴⁷ TSCHIRNER, 2002, p. 53-67.

²⁴⁸ Ibidem, p. 57.

renovação de contatos”²⁴⁹, a autora explica que “para Winnicott a palavra ansiedade não é suficientemente forte para descrever ou representar este tipo de sentimento”²⁵⁰. Pode-se perguntar: a angústia seria? Aparentemente não, pois Winnicott estaria usando ansiedade como sinônimo de angústia e não diferenciando-as. Os termos de que Winnicott se vale são “inacreditável ansiedade”, “ansiedades inimagináveis”, “angústias impensáveis” ou “agonias primitivas”, ao invés de simplesmente “angústia” e “ansiedade”²⁵¹. Trata-se então de uma questão de adjetivar angústia e ansiedade, para elevar seu poder descritivo, e não de diferenciar as duas palavras, o que reforça a ideia da não distinção winnicottiana entre angústia e ansiedade. Ele distingue angústia e ansiedade de outra coisa, a saber, “as agonias primitivas.”

No texto *Oposição e conflito na metapsicologia da angústia*, Ribeiro²⁵² apresenta algumas elaborações sobre a angústia de caráter puramente teórico, já que não se refere a nenhum caso clínico. Neste texto, um artigo original, apresentado primeiramente no Grupo de Trabalho sobre Psicopatologia e Psicanálise da ANPEPP, o autor afirma a existência de uma distinção entre angústia como objeto de cura e angústia como objeto de escuta, argumentando que isto “[...] sugere, de imediato, a valorização de um aspecto tão essencial quanto evidente deste tipo de afeto, a saber, seus diferentes graus de intensidade e os diferentes efeitos psíquicos que a ele estão associados.”²⁵³ Esta referência a diferentes graus de intensidade e diferentes efeitos psíquicos poderia ser uma porta de entrada para uma distinção entre angústia e ansiedade, mas não é o que acontece, pelo menos não no trabalho em questão.

O texto de Ribeiro articula a noção de angústia a vários conceitos freudianos e também de Jean Laplanche, tais como supereu, aparelho psíquico,

²⁴⁹ TSCHIRNER, 2002, p. 59.

²⁵⁰ Ibidem, p. 59.

²⁵¹ Ibidem, p. 58.

²⁵² RIBEIRO, Paulo de Carvalho. Oposição e conflito na metapsicologia da angústia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. IV, n. 1, p. 95-105, mar. 2001.

²⁵³ Ibidem, p. 95.

recalcamento, Édipo, castração, e a teoria da sedução generalizada,²⁵⁴ para discutir uma suposta diferença entre a angústia na psicose e a angústia na neurose²⁵⁵. Embora o tema do artigo seja a metapsicologia da angústia, não é dada nenhuma definição explícita deste afeto, como também não é discutida a sua possível relação com outros afetos como medo, terror ou ansiedade, palavra que não é usada em nenhum momento. Portanto, neste trabalho não existe distinção entre angústia e ansiedade.

No texto *Aspectos psicopatológicos da clínica com bebês: a função da pulsão ativa na constituição psíquica precoce em casos de depressão materna*, Atem²⁵⁶ avalia os efeitos da depressão materna e das “crises agudas de angústia”²⁵⁷ sobre o bebê recém-nascido. O texto é bastante teórico sem nenhuma referência a casos clínicos. Na introdução do trabalho a autora explica que vai demonstrar que o bebê pode reagir ativamente tanto à depressão quanto à angústia de sua mãe, e em seguida explica com bastante clareza o que entende por depressão: “toma-se aqui como depressão materna aquela depressão distinta do chamado baby blues, estado de tristeza mais ameno que surge em grande parcela de mulheres puerperas”²⁵⁸. Em seguida, seria de se esperar que a autora também dissesse o que entende por angústia, mas não é exatamente o que acontece. O máximo que aparece é uma aproximação entre angústia e crise de pânico sem uma explicação tão clara e explícita quanto a que foi fornecida sobre a depressão.

É interessante notar este silêncio explicativo sobre a angústia porque provavelmente ele não se deve a descuido da autora, mas a uma dificuldade conceitual: a angústia é mencionada, mas não é explicada. Este silêncio explicativo é encontrado em vários dos textos examinados nesta pesquisa. É

²⁵⁴ RIBEIRO, 2001, p. 96.

²⁵⁵ Ibidem, p. 102.

²⁵⁶ ATEM, Lou Muniz. Aspectos psicopatológicos da clínica com bebês: a função da pulsão ativa na constituição psíquica precoce em casos de depressão materna. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. VI, n. 3, p. 30- 42, set. 2003.

²⁵⁷ Ibidem, p. 30.

²⁵⁸ Ibidem, p. 31.

verdade, o artigo de Atem apresenta um resumo das teorias freudianas sobre a angústia,²⁵⁹ mas isto é no campo teórico, e o que se chama de silêncio explicativo é a ausência de uma descrição fenomenológica e clínica mais clara do que se está tomando por angústia.

Sobre esta questão seria conveniente lembrar que Freud já reconhecia que a concepção de angústia é verdadeiramente um problema, mas não por falta de observação, já que todo ser humano sabe muito bem o que é a angústia, pois todos a sentem. Todo mundo sabe o que é a angústia enquanto não são interrogados, mas basta serem questionados sobre qual é a sua natureza para se darem conta de que nada sabem sobre ela²⁶⁰. Ou nas palavras de Freud:

De propósito deliberado falo aqui das concepções da angústia. Elas são as tarefas mais difíceis que nos defrontamos. Todavia, a dificuldade não se encontra, por assim dizer, na insuficiência das observações, pois são os fenômenos mais freqüentes e familiares que nos propõem aquele enigma.²⁶¹

O texto *Agorafobia, espaço e subjetividade*, de autoria de Gama e Berlinck²⁶² é um estudo da agorafobia do ponto de vista psicanalítico e propõe interpretações a partir de uma abordagem que valoriza a subjetividade, como quando diz “que se há perda de referências externas é porque também há perdas de referências de si mesmo”²⁶³. Apesar de afirmações deste tipo, o artigo não se vale de relatos clínicos que o fundamentem, é um texto teórico com belas citações da literatura, mas nada de material clínico propriamente dito. A subjetividade é valorizada e a angústia associada a ela: “Assim a angústia está sempre ligada a uma transformação do espaço e a uma desestruturação possível, a uma ameaça da integridade da forma narcísica constitutiva do psiquismo.”²⁶⁴

²⁵⁹ ATEM, 2003, p. 37.

²⁶⁰ ROCHA, 2000, p. 16.

²⁶¹ FREUD, *Conferências introdutórias sobre psicanálise* (1917). 1986. p. 458.

²⁶² GAMA, Carlos Alberto; BERLINCK, Manoel Tosta. Agorafobia, espaço e subjetividade. In: BESSET, V. L. (Org.). *Angústia*. São Paulo: Escuta, 2002. p. 173-186, jun. 1999.

²⁶³ GAMA; BERLINCK, 2002, p. 177.

²⁶⁴ *Ibidem*, 2002, p. 181.

Neste texto aparecem as palavras angústia e ansiedade, mais a primeira do que a segunda, que surge em uma citação da CID 10²⁶⁵ e também na citação ao livro de Freud “inibição sintoma e ansiedade”²⁶⁶, mas para além do nome não se encontram distinções descritivas ou teóricas referentes à questão da separação entre angústia e ansiedade.

“A angústia é o afeto (*Affekt*) por excelência na clínica psicanalítica” afirma Santos na abertura de seu artigo *A angústia e o sintoma na clínica psicanalítica*²⁶⁷. Este texto é uma artigo original que comenta os chamados novos sintomas da modernidade “que parecem ter origem no esvaziamento progressivo da função paterna”²⁶⁸, sendo a angústia um destes sintomas. Embora conste no título do artigo, e seja um dos cinco termos considerados como palavras-chave no resumo, o termo angústia pouco surge no corpo do texto. Ansiedade por sua vez, não surge. O texto trata, na verdade muito mais da questão da função-paterna e sua importância na psicanálise, do que propriamente da angústia. Não há descrição fenomenológica do que seja a vivência denominada angústia; também não há qualquer tentativa de definição de angústia. Existem, é certo, algumas afirmações sobre a angústia, como a presente na frase a seguir: “Angústia é o nome de um excesso, um gozo deslocalizado, cujo objeto não se apresenta nas vias da interpretação, da máscara, do engano, do sintoma, que são as vias do desejo.”²⁶⁹ O autor recorre a Freud e Lacan em seu trabalho de articular clínica psicanalítica e angústia, sendo que os principais conceitos articulados com angústia são: gozo, desejo, castração e função paterna. Neste texto de natureza exclusivamente teórica, sem nenhuma referência a qualquer caso clínico, não há nenhuma distinção entre angústia e ansiedade.

²⁶⁵ CID 10 – Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID 10. OMS. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

²⁶⁶ FREUD, *Inibição, sintomas e ansiedade* (1926). 1986.

²⁶⁷ SANTOS, Tânia Coelho. A angústia e o sintoma na clínica psicanalítica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. IV, n. 1, p. 106-124, mar. 2001.

²⁶⁸ *Ibidem*, p. 106.

²⁶⁹ *Ibidem*, p. 107.

O texto *Agorafobia, uma tópica evanescente*, de Gama²⁷⁰, é um artigo original, que apresenta uma elaboração em torno da questão da agorafobia com a declarada intenção de privilegiar a subjetividade. Embora não exista um relato clínico referenciado a um paciente em particular, o texto apresenta uma descrição do que é vivenciado por um paciente com agorafobia tão clara e detalhada que qualquer um que atenda pessoas com este tipo de sintoma não poderá deixar de reconhecer aí seus pacientes. Neste sentido o texto é clínico e com alta carga de subjetividade. Para o autor o sujeito com sintomas agorafóbicos “vai diminuindo sua autonomia, seu espaço de ação e teme ser aspirado pelo mundo. Tudo o que parece fazer sentido para ele é invasivo, angustiante.”²⁷¹

A angústia é um tema central neste estudo e ela aparece relacionada ao *Phobos* (temor) e não há qualquer menção à ansiedade. Para o autor, a fobia, o medo e a evitação fóbica são caminhos para o sujeito se proteger de um outro sofrimento denominado angústia. O texto, então, não apresenta diferenciação entre angústia e ansiedade, sendo a angústia apresentada tanto na acepção freudiana de reação a um perigo, interno ou externo, quanto na acepção existencialista como um afeto básico e independente de perigos específicos, sejam objetivos, subjetivos, conscientes ou inconscientes.

A partir de um caso clínico de Freud, o pequeno Hans, o texto *Fobia: um sintoma marcado pelo real* de Linnemann²⁷², um artigo original, aborda o tema da fobia, discutindo se a ela se aplica a noção do sintoma como uma solução de compromisso. A angústia aparece no texto como aquilo a ser evitado pelo comportamento fóbico, já ansiedade não aparece seja como nome seja como descrição fenomenológica ou consideração teórica. Para demonstrar esta função protetora da angústia, a autora relembra Freud que afirmava que a incapacidade

²⁷⁰ GAMA, Carlos Alberto Pegolo. Agorafobia, uma tópica evanescente. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. II, n. 2, p. 72-85, jun. 1999.

²⁷¹ *Ibidem*, p. 73.

²⁷² LINNEMANN, Kátia. Fobia: um sintoma marcado pelo real. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. IX, n. 1, p. 18-31, mar. 2006.

do menino de sair de casa era uma inibição, um expediente que o menino impusera a si mesmo a fim de evitar o sintoma da angústia²⁷³. O texto articula conceitos freudianos e lacanianos, em especial a formação de sintomas e função paterna, e o mito individual²⁷⁴ e não há qualquer menção a uma distinção entre angústia e ansiedade.

O texto *Concepto de padres combinados* de Núñez²⁷⁵, um artigo original, publicado em espanhol, apresenta o conceito kleiniano de *padres combinados* que se refere à “percepção indiferenciada que o infante tem do coito parental”²⁷⁶. Segundo os autores, esta é uma percepção que gera angústia: “[...] o que provoca angústia e sobretudo sensações de terror”²⁷⁷. Existe esta distinção entre angústia e terror, mas ela não é desenvolvida, e a palavra ansiedade, ou qualquer noção que pudesse ser a ela associada não aparecem. O trabalho baseia-se em um relato de caso clínico e se vale também de conceitos de Bion e Laplanche.

Uma das características da RLPF é a valorização de textos históricos da psicopatologia, e em alguns destes textos, publicados regularmente pela RLPF, foi possível encontrar material referente à questão da angústia e da ansiedade. No texto *Breves reflexões a respeito do sofrimento*, Minkowski²⁷⁸ discorre sobre o que ele chama de “alguns fenômenos páticos”²⁷⁹, dentre os quais se encontra a angústia. No início do capítulo que trata deste tema, que tem como título, note-se bem, Angústia, Minkowski diz que “é sobretudo o fenômeno da angústia humana que nós teremos a examinar”²⁸⁰, entretanto, logo a seguir, duas linhas abaixo, ele cita Henry Ey nos seguintes termos: “a ansiedade (ou se quisermos, a angústia), escreve Henry Ey, é este estado afetivo que se encontra em todas as reviravoltas da existência e sob todas as formas da existência humana”. Esta

²⁷³ LINNEMANN, 2006, p. 20.

²⁷⁴ Ibidem, p. 24.

²⁷⁵ NÚÑEZ, Jose de Jesus Gonzáles et al. *Concepto de padres combinados*. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. VIII, n. 1, p. 64-72, mar. 2005.

²⁷⁶ Ibidem, p. 64.

²⁷⁷ Ibidem, p. 69.

²⁷⁸ MINKOWSKI, 2000, p. 156-164.

²⁷⁹ Ibidem, p. 160.

²⁸⁰ Ibidem, p. 161.

frase indica bem o lugar que cabe à ansiedade na existência. Fenômeno incontestavelmente pático, no entanto ela não é absolutamente patológica em suas origens.²⁸¹

O que se pode entender a partir deste texto? Que Minkowski, acompanhando Ey, não distingue angústia de ansiedade? Aparentemente sim, pois os dois termos são usados, ora um, ora outro, para se referir a “este estado que se encontra em todas as reviravoltas da existência”. No título ele usa angústia e no corpo do texto usa tanto ansiedade (“Nestas reviravoltas, a ansiedade, em sua dimensão existencial virá situar-se”)²⁸² quanto angústia (“é sobretudo o fenômeno da angústia humana que nós teremos a examinar”). Esta não distinção não pode, no caso de Minkowski, ser atribuída, como em Freud, a um problema linguístico já que em francês existem as palavras *angoisse* (angústia) e *anxisté* (ansiedade) a sua disposição, e ele de fato as usa, como, ao comentar o caso dos sintomas dos pacientes com problemas coronários quando diz: “apresentavam angústia sem ansiedade”²⁸³. O que acontece é que Minkowski critica a Posição Francesa que costuma distinguir os sintomas físicos (angústia) dos sintomas psíquicos (ansiedade), argumentando que “em absoluto não é de uma oposição desta ordem que se trata”²⁸⁴. Para ele, não é na polaridade entre físico e psíquico, característica da Posição Francesa que se deve operar em psicopatologia. Esta forma de tratar a questão da angústia e da ansiedade coloca Minkowski na chamada Posição Psicanalítica já comentada acima.

Outro texto histórico de relevância para o tema desta pesquisa é o trabalho *Do delírio do hipocondríaco em uma forma grave da melancolia ansiosa* de Cotard²⁸⁵. Neste texto o autor descreve um quadro clínico bastante

²⁸¹ MINKOWSKI, 2000, p. 161.

²⁸² Ibidem, p. 161.

²⁸³ Ibidem, p. 162.

²⁸⁴ Ibidem, p. 162.

²⁸⁵ COTARD, Jules. Do delírio do hipocondríaco em uma forma grave da melancolia ansiosa. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, p. 151-177, dez. 1998.

singular, o delírio das negações, que mais tarde viria a ser conhecido como Síndrome de Cotard, e que surgia nos quadros graves e crônicos do que ele denomina de melancolia ansiosa. Para além da importância histórica do texto de Cotard, interessa aqui, no contexto de uma pesquisa sobre a distinção entre angústia e ansiedade, caracterizar o que Cotard denomina de melancolia ansiosa. O que ele entende por melancolia ansiosa? Que relação este quadro guarda com a angústia?

O artigo de Cotard é bastante clínico, ou seja, ele se fundamenta em relatos clínicos, e é a partir destas descrições clínicas que se torna possível entender sua posição sobre a questão da angústia e da ansiedade. Transcrevem-se abaixo alguns trechos de sua narrativa clínica a respeito da primeira paciente que surge no artigo, a Srta. X:

A Srta. X. afirma não ter mais cérebro, nem nervos, nem seios, nem estômago, nem intestinos; restam-lhe apenas a pele e os ossos em um corpo desorganizado (segundo suas próprias palavras). Deus não existe, nem o diabo tampouco.

[...] A partir daquele momento começou a sofrer de tédio, de *angústias* que não lhe davam trégua; errava como uma alma penada, pedindo socorro a padres e médicos. Fizera várias tentativas de suicídio, em decorrência das quais chegou em Vanves.

[...] Há alguns meses a Srta. X. encontra-se mais calma; a *ansiedade* melancólica diminuiu de modo sensível; ela ri, brinca, é irônica, malévola e implicante, embora seu delírio não apresente qualquer melhora.²⁸⁶ (grifo nosso).

Como se vê, Cotard usa no mesmo texto os termos angústia e ansiedade. Mas, para além da distinção terminológica, o que ele entende por angústia e por ansiedade? Cotard considera duas formas de melancolia, uma “melancolia com depressão” e uma “melancolia ansiosa ou agitada” que se caracteriza pela presença de um comportamento extremamente agitado ligado a temores profundamente aflitivos (“está constantemente em movimento, não consegue parar no lugar; não para de gemer, repetindo estar perdida, arruinada, imagina não ter mais nada, acredita ser culpada e que vão prendê-la, vê fogos, incêndios

²⁸⁶ COTARD, 1998, p. 152.

[...]”²⁸⁷. Então pode-se dizer que para Cotard ansiedade é um comportamento agitado e aflitivo. E a angústia?

No final do artigo Cotard, em um quadro sinóptico, enumera os sintomas do delírio de negação da seguinte maneira “Ansiedade, gemidos, angústia precordial,”²⁸⁸. Aparentemente a angústia, em Cotard, refere-se mais aos sintomas físicos. A partir disto pode-se dizer que ele distingue sim angústia de ansiedade e o faz de uma forma que se aproxima da Posição Francesa predominante na época em que escreveu o referido artigo, ou seja, final do século XIX.

A literatura sempre foi uma interlocutora especial da psicopatologia e não haveria de ser diferente com a Psicopatologia Fundamental. O texto *La huida en la obra de Mario Vargas Llosa* de autoria de German Ross²⁸⁹, um artigo original, publicado em espanhol, analisa o tema da fuga na obra literária do escritor peruano Mario Vargas Llosa, relacionando-a à questão da fobia. O termo angústia aparece algumas vezes no texto (“a relação que o fóbico estabelece com o pai está dominada por uma antítese de desejo e de angústia, de ausência e de percepção inesperada”)²⁹⁰ e ansiedade nenhuma vez. O autor explica que o texto parte do fato de o escritor peruano ter pedido nacionalidade espanhola logo após ter perdido as eleições presidenciais em sua terra natal, o Peru. Neste sentido considera-se que o artigo é firmemente baseado em um caso clínico, com uma alta carga de subjetividade e, ao mesmo tempo, rico em elementos teóricos. Neste sentido pode ser considerado um protótipo do estudo psicopatológico como defendido pela Psicopatologia Fundamental conforme discutido anteriormente na página 41 do capítulo 2.

O texto trabalha principalmente a questão da evitação fóbica, da fuga. A angústia não é o tema do trabalho, mas apenas um dos conceitos utilizados para

²⁸⁷ COTARD, 1998, p. 169.

²⁸⁸ Ibidem, p. 176.

²⁸⁹ ROSS, German Arce. La huida en la obra de Mario Vargas Llosa. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. II, n. 3, p. 109-123, set. 1999.

²⁹⁰ Ibidem, p. 116.

discutir a questão da evitação fóbica. O autor se vale de conceitos freudianos e lacanianos para situar a questão fóbica. Não aparece ao longo do texto nenhuma definição explícita de angústia, e também não existem considerações sobre em que sentido os termos angústia, fobia e medo estão sendo usados, embora exista todo um esforço para distinguir angústia de medo, em termos freudianos.²⁹¹ Pode-se dizer, então, que neste texto não aparece nenhuma distinção entre angústia e ansiedade, nem do ponto de vista terminológico nem do ponto de vista conceitual.

A RLPF publica regularmente, além dos artigos, resenhas de livros e comentários sobre notícias divulgadas na imprensa relativas ao campo do psicopatológico. Também neste tipo de texto foi possível encontrar elementos para a discussão sobre a distinção entre angústia e ansiedade. No texto *Estresse, ansiedade e depressão; não necessariamente nesta ordem*, Gutman²⁹² comenta matéria sobre estresse publicada no Jornal Folha de São Paulo²⁹³. Ele explica que a reportagem era um texto de divulgação científica no qual o jornalista tenta passar para o público leigo a importância dos achados das pesquisas científicas, no caso a ideia de que estresse e ansiedade mantidas por muito tempo acabam levando à depressão. O que interessa notar aqui, sem entrar no mérito da questão, é o uso do termo ansiedade e estresse, este último considerado com um dos tipos de ansiedade, e a ausência do termo angústia ou qualquer explicação que a envolvesse. Portanto, neste texto não se diferencia angústia de ansiedade, e usa-se o vocabulário da psiquiatria.

No texto *Uma importante correlação entre o uso de maconha e os ataques de pânico*, Santos²⁹⁴ resenha um artigo publicado no *Journal Academy*

²⁹¹ ROSS, 1999, p. 117.

²⁹² GUTMAN, Guilherme. Estresse, ansiedade e depressão; não necessariamente nesta ordem. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. XIII, n. 2, p. 361-367, jun. 2010.

²⁹³ Estresse ansiedade e depressão. *Jornal Folha de São Paulo*. Caderno Mais, 25 abr. 2010, p. 7.

²⁹⁴ SANTOS, Madalena de Castro. Uma importante correlação entre o uso da maconha e os ataques de pânico. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. IV, n. 3, p. 178-179, set. 2001.

*of Child & Adolescent Psychiatry*²⁹⁵. O artigo começa com o relato de um caso clínico. Trata-se de um adolescente de 15 anos que foi atendido em uma unidade de emergência devido “a sintomas de ansiedade, palpitação, visão turva, e dor de cabeça”²⁹⁶ associados ao uso recente de canabinoides. O diagnóstico no momento deste primeiro atendimento foi o de reação de ansiedade secundária ao uso de drogas. A autora da resenha explica que “este jovem continuou apresentando subseqüentes episódios com os sintomas acima descritos, preenchendo os critérios diagnósticos de Distúrbio do Pânico com Agorafobia do DSM-IV”²⁹⁷. O artigo original é um trabalho psiquiátrico e a resenha mantém o tom ao se referir à ansiedade, pânico e agorafobia, sem qualquer menção à angústia. Neste texto não aparece a distinção entre angústia e ansiedade. O que chama a atenção nesta pequena resenha é a presença de um caso clínico, demonstrando que independentemente do tipo de texto a fundamentação clínica pode se fazer presente.

Em *Latusa*, uma resenha elaborada por Besset²⁹⁸ sobre o lançamento dos números 4 e 5 da Revista *Latusa*²⁹⁹, que tem como tema justamente a angústia, fica evidente que ela, a angústia, pode ser abordada de muitos pontos de vista diferentes. São dezoito artigos que relacionam a angústia com o conceito de verdade, numa abordagem filosófica; com a noção freudiana de estranho (*Unheimlich*); com a questão do pânico como forma contemporânea de manifestação do fenômeno ansioso; com a questão do desejo, numa abordagem lacaniana; com a dor física, numa tentativa de aproximação com a medicina; etc. Entretanto não há menção sobre qualquer discussão a respeito das possíveis formas de articulação entre angústia e ansiedade, palavra que não surge neste texto, na resenha, bem entendido.

²⁹⁵ DEAS, D. et al. Marijuana and panic disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2000, 39: 1467.

²⁹⁶ *Ibidem*, p. 178.

²⁹⁷ *Ibidem*, p. 178.

²⁹⁸ BESSET, Vera Lopes. *Latusa*. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. III, n. 3, p. 124-126, set. 2000.

²⁹⁹ Revista da Escola Brasileira de Psicanálise

Todos os textos analisados até aqui são baseados em trabalhos de pesquisa originais, mas o texto que se comenta a seguir é uma exceção, pois trata-se, na verdade, de um artigo de revisão denominado *Estado atual da clínica psiquiátrica do transtorno obsessivo-compulsivo*³⁰⁰. Os autores, psiquiatras de um grupo de pesquisa clínica sobre o transtorno obsessivo-compulsivo declaram que o objetivo do trabalho é fazer uma articulação entre a psicanálise e a psiquiatria, articulação que não significa homogeneização já que a “neurose obsessiva” da psicanálise não é a mesma coisa que o “toc” da psiquiatria.³⁰¹

Ao longo do texto, que aborda aspectos históricos, diagnóstico, classificação, etiologia, e comorbidades, o toc é tratado como um transtorno de ansiedade, e a palavra angústia praticamente não aparece. Na verdade o termo que surge é “angustiante”³⁰². Diferente dos outros textos selecionados da RLPF este não faz referências aos autores clássicos de psiquiatria e da psicanálise, ao contrário, faz referência a dezenas de autores atuais que publicam em revistas médicas.³⁰³ A distinção entre angústia e ansiedade é mínima, e quando surge não é muito realçada:

se alguma compulsão permanece durante uma crise maníaca, provavelmente perde seu caráter angustiante e egodistônico, tornando-se tão somente um ato automático e residual, ou seja, pode permanecer alguma característica de seu componente motor, mas o componente cognitivo (obsessões, dúvidas patológicas) e emocional (ansiedade) desaparecem na crise maníaca.³⁰⁴

Esta forma de distinção alinha-se com a Posição Psiquiátrica que privilegia o uso do termo ansiedade, evita o termo angústia, e tem alta carga de objetividade.

³⁰⁰ MIGUEL, E. et al. Estado atual da clínica psiquiátrica do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. X, n. 1, p. 80-100, mar. 2007.

³⁰¹ Ibidem, p. 82.

³⁰² Ibidem, p. 85.

³⁰³ Ibidem, p. 93.

³⁰⁴ Ibidem, p. 85.

Resumindo a análise dos textos acima apresentada pode-se dizer que a Psicopatologia Fundamental faz uma distinção-fracas entre angústia e ansiedade, pois as distingue no plano descritivo, mas não o faz nos planos terminológicos e teóricos; e que esta distinção se faz nos termos da Posição Psicanalítica, ou seja, geralmente não distingue angústia de ansiedade, referindo-se a elas como se fossem o mesmo *pathos*, até que algum problema clínico ou conceitual exija uma análise mais refinada, quando então, sem fugir da tarefa, busca as especificidades de cada uma das entidades psicopatológicas, demonstrando então diferenciações em termos de físico e psíquico, objetividade e subjetividade, presente e futuro, psicanálise e psiquiatria, o nada e o excesso, o geral e o particular, o existencial e o funcional, a pura perda e o aprendido pelo sofrimento (*patei mathos*), dentre outras.

6 CONCLUSÃO

6.1 Metapsicologia

Na Psicopatologia Fundamental o saber nasce da clínica e a ela se dirige, e assim, esta pesquisa, que partindo de um incômodo do clínico diante do “campo do angustiante” percorreu uma “floresta conceitual” de pouco mais de uma centena de artigos científicos, faz aqui um movimento de torção para, acompanhando a curva de uma espiral, retornar a Ana e Beatriz, ou mais precisamente, à narrativa clínica construída a partir do atendimento destas duas pacientes, em busca de articulações entre a clínica e os conceitos teóricos, o que se denomina metapsicologia. A Psicopatologia Fundamental é assim como um caminho em espiral que circula ancorada em um ponto clínico, às vezes um pouco mais distante, às vezes um pouco mais próxima, mas sempre referenciada na clínica. Segundo Berlinck, a clínica é isto mesmo, um caminho: “A prática clínica é, por sua vez, caminho que se percorre e seu resultado, sempre precário, quando posto em palavras, chama-se psicopatologia”.³⁰⁵

Quando Ana procurou o serviço médico do aeroporto no meio de sua maior crise de angústia, ouviu do médico, após ser examinada, a seguinte frase: “Você não tem nada no seu coração”. Uma frase desta, tão cheia de simbolismos, e dita assim sem nenhum, é, na verdade, o emblema de como a medicina vê as crises de angústia: “um nada”, visão ao mesmo tempo falsa e verdadeira como se demonstra a seguir.

Após este primeiro atendimento seguiu-se um voo angustiado com inúmeras escalas em pronto-socorros, consultórios de cardiologistas,

³⁰⁵ BERLINCK, Manoel Tosta. O método clínico: fundamento da psicopatologia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. XII, n. 3, p. 441, set. 2009.

neurologistas e gastroenterologistas nos quais Ana acabava ouvindo sempre a mesma frase: “Você não tem nada, você não tem nada, você não tem nada”; que de tão repetida acabou virando um bordão a golpear o moral de Ana que chegou muitas vezes a desejar “ter alguma coisa, uma doença qualquer” apenas para se livrar da pecha de embusteira de “frescura” que cercava suas crises. Não eram apenas os médicos que lhe diziam “você não tem nada”, seu marido, seu pai, seus colegas de trabalho, todo mundo dizia a mesma coisa. Os pacientes que sofrem com crises de angústia acabam tendo dois problemas na verdade, a angústia e a desmoralização que costuma se associar ao sofrimento psíquico em geral.

O raciocínio da clínica médica é o seguinte, o paciente é examinado, e quando não se encontra nenhuma alteração no exame físico, e também não surgem achados nos exames de propedêutica armada (exames de imagem, ultrassom, laboratório, etc.), então é evidente que o paciente “não tem nada”. Aqui está o “x” da questão, pois é evidente que o paciente tem alguma coisa, ele tem um sofrimento psíquico excessivo, um *pathos*, que exatamente por ser de natureza psíquica não aparece nos exames. Então, o paciente tem sim alguma coisa, a medicina é que não tem nada que possa evidenciar esta coisa, a aparelhagem disponível na medicina atual não mostra o *pathos*, da mesma maneira que houve uma época em que a aparelhagem médica não mostrava micróbios. Não existe ainda um “pathoscópio”, suposto aparelho que evidenciaria o sofrimento psíquico. Na verdade o “pathoscópio” já existe, só que ele não é um aparelho feito de lentes e eletrônica, ele é a pessoa do clínico, a sua subjetividade que conectada à subjetividade do paciente, via a palavra, pode evidenciar um tal sofrimento psíquico excessivo, então denominado *pathos*. O “pathoscópio” seria então uma posição adotada pelo clínico que facilitaria a explicitação do sofrimento psíquico. Acontece que esta posição não é valorizada na clínica médica que em sua busca desenfreada pela objetividade almeja mesmo extinguir a subjetividade como elemento propedêutico.

Ana conta que, invariavelmente, a frase “você não tem nada” vinha acompanhada de uma outra: “acho melhor você procurar um psiquiatra”. Os pacientes que chegam aos consultórios de psicólogos, psicanalistas e psiquiatras contam esta mesma história: “o médico disse que eu não tenho nada, mas que era melhor eu procurar um psicólogo”. Ora, o que isto quer dizer? Que o psicólogo, o psicanalista e o psiquiatra são especialistas “em nada”? Na lógica da medicina de especialidades atual, sim. Talvez os clínicos da área “psi” devessem colocar no seu cartão de visitas: “Dr. Fulano de Tal, especialista em nada”. Na pior das hipóteses isto lhe renderia muitos pacientes.

De tanto ouvir a “maldita” frase, Ana, que estava estudando psicologia, e que já fazia psicoterapia há alguns anos, rendeu-se e foi procurar um psiquiatra, que diferente dos outros médicos, disse que ela tinha sim um problema, chamava-se “falta de serotonina”. Foi quase mágico o efeito de tal diagnóstico, conta Ana, pois, embora continuasse padecendo das crises de angústia, tinha agora uma esperança. Se ela tinha uma doença, uma deficiência de serotonina, haveria então de existir um tratamento, um remédio. Se “você não tem nada” é emblema de como a medicina em geral vê as crises de angústia; o “você tem falta de serotonina” é o emblema de como a psiquiatria biológica vê as crises de angústia. Sobre isto uma crônica de Borella³⁰⁶ publicada em um boletim de psicanálise é bastante instrutiva:

Nina tinha os cabelos embaraçados, grudados na testa, engordurados. Aliás, seu corpo e sua alma estavam grudados na cama. Há três dias não ia à faculdade, não tomava banho, não tinha fome, não queria nada. Foi quando achou, embaixo do travesseiro, o jornal de domingo. Já era quarta-feira, mas o jornal era de domingo. O tempo passou na janela e só Nina não viu.

- Depressão, murmurava a mãe ao telefone enquanto Nina lia com displicência uma matéria no jornal: “Descoberto gene responsável pela neurose.” A matéria falava sobre a serotonina, poderoso neurotransmissor dotado de propriedades antidepressivas. A reabsorção da serotonina, depois de secretada pela célula nervosa, em nível inferior ao ideal, seria responsável pela depressão, ansiedade, pessimismo, medo e outras mazelas humanas.

³⁰⁶ BORELLA, E. Nina e a serotonina. *Boletim Cotidiano em Análise*. Clínica Caetés. n. 1, ago./set. 2002.

Nina pôs um pé fora da cama. Pensou: - eu sabia que estava me faltando alguma coisa. Amanhã vou ao médico. Pôs o pé dentro da cama, virou-se de lado e dormiu. Mas teve um sonho que a arrancou da cama, direto para o divã de um analista. Sonhou que seu nome era Sertonina! Na sala de aula o professor fazendo a chamada: Serotonina. E ela, levantando a mão: presente!

O sonho foi um presente da divina providência. Nina começou a questionar o seu nome. Tinha a sensação de que faltava alguma coisa, que seu nome estava partido, parecia apelido, um terço de nome. E Nina quis alguma coisa, quis contar sua história. Segundos depois de despertada pelo sonho, Nina esqueceu tudo isto. Procurou um analista sim, mas queixando-se de depressão. Nem sabia que analista trabalha analisando sonhos. Tampouco sabia a diferença entre psiquiatra e psicanalista. Para ela era tudo a mesma coisa. Mesmo assim foi capaz de brincar com sua desgraça: psiquiatra é o que cuida de quanto falta de serotonina, e psicanalista é o que ouve o que falta à Nina.³⁰⁷

Nina, Ana e Beatriz, estórias bem semelhantes. Ana acreditava que lhe faltava mesmo serotonina, e que os remédios resolveriam o problema, afinal era de fato bem mais fácil culpar apenas seus neurônios por sua angústia, evitando todos os fatos e fantasias reais de sua história de vida, incluindo seus problemas conjugais, suas mágoas com seus pais e seu irmão morto e tão presente, seu medo de voar concreto e talvez simbólico, sua dificuldade de assumir a nova profissão de psicóloga, dentre tantas histórias. Beatriz, como Nina, estava paralisada, incapaz de fazer seja lá o que fosse, grudada na cama por assim dizer. “Travei”, foi esta a primeira frase de Beatriz sua consulta inicial.

Se diante das crises de angústia de Ana o clínico geral lhe disse “você não tem nada”, e o psiquiatra, por sua vez, corrigiu afirmando “você tem falta de serotonina”, o que lhe diria um psicopatólogo fundamental? Este, muito provavelmente, raciocinando que Ana tinha sim alguma coisa, a saber, um *pathos* chamado angústia ou ansiedade, nada lhe diria, ou melhor, convidaria Ana a falar ela mesma, falar e falar com a esperança que uma hora qualquer este dizer pudesse desvendar o *pathos* que a atormentava; ou se o desvendamento não fosse possível, afinal muitas vezes angústia não se resolve, apenas se

³⁰⁷ BORELLA, 2002, p. 3.

dissolve; ou apenas aliviá-lo, o que já seria muito. O psicopatólogo fundamental, como o psiquiatra, reconhece que Ana tem alguma coisa, mas não é a falta de serotonina, e sim um sofrimento psíquico da ordem do excesso que recebe o nome de *pathos*, ou dito em outros termos: “você tem sim alguma coisa, e esta coisa chama-se subjetividade”. Como visto na pesquisa anteriormente (cap. 5, p. 110), a distinção entre angústia e ansiedade na Psicopatologia Fundamental é secundária, e ao contrário o que apareceu em primeiro plano na literatura analisada é a tentativa de valorizar a subjetividade ligada ao campo do angustiante.

Até aqui se demonstrou como esta frase “você não tem nada” é uma inverdade do ponto de vista psicopatológico, mas esta mesma frase encerra uma verdade fundamental quando tomada pelo viés da psicopatologia fenomenológica-existencialista, que como visto no capítulo 5, associa angústia e ansiedade à questão do nada. Então, se dita de forma positiva, ou seja, “você tem nada”, a frase dos clínicos, de forma por eles insuspeitada, aponta para uma verdade constitutiva do ser humano, o nada com o qual ele tem que se defrontar pela vida afora e que lhe causa angústia e ansiedade.

A impressão clínica inicial produzida pela narrativa do tratamento de Ana e Beatriz foi a de que a “a angústia trava e a ansiedade agita”. Beatriz encontrava-se paralisada, imóvel e agoniada, encolhida em seu quarto, incapaz de se movimentar para ir à faculdade, ou sair com as amigas e o namorado, ou ainda sair da simbiose familiar. Ana, por sua vez, estava inquieta, estrebuchando, por assim dizer, saltitando dentro de seu próprio corpo e em sua vida, em busca de soluções para problemas que nem ela conhecia direito. É como se o ansioso fosse um eterno fugitivo, enquanto o angustiado alguém que já é um prisioneiro capturado. Esta distinção ou polarização entre uma vivência inquietante e uma vivência paralisante é presente na literatura da Psicopatologia

Fundamental, como em Besset³⁰⁸ que afirma “Pensando especificamente no tratamento de neuróticos fazemos referência, evidentemente, às angústias pontuais ou crônicas, menos intensas, e não às angústias paralisantes”.

Nos textos examinados no capítulo 5 sobre angústia e ansiedade na Psicoptologia Fundamental há um que trata especificamente da questão de um fugitivo. O texto *La huida* de Vargas Llosa³⁰⁹ trata da mudança do escritor peruano Vargas Llosa para a Espanha logo após perder as eleições presidenciais em seu país natal. O autor defende a tese de que esta mudança é na verdade uma fuga, mas não uma fuga política, pois não havia nenhum problema nem com a segurança nem com os direitos políticos de Llosa, a fuga é de outra ordem. Para compreender de que ordem se trata, o autor do texto busca correlacionar o episódio real com situações de fuga nos romances do escritor peruano, e estende esta articulação aos conceitos freudianos de evitação fóbica, o que não deixa de ser uma espécie de fuga.

Também na literatura de base fenomenológica-existencial é possível encontrar formulações baseadas nesta distinção inquietação-paralisia. Para Assumpção, “a diferença entre a angústia normal [e angústia patológica] é que enquanto esta caracteriza-se como vida, impulsionando o ser a ‘saltar’ em direção a uma nova etapa, aquela é paralisante em relação à atividade livre de crescimento”³¹⁰, e também pode-se encontrar este tema na literatura antropológica como em Delumeau³¹¹, autor que trata do medo a partir de uma perspectiva histórica, ao comentar que “[...] o medo tanto pode provocar reação de inibição como de hiperatividade, e ele fala tanto de reações fisiológicas quanto comportamentais”. Dejour trabalha esta distinção, entre a inquietação e a paralisia, que no contexto desta dissertação é denominada como “o fugitivo e o prisioneiro”, com mais detalhes. Ele traz para a discussão no campo

³⁰⁸ BESSET, 2001, p. 17.

³⁰⁹ ROSS, 1999, p. 109-123.

³¹⁰ ASSUMPCÃO JUNIOR, 1994, p. 19.

³¹¹ DELUMEAU, 1989, p. 23.

psicanalítico a noção de luta-e-fuga tão relevante para o estudo da ansiedade e da angústia no contexto da psiquiatria biológica. Para ele:

[...] o pavor é, por contraste com todas as reações relacionadas, dominado por um comportamento de imobilização, de inibição e não de fuga, indica uma relação com a inibição motora, o estupor e a paralisia, enquanto que as outras reações evocam a preparação motora para a fuga, o distanciamento, o espaço. Esta distinção entre o padrão de fuga que prefiguram o medo e o padrão de inibição atenta que implica o terror será de uma certa importância na discussão sobre os conceitos biológicos [...] trata-se de uma preparação para a ação motora, seja para a fuga, seja para o ataque. O aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, a vasodilatação nos territórios musculares estriados, a vasoconstrição esplênica, e mesmo a hiperglicemia e a modificação de outras variáveis biológicas harmonizam-se efetivamente para facilitar os desempenhos motores que prefiguram e contribuem para preparar o estado de angústia.³¹²

Ainda no campo freudiano, Rocha comentando a *Realangst* freudiana afirma que “[...] depois de um certo grau de desenvolvimento, a angústia-real ao invés de facilitar a fuga, pode paralisar o sujeito e deixá-lo inteiramente incapaz de se defender”³¹³. É assim que Beatriz aparece, travada, incapaz de uma defesa adequada. Ana por sua vez aparece agitada como uma fugitiva desesperada e com comportamentos que, apesar de caóticos, ainda são uma defesa um pouco mais funcional. Mas do que foge o fugitivo ansioso e do que é cativo o angustiado prisioneiro? Aqui uma distinção dentro do campo do angustiante já se tornou clássica e relativamente isenta de debates. Chama-se medo o afeto diante de uma ameaça conhecida, já a angústia e ansiedade é nome do afeto diante de uma ameaça relativamente encoberta ou francamente desconhecida. É assim que, segundo Edler, “sem saber o motivo de suas crises, e portanto sem saber o que evitar o sujeito ansioso se transforma em um fugitivo sem rumo”³¹⁴.

Ana dizia que fugia do avião, e Beatriz não dizia nada, não parecia nem fugir, parecia mais entregue. Porém, quando Ana continuava a falar, ela mesma estranhava que estivesse fugindo de voar, coisa que ela desejava desde a

³¹² Cf. DEJOURS, 1988, p. 23.

³¹³ ROCHA, 2000, p. 84.

³¹⁴ EDLER, 2002, p. 51.

infância. Haveria de ser outro o motivo de seu medo, mas qual? Ela mesma parecia não saber. Ao longo do tratamento algumas pistas foram aparecendo: o desamparo surgido junto com a descoberta de que seu marido em quem ela confiava plenamente a traía há vários anos, os impulsos competitivos em relação ao irmão já morto e as culpas associadas a isto, a sensação de abandono em relação à mãe, dentre outros.

Mas e Beatriz, do que era cativa? Se as crises de angústia ou ataques de pânico são como uma tentativa de fugir do abismo, o que se pode dizer é que se Ana lutava à beira do abismo, Beatriz jazia no fundo do abismo, pelo menos era esta a impressão que sua imobilidade inicial dava. Entretanto, como demonstrado na narrativa clínica, a evolução dos problemas de Beatriz levaram-na a várias crises com intensa agitação física e psíquica, com elementos delirantes e talvez alucinatórios, que redundaram em uma internação psiquiátrica involuntária. Este é um quadro clínico que faz pensar em uma crise psicótica³¹⁵, o que coloca, para além da distinção entre angústia e ansiedade, uma suposta distinção entre angústia nas neuroses e angústia nas psicoses. Sobre isto Delumeau afirma que “[...] nos obsessivos a angústia torna-se neurose, e nos melancólicos uma forma de psicose”.³¹⁶

Considerando que nas teorias freudianas sobre angústia falta efetivamente uma teoria da angústia na psicose, Djeou argumenta que é preciso então buscar referências nos psicanalistas que se dedicaram particularmente à psicose: Tausk, Klein, Winnicott, Lacan, Bion, dentre outros, que:

[...] falam de perseguição nas psicoses de angústia, de desagregação, e de angústia de destruição ou angústia de aniquilação. A maneira específica pela qual esta angústia de perseguição faz referência ao vazio, ao buraco, ao nada e a uma imagem do corpo incompleta, aberta, nas falhas da qual o sujeito não consegue mais distinguir seu ser do outro, e o risco de perder aí sua identidade, chega a esboçar um quadro clínico bastante insólito. Enfim, para todo clínico confrontado a doentes psicóticos é evidente que a angústia psicótica é uma

³¹⁵ Esta hipótese foi primeiramente levantada nos comentários apresentados no Laboratório de Psicopatologia Fundamental da PUC-SP na ocasião em que o relato clínico de Ana e Beatriz foi apresentado.

³¹⁶ DELUMEAU, 1989, p. 25.

realidade, que difere notavelmente de outras angústias e suscita aos analistas reações imediatas e intensas que só surgem diante de psicóticos e não de outros doentes.³¹⁷

No caso de Beatriz a possibilidade de distinguir uma angústia neurótica de uma angústia psicótica é sem dúvida de importância clínica na medida em que a estratégia terapêutica haveria de ser diferente, inclusive com medicação diferente, o que remete ao enigma que originou esta pesquisa, ou seja, o fato de as duas pacientes, Ana e Beatriz, terem recebido a mesma prescrição farmacológica no início de seus tratamento.

Em busca de um adequado diagnóstico diferencial, para Beatriz é possível valer-se do texto histórico de Cotard sobre melancolia³¹⁸ analisado no capítulo 5 (p. 114). Neste trabalho Cotard descreve duas formas de melancolia, uma melancolia com depressão e estupor e uma melancolia ansiosa. Na melancolia com depressão e estupor ele explica que: “predomina uma ansiedade interior pavorosa, os temores, os terrores imaginários, as ideias de culpa, de perdição, de danação; os doentes acusam a si mesmos, são incapazes, indignos, promovem a desgraça e a vergonha de seus familiares”³¹⁹. Diante desta descrição é inevitável pensar em Beatriz com sua culpa por não cumprir as expectativas de seus pais, com sua preocupação em envergonhar o namorado e suas colegas da faculdade de psicologia por estar “travada”. Seria interessante considerar que esta paciente que dizia sofrer de angústia poderia muito bem estar padecendo de uma melancolia depressiva.

Retomando o tema específico da angústia e da ansiedade, analisa-se a seguir a questão dos sintomas apresentados por Ana e Beatriz para articulá-los com o quadro clínico da *Angstneurose* descrito por Freud no texto “neurose de angústia”³²⁰, no qual apresenta os fundamentos de sua primeira teoria da angústia anteriormente citada (cap. 1, p. 20). Aqui “quadro clínico” é entendido

³¹⁷ Cf. DEJOURS, 1988, p. 37.

³¹⁸ COTARD, 1998, p. 151-177.

³¹⁹ Ibidem, p. 159.

³²⁰ FREUD, *Neurose de angústia* (1895). 1986.

como um conjunto composto de várias síndromes acompanhado de certas características; “síndrome”, por sua vez, é tomada como um agrupamento de sinais e sintomas relativamente estáveis no tempo e na associação; e finalmente “sintoma” é entendido na acepção da Psicopatologia Fundamental como uma *pathos*, um afeto que por excessivo e desmesurado leva o sujeito a um sofrimento e a demandar alívio a um outro supostamente capaz de, senão curá-lo, ao menos escutá-lo.

Ana apresentava os seguintes sintomas: medo vago, sensação ruim pela manhã, taquicardia, sudorese, tremor, sensação de sufocação, sensação iminente de morte, ideia de que estava tendo um ataque do coração, tontura, enjoo, vontade de vomitar, medo de voar, dificuldades de concentração, choro desmotivado, desânimo, sensação de angústia, ansiedade, inquietação, insônia e medo de sair de casa.

Para Freud, “O quadro clínico da *Angstneurose*”, conforme detalhado anteriormente (cap. 1, p. 21), é composto pelas seguintes síndromes: irritabilidade, expectativa ansiosa, ataques de angústia (com ou sem conteúdo ideativo, acompanhado ou não de alterações corporais), pavor noturno, vertigem e fobias. Os sintomas podem apresentar-se de maneira aguda ou crônica, em sua forma completa ou apenas alguns deles, e ainda podem surgir de forma isolada ou associados a outras neuroses.

Comparando a lista de sintomas de Ana com a descrição freudiana, pode-se ver que Ana não apresentava sintomas relativos às síndromes de irritabilidade, de pavor noturno; mas, por outro lado, os seus sintomas são quase uma repetição literal do que aparece no texto freudiano sobre expectativa ansiosa e ataques de angústia, vertigem e fobia, que, embora citado acima, repetimos aqui, parcialmente, apenas por comodidade de leitura:

Expectativa angustiada – [...] Por exemplo, uma mulher que sofre de expectativa angustiada pensará numa pneumonia fatal a cada vez que o marido tossir quando estiver resfriado [...] Naturalmente, a expectativa angustiada se esmaece e se transforma imperceptivelmente na angústia normal compreendendo tudo o que se costuma qualificar

de ansiedade – ou tendência a adotar uma visão pessimista das coisas [...] para uma das formas da expectativa da – a que se relaciona com a saúde do próprio sujeito – podemos revelar o velho termo hipocondria [...] Outra expressão da expectativa angustiada é sem dúvida encontrada na inclinação para a angústia moral, o escrúpulo, e o pedantismo.

Ataque de angústia – [...] este tipo de ataque de angústia pode consistir apenas no sentimento de angústia sem nenhuma representação associada ou ser acompanhada da interpretação que estiver mais à mão, tal como as representações de extinção de vida, ou de um acesso, ou de uma ameaça de loucura; ou então algum tipo de parestesia (similar a aura histérica) pode combinar-se com o sentimento de angústia, ou, finalmente, o sentimento de angústia pode estar ligado ao distúrbio de uma ou mais funções corporais – tais como a respiração, a atividade cardíaca, a inervação vasomotora, ou a atividade glandular [...] Incluo aqui uma lista que inclui apenas as formas de ataques de angústia que me são conhecidas: a) Ataques de angústia acompanhados por distúrbios da atividade cardíaca. b) Ataques de angústia acompanhados por distúrbios respiratórios. c) Acessos de suor d) Acessos de tremores e calafrios e) Acessos de fome devoradora f) Diarréia g) Acessos de vertigem h) Neurastenia vasomotora i) Acessos de parestesia.

“Então eu lembrei que peito existe” disse Ana em sua primeira consulta, enquanto a mão espalmada sobre o peito subia em direção à garganta como se quisesse estrangulá-la. Talvez este sintoma, a sensação agoniada de aperto sufocante no peito, seja a figura mais característica da angústia, até porque tem raízes etimológicas, já que a palavra angústia deriva do radical grego *angkho* que significa apertar, estreitar e estrangular; e também porque é assim que as pessoas costumam descrever sua angústia: ninguém sente angústia nas costas, é sempre no peito e na garganta, ou no máximo no abdômen.

Entretanto, Freud, em sua descrição do quadro clínico da angústia, desqualifica esta linha de raciocínio afirmando que “a expectativa ansiosa é o sintoma nuclear da neurose”³²¹ e não a sensação de sufocação. Segundo ele, o paciente costuma selecionar, dentre a multiplicidade de sintomas físicos, ora um, ora outro, de modo que “em sua descrição o sentimento de angústia freqüentemente recua para o segundo plano ou é mencionado de modo bastante

³²¹ FREUD, *Neurose de angústia*. (1895). 1986. p. 94.

irreconhecível como um ‘sentir-se mal’, ‘não estar à vontade’, e assim por diante”. É exatamente isto que vimos acontecer com Ana, que explica que no início de seus problemas sentia apenas um medo vago, uma sensação ruim pela manhã quando se arrumava para ir trabalhar.

Os sintomas de Ana se apresentavam de forma aguda. O primeiro ataque aconteceu no caminho para o aeroporto e depois disto passou a ter ataques em casa e em outras ocasiões. É interessante notar que estes ataques não aconteciam diante de uma ameaça evidente para Ana, o que a deixava desconcertada. Mas com o tempo ela passou também a apresentar sintomas de forma crônica, medo de sair de casa, choro desmotivado, desânimo, angústia difusa e piora na sua ansiedade e inquietação. Para Freud, a neurose de angústia tem uma forma aguda e uma forma crônica que muitas vezes surgem de forma combinada. Ele chega a afirmar inclusive que não acontecem ataques em pessoas que não tenham expectativa angustiada (a forma crônica de sua neurose). Embora os ataques de angústia tenham, no caso de Ana, precedido os sintomas crônicos, isto é apenas uma aparência enganosa que acontece talvez pela exuberância dos ataques em relação à forma crônica. Se analisarmos com mais cuidado, veremos que antes dos ataques Ana já apresentava um medo vago que ela não sabia explicar do que era, uma sensação ruim pela manhã ao se preparar para o trabalho, e também é preciso notar que Ana se definia com uma pessoa ansiosa desde pequena.

Pelas articulações estabelecidas acima é plausível afirmar que Ana sofria do que Freud denominou neurose de angústia, mas, em relação à pergunta central desta pesquisa (a distinção entre angústia e ansiedade), o que se pode dizer? Foi dito anteriormente (cap. 1, p. 20) que Freud não distingue angústia de ansiedade do ponto de vista nosográfico, mas o faz do ponto de vista sintomático. É possível ver claramente que a sua descrição do quadro clínico separa expectativa angustiada (ansiedade) de sentimento de angústia. Em Ana também se pode identificar esta distinção. Havia uma ansiedade de fundo, por

assim dizer, sobre a qual sobreveio o ataque de angústia que por sua vez piorou a ansiedade. No final do tratamento a angústia parecia que tinha desaparecido, mas a ansiedade continuava lá. Ana dizia: “[...] eu estou bem sem os remédios, quer dizer tem outras ansiedades, mas vou levando”. Parece que o que Ana não conseguiu “levar” era a angústia. Neste sentido entende-se que a distinção entre angústia e ansiedade tem importância clínica, e muita.

Muito bem, Ana tinha neurose de angústia, mas e Beatriz, o que se pode dizer a este respeito? Os sintomas de Beatriz eram os seguintes: silêncio, olhar assustado, “travamento”, não conseguir fazer as coisas, choro, queixa de angústia, medo de não saber o que fazer, não querer mais ir à faculdade, fala entrecortada, uma coisa ruim no peito que dói, isolamento, vergonha de seu estado, culpa, surto de agressividade, violência física, delírios paranoides e confusão.

Comparando os sintomas de Beatriz com o quadro clínico freudiano, resumido anteriormente, claramente não se encontra a mesma sobreposição do caso de Ana. Beatriz não apresentava a irritabilidade descrita por Freud, e sim uma franca agressividade, não apresentava sintomas autonômicos tão frequentes na descrição freudiana, também não tinha pavor noturno, vertigem, ou fobia; entretanto tinha angústia, queixava-se de angústia e de uma coisa ruim no peito que dói. Se Beatriz não apresentava nem os sintomas típicos da neurose de angústia nem suas características clínicas, apresentava muitos outros sintomas que não constam da lista freudiana, tais como delírios persecutórios e crises de franca agressividade e violência.

Neste ponto a distinção entre entidade nosográfica e sintoma é de suma importância. Beatriz não sofria de neurose de angústia, mas padecia, e muito, do sintoma angústia. A forma que sua angústia assumia no começo do quadro, paralisando-a, é muito diferente dos ataques de angústia, ou da expectativa angustiada da neurose de angústia que geralmente vem acompanhada de uma excitação autonômica e corporal. Em relação à separação entre angústia e

ansiedade entende-se que quase não se vê ansiedade no caso de Beatriz, o seu quadro demonstra a presença excessiva de um *pathos* angustiado que, como já comentado acima, aponta para um quadro de natureza psicótica.

6.2 Considerações finais

Pelo caminho percorrido até aqui é possível dizer, em resposta a pergunta que orientou esta pesquisa – a Psicopatologia Fundamental distingue angústia e ansiedade? – que sim, a Psicopatologia Fundamental faz uma distinção-fracas entre angústia e ansiedade, pois as distingue no plano descritivo, mas não o faz nos planos terminológicos e teóricos; e que esta distinção se faz nos termos da Posição Psicanalítica, ou seja, geralmente não distingue angústia de ansiedade, embora use preferencialmente o termo angústia e quase nunca o termo ansiedade, referindo-se a elas como se fossem o mesmo *pathos*, até que algum problema clínico ou conceitual exija uma análise mais refinada, quando então, sem fugir da tarefa, busca as especificidades de cada uma das entidades psicopatológicas, demonstrando então diferenciações em termos de físico e psíquico, objetividade e subjetividade, presente e futuro, psicanálise e psiquiatria, o nada e o excesso, o geral e o particular, o existencial e a funcional, a pura perda e o aprendizado pelo sofrimento (*patei mathos*), dentre outras.

Por esta distinção ser uma distinção-fracas, ou seja, parcial e episódica, ela não desfaz a ambiguidade entre angústia e ansiedade reinante no campo psicopatológico, demonstrando que as continuidades são maiores que as diferenças, o que coloca em foco uma nova questão: o que fazer com esta ambiguidade? Toda esta variação terminológica e conceitual que se discutiu até aqui é uma riqueza ou uma imprecisão?

Do ponto de vista do ideal científico de clareza e exatidão esta situação é bastante problemática, uma falha conceitual a ser superada, mais cedo ou mais tarde, através de novos recursos teóricos. Em termos de classificação nosográfica, de diagnóstico e de pesquisa científica, o que se busca é clareza terminológica. O que se deseja de uma conceituação científica é que ela seja unívoca, que tenha apenas um significado, e que não seja equívoca, com vários significados. Freud mesmo afirmou que “se não podemos ver claro, ao menos vejamos claramente as obscuridades”³²² e Berlinck por seu turno afirma que “o método clínico a isto se dedica. Descobrir maneiras de por em palavras o obscuro é a finalidade mesma do método”³²³. Pode alguém, em sã consciência, dizer a outro alguém “eu compreendo tua angústia?” Não, provavelmente não, mas isto não o isenta de tentar e de buscar palavras, as melhores possíveis para realizar a tarefa de transcrever esta angústia vivenciada em uma experiência que possa ser compartilhada.

Mas, infelizmente, este furor iluminista, esta tentativa de “domar o demônio da indeterminação”³²⁴ tem limites e encontra resistências, sendo a principal delas a própria natureza do objeto de estudo em questão, o *pathos*, que é obscura. Berlinck, que na frase acima citada milita pela clareza, também reconhece que “o *pathos* é sempre obscuro, já que não é imediatamente dado a ver”³²⁵. Baumann³²⁶ faz um alerta contra esta tendência moderna de clarificação máxima. Ele diz:

O moderno toma a ordem como tarefa: é preciso ordenar, classificar e purificar, tornar legível e sem ambigüidade qualquer objeto que se candidate aos métodos de investigação. O que o projeto moderno traz de seu não é a oposição entre várias possibilidades de definição para um mesmo objeto, mas a luta da determinação contra a ambigüidade,

³²² FREUD, Sigmund. *Inibição, sintomas e ansiedade* (1926). v. XX. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986. p. 147.

³²³ BERLINCK, Manoel Tosta. O método clínico: fundamento da psicopatologia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. XII, n. 3, p. 442, set. 2009.

³²⁴ MAIA, Marisa Scharge. Angústia de vida, angústia de morte: sobre os processos de subjetivação e contemporaneidade. In: BESSET, V. L. (Org.). *Angústia*. Biblioteca de Psicopatologia Fundamental. São Paulo: Escuta, 2002. p. 91.

³²⁵ BERLINCK, op. cit., p. 442.

³²⁶ BAUMAN, Zigmunt. *Modernidade e ambivalência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

da precisão semântica contra a ambivalência, da transparência contra a obscuridade, da clareza contra a confusão.³²⁷

A Psicopatologia Fundamental reconhece que seu trabalho não é objetivar o *pathos*, e sim encontrar uma forma de falar que seja ao mesmo tempo rigorosa e adequada ao estudo de algo que se caracteriza justamente por ser indizível, o que é bem o caso do tema desta pesquisa, a angústia. A consequência direta deste desafio, auto imposto pela Psicopatologia Fundamental, é que a ambiguidade entre angústia e ansiedade deveria ser tolerada e sustentada, pelo menos como ponto de partida “evitando-se certas aporias psicolosantes que tendem a banalizar o debate pela objetivação de uma problemática ligada essencialmente à subjetividade e à singularidade dos modos de significação.”³²⁸

Esta pesquisa partiu da ambiguidade, clínica e teórica, entre angústia e ansiedade, e foi em busca de uma clareza, de uma distinção, que como se vê não se faz de modo completo. Ao que parece, pelo exame dos textos da Psicopatologia Fundamental, é interessante buscar a distinção entre angústia e ansiedade, em especial na clínica, e mais ainda no discurso do paciente, mas do ponto de vista metapsicológico isto não pode ser levado a extremos, pois isto seria artificial e cair-se-ia em um iluminismo exagerado e descabido quando se trata de algo que diz respeito à subjetividade humana. A distinção entre angústia e ansiedade não é precisa, embora possa ser necessária, e também é bom lembrar que a clínica em si não é precisa, talvez a ciência sim, mas não a clínica, já que se refere a um viver que por sua vez também, segundo o poeta, não é preciso.

A distinção-fracas encontrada na Psicopatologia Fundamental não é um acidente, um defeito conceitual, ela é uma posição que busca, como um equilibrista, manter a indeterminação inerente ao campo do angustiante, e ao mesmo tempo preservar a possibilidade de distinção entre estes dois *pathos*. Na vastidão gelada do ártico um esquimó é capaz de enxergar e nomear mais de

³²⁷ BAUMAN, 1999, p. 14.

³²⁸ PEREIRA, 1999, p. 369.

vinte tonalidades diferentes de branco. Também na vastidão do angustiante, sim porque sem dúvida ele é vasto, os clínicos e os pacientes acabam desenvolvendo uma espécie de olho clínico capaz de ver as diferentes formas deste sofrimento. Existe o medo vago e difuso e o medo com objeto específico, existe o medo que vem em ataques repentinos e o medo crônico, e tantos outros, existe até o medo tipo nada, que nem nome tem, nem medo parece ser, mas que angustia, e como. Assim, diante da frase *eu estou angustiado ou eu estou ansioso*, caberia um silêncio estratégico ou mesmo uma pergunta direta tipo *como assim?* que abrisse o espaço e o tempo para o falante embarcar na tentativa de descrever seu *pathos*.

A pesquisa demonstrou que na Psicopatologia Fundamental angústia é a “palavra-mor”, enquanto ansiedade é a “palavra-escassa”, fato ainda mais revelador, quando correlacionado com o fato de que nos escritos de orientação psiquiátrica, dentro e fora da Psicopatologia Fundamental, ocorre justamente o oposto, a “palavra-mor” é a ansiedade e a “palavra-escassa” é angústia. Embora o objetivo da pesquisa não seja fazer uma comparação entre a Psicopatologia Fundamental e a psiquiatria, o caminho percorrido permite, ao menos, um breve comentário.

O que está em jogo é um vasto campo psicopatológico que Freud denomina de campo do angustiante e que a psiquiatria atual denomina de transtornos de ansiedade, mas estes campos não se sobrepõem completamente, não estão psiquiatras e psicanalistas falando da mesma coisa usando nomes diferentes, não mesmo. Os psiquiatras falam de uma vivência, e de um comportamento observável e bastante objetivável do universo do medo; enquanto os psicanalistas falam de um *pathos*, um afeto humano intrínseco, da ordem do sofrimento, e bastante subjetivo. Enquanto no interior da psicanálise não se faz uma distinção forte entre angústia e ansiedade; enquanto no interior da psiquiatria também não se faz uma distinção forte entre angústia e ansiedade; entre as duas disciplinas, psiquiatria e psicanálise, e junto com ela a Psicopatologia Fundamental, a distinção é forte: a psicanálise realça a

subjetividade e a psiquiatria a objetividade, nisto consistindo a maior distância entre as duas. Podem até existir certas pontes ligando as duas visões, mas a questão da subjetividade é de fato o grande abismo entre as duas disciplinas. Pode-se encontrar uma demonstração desta distinção na questão da angústia e da sexualidade. Quando os psicanalistas falam de angústia, eles convocam a sexualidade e os psiquiatras, quando falam de ansiedade, consideram-na como diversa dos problemas sexuais que são estudados e tratados em outro capítulo de suas formulações teóricas e nosográficas.

Esta questão da subjetividade mostrou-se um tema central da Psicopatologia Fundamental. Em busca da distinção entre angústia e ansiedade esta pesquisa acabou “descobrimo” que a Psicopatologia Fundamental, ao invés de ficar discutindo as nuances psicopatológicas entre angústia e ansiedade, dedica-se, isto sim, a enfatizar, realçar e afirmar a presença da subjetividade tanto na angústia quanto na ansiedade. Para a Psicopatologia Fundamental:

O grande debate contemporâneo gira em torno de se a espécie humana é subjetiva ou não é subjetiva, ou seja, se as manifestações da espécie humana se devem a fatores que se pode objetificar, que se pode reduzir a um âmbito exclusivamente objetivo, passível de um conhecimento empírico hipotético-dedutivo.³²⁹

E para finalizar, resta a constatação de que a complexidade do campo do angustiante, com sua irreduzível ambiguidade, nos desafia duplamente: suportar a incerteza e ser eficaz, tanto clínica quanto teoricamente, apesar dela.

³²⁹ Entrevista com Manoel Tosta Berlinck. *Revista de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. IV, n. 1, p. 178, mar. 2002.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, José Newton Garcia. Angústia e cuidado. In: BESSET, Vera Lopes. (Org.). *Angústia*. Biblioteca de Psicopatologia Fundamental. São Paulo: Escuta 2002. p. 117-138.

ASSUMPTÃO JUNIOR, Francisco Batista. Fenomenologia: a visão existencialista. In: FRÁGUAS JUNIOR, R. Meleiro. *Psiquiatria e psicologia no hospital geral: a clínica dos transtornos ansiosos*. São Paulo: Lemos editorial, 1994. p. 17-19.

ATEM, Lou Muniz. Aspectos psicopatológicos da clínica com bebês: a função da pulsão ativa na constituição psíquica precoce em casos de depressão materna. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. VI, n. 3, p. 30-42, set. 2003.

BASTOS, Claudio Lyra. Tempo e psicopatologia cultural das experiências traumáticas. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. XI, n. 2, p. 203, 395-405, jun. 2008.

BASTOS, O. Conferência de abertura da IV Jornada Nordestina de Psiquiatria e Saúde Mental. Salvador, jun. 2008.

BAUMAN, Zigmunt. *Modernidade e ambivalência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

BEARD, George. A Nervosidade americana. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. V, n. 1, mar. 2002.

BERLINCK, Manoel Tosta. *O método clínico – 2*. Disponível em: <<http://www.psicopatologiafundamental.org>>. Acesso em: 20 jan. 2011.

_____. *O método clínico – 3*. Disponível em: <<http://www.psicopatologiafundamental.org>>. Acesso em: 20 jan. 2011.

BERLINCK, Manoel Tosta. *O método clínico – 5*. Disponível em: <<http://www.psicopatologiafundamental.org>>. Acesso em: 20 jan. 2011.

_____. *O método clínico: projeto temático de pesquisa*. 2010. Disponível em: <<http://www.psicopatologiafundamental.org>>. Acesso em: 20 jan. 2011.

_____. O método clínico: fundamento da psicopatologia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. XII, n. 3, p. 441-444, set. 2009.

_____. O método clínico – 1. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. X, n. 3, p. vii-x, jun. 2007.

_____. O método clínico -1. Editorial. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, v. X, n. 3, p. ix, jun. 2007.

_____. Entrevista com Manoel Tosta Berlinck. Entrevista a Mario Eduardo Costa Pereira. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. IV, n. 1, p. 176, 178, mar. 2000.

_____. *Psicopatologia fundamental*. São Paulo: Escuta, 2000.

_____. Editorial. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. I, n. 4, dez. 1998, p. editorial.

_____. O que é Psicopatologia Fundamental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. I, n. 3, p. 46-59, set. 1998.

BERRIOS, German. *Historia de los sintomas de los transtornos mentales*. México: Fondo de Cultura Econômica, 2008.

BESSET, Vera Lopes. *Angústia*. São Paulo: Escuta, 2002.

_____. Latusa. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. III, n. 3, p. 124-126, set. 2000.

BESSET, Vera Lopes. Quem tem medo da angústia? *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. IV, n. 1, p. 11-18, mar. 2001.

BOFF, Leonardo. *Saber e cuidar: ética do humano e compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 2000.

BORELLA, E. Nina e a serotonina. *Boletim Cotidiano em Análise*. Clínica Caetés. n. 1, ago./set. 2002.

BOUTONIER, Juliette. *L'Angoisse*. Paris: Presses Universitaires de France, 1949.

BRASIL, Marco Antonio. In: HETEM, Luiz Alberto; GRAEFF, Frederico. *Transtornos de ansiedade*. São Paulo: Atheneu, 2004. (prefácio)

BRISSAUD, Édouard. Angoisse sans anxiété. *Revue Neurologique*, 1902, t. II, p. 762.

CECCARELLI, Paulo Roberto. A contribuição da Psicopatologia Fundamental para a saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. VI, n. 1, p. 13-25, mar. 2003.

CID 10 – *Classificação dos transtornos mentais e do comportamento*. OMS. Porto Alegre: Artmed, 1992.

COSTA PEREIRA, Mario Eduardo. Formulando uma Psicopatologia fundamental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. I, n. 3, set. 1998.

COTARD, Jules. Do delírio do hipocondríaco em uma forma grave da melancolia ansiosa. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, n. 4, p. 147-177, dez. 1998.

DEAS, D. et al. Marijuana and panic disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2000, 39: 1467.

DEJOURS, Christophe. *O corpo entre a biologia e a psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

DEL PORTO, José Alberto. *Ansiedade e angústia*. Encarte Especial Motivação n. 5. São Paulo: Lemos Editorial, 2002.

DELUMEAU, Jean. *História do medo no Ocidente*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

DSM IV – TR – *Manual de diagnóstico e estatística de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

EDLER, Sandra Paes Barreto. Desejo, remédio contra a angústia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. V, n. 2, p. 44-55, jun. 2002.

Estresse ansiedade e depressão. *Jornal Folha de São Paulo*. Caderno Mais, p. 7, 25 abr. 2010.

FÉDIDA, Pierre. De uma psicopatologia geral a uma psicopatologia fundamental. Nota sobre a noção de paradigma. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. I, n. 3, p. 107. set. 1998.

_____. *Nome, figura e memória*. São Paulo: Escuta, 1992.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e a saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. VII, n. I, p. 75-86, mar. 2004.

FIGUEIREDO, Luís Cláudio. As províncias da angústia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. II, n. 1, p. 50-63, mar. 1999.

FRÁGUAS JR., Renério. *Psiquiatria e psicologia no hospital geral: a clínica dos transtornos ansiosos*. São Paulo: Lemos Editorial. 1994.

FREUD, Sigmund. Apêndice: O termo *Angst* e sua tradução Inglesa. v. III. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986. p. 113.

_____. *Inibição, sintomas e ansiedade* (1926). Obras Completas. v. XX. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro. Imago, 1986.

_____. *A cabeça de medusa* (1922). v. XVIII. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986.

_____. *Além do princípio do prazer* (1920). Obras Completas. v. XVIII. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986.

_____. *Conferências introdutórias sobre psicanálise* (1917). Conferência XXV. A ansiedade. v. XVI. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986.

_____. *Conferências introdutórias à psicanálise* (1916). v. XVIII. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986.

_____. *Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “Neurose de Angústia”* (1895). v. III. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago. 1986.

_____. *Obsessões e fobias* (1895). Obras Completas. v. III. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986.

_____. Rascunho B (1893) *A etiologia das neuroses*. Obras Completas. v. I. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986.

GAMA, Carlos Alberto Pegolo. Agorafobia. Uma tópica evanescente. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. II, n. 2, p. 72-85, jun. 1999.

GAMA, Carlos Alberto Pegolo, BERLINCK, Manoel Tosta. Agorafobia, espaço e subjetividade. In: BESSET, Vera Lopes. (Org.). *Angústia*. Biblioteca de Psicopatologia Fundamental. São Paulo: Escuta, 2002. p. 173-186.

GENTIL, Valentim. *Angústia e ansiedade*. Comunicação oral no XXV Congresso Brasileiro de Psiquiatria, 2008.

GORESTEIN, Clarice. *Escalas de avaliação clínica da psiquiatria e psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos Editorial, 2000.

GUTMAN, Guilherme. Estresse, ansiedade e depressão; não necessariamente nessa ordem. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. XIII, n. 2, p. 361-367, jun. 2010.

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

HEIDEGGER, Martin. Que é isto – a filosofia? (1955). In: *Conferências e escritos filosóficos/Heidegger*. São Paulo: Nova Cultural. 1989. p. 23.

HETEM, Luiz Alberto; GRAEFF, Frederico. *Transtornos de ansiedade*. São Paulo: Atheneu, 2004.

HOLANDA FERREIRA, Aurélio Buarque de. *Novo dicionário Aurélio Século XXI*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2008.

KIERKEGAARD, Soren. *O conceito de angústia*. São Paulo: Hemus, 1989.

LACAN, Jacques. *O Seminário. A angústia*. Livro X. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

LEWIS, Aubrey. Problems presented by the ambiguous word “anxiety” as used in Psychopathology. In: *The Later Paper of Sir Aubrey Lewis*. Oxford: Shepferd (Ed.), Medical Publication (OUP), 1979. p. 72, 87.

LINNEMANN, Kátia. Fobia: um sintoma marcado pelo real. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. IX, n. 1, p. 18-31, mar. 2006.

MAIA, Marisa Scharge. Angústia de vida, angústia de morte: sobre os processos de subjetivação e contemporaneidade. In: BESSET, Vera Lopes. (Org.). *Angústia*. Biblioteca de Psicopatologia Fundamental. São Paulo: Escuta, 2002. p. 91.

MARCHETTI, Renato Luiz. In: FRÁGUAS JR., Renério. *Psiquiatria e psicologia no hospital geral: a clínica dos transtornos ansiosos*. São Paulo: Lemos Editorial, 1994. p. 25-26.

MARTINS, Francisco. O que é o phatos? *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. II, n. 4, p. 62-80, dez. 1999.

MIGUEL, E. et al. Estado atual da clínica psiquiátrica do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. X, n. 1, p. 80-100, mar. 2007.

MINKOWSKI, Eugene. Breves reflexões a respeito do sofrimento. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. III, n. 4, p. 156-164, dez. 2000.

MOURA, Ana. Estudo de caso, construção do caso e ensaio metapsicológico: da clínica psicanalítica à pesquisa psicanalítica. *Pulsional Revista de Psicanálise*, São Paulo, v. XIII, n. 140-141, p. 69-76.

NÚÑEZ, Jose de Jesus Gonzáles et al. Concepto de padres combinados. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. VIII, n. 1, p. 64-72, mar. 2005.

PEREIRA, Mario Eduardo Costa. O conceito de ansiedade. In: HETEM, Luiz Alberto; GRAEFF, Frederico. *Transtornos de ansiedade*. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 3, 11-12, 23.

_____. *Psicopatologia dos ataques de pânico*. São Paulo: Escuta, 2003.

PEREIRA, Mario Eduardo Costa. George Beard: neurastenia, nervosidade e cultura. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. V, n. 1, p. 170-175, mar. 2002.

_____. Sim ou não: a angústia e a voz do outro. In: BESSET, Vera Lopes. (Org.). *Angústia*. Biblioteca de Psicopatologia Fundamental. São Paulo: Escuta 2002. p. 105-116.

_____. Westphal e a descrição da agorafobia. In: BESSET, Vera Lopes. (Org.). *Angústia*. Biblioteca de Psicopatologia Fundamental. São Paulo: Escuta 2002.

_____. *Pânico e desamparo*: um estudo psicanalítico. São Paulo: Escuta, 1999.

_____. *Pânico*: contribuição à psicopatologia dos ataques de pânico. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

PESSOTTI, Isaías. *A loucura e as épocas*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1994.

_____. *Ansiedade*. São Paulo: EPU, 1978.

RAMOS, G. In: *Angústia, Insônia*. 27. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

RIBEIRO, Paulo de Carvalho. Oposição e conflito na metapsicologia da angústia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. IV, n. 1, p. 95-105, mar. 2001.

ROCHA, Zeferino. *Os destinos da angústia na psicanálise freudiana*. São Paulo: Escuta, 2000.

ROLLAND, Jean-Claude. *Curar do mal de amor*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

ROSNAY, Joel. *O macroscópio*. Lisboa: Criativa. 1975.

ROSS, German Arce. La huída en la obra de Mario Vergas Llosa. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, São Paulo, v. II, n. 3, p. 109-123, set. 1999.

SANTOS, Madalena de Castro. Uma importante correlação entre o uso da maconha e os ataques de pânico. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, São Paulo, v. IV, n. 3, p. 178-179, set. 2001.

SANTOS, Tânia Coelho. A angústia e o sintoma na clínica psicanalítica. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, São Paulo, v. IV, n. 1, p. 106-124, mar. 2001.

Transtornos mentais: detecção e prevenção na criança e no adolescente. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, São Paulo, v. VIII, n. 3, p. 95-405, set. 2005.

TSCHIRNER, Sandra C. Que angústia é essa? In: BESSET, Vera Lopes. (Org.). *Angústia*. Biblioteca de Psicopatologia Fundamental. São Paulo: Escuta 2002. p. 53-67.

VIEIRA, Marcus André. Como se ri da angústia. In: BESSET, Vera Lopes. (Org.). *Angústia*. Biblioteca de Psicopatologia Fundamental. São Paulo: Escuta, 2002. p. 71-87, 149-171.

WESTPHAL, Karl. A agorafobia, uma doença neuropática. In: BESSET, V. L. (Org.). *Angústia*. Biblioteca de Psicopatologia Fundamental. São Paulo: Escuta, 2002. p. 149-171.

_____. In: BESSET, Vera Lopes. (Org.). *Angústia*. Biblioteca de Psicopatologia Fundamental. São Paulo: Escuta 2002.

Obras consultadas

BEAUCHESNE, Hervé. *História da Psicopatologia*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

BENTO, Victor Eduardo da Silva. Formulando uma psicopatologia fundamental, justificando-a e ilustrando-a a partir da psicanálise da adolescência de Dora. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. I, n. 4, dez. 1998.

BERLINCK, Manoel Tosta. Saber clínico e saber teórico. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. XII, n. 2, p. 259-262, jun. 2009.

BESSET, Vera Lopes. A clínica da angústia: faces do real. In: _____. (Org.). *Angústia*. Biblioteca de Psicopatologia Fundamental São Paulo: Escuta, 2002.

_____. Sobre a fobia e o pânico: o que pode um analista? *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. IV, n. 1, mar. 2001.

BICALHO, Marcos Romano. O transtorno de pânico visto pelo ângulo da genética. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. V, n. 1, mar. 2002.

BLANCARD-BRIOLE, Marie-Hélène. Uma verdade que não é “eu”. In: BESSET, Vera Lopes. (Org.). *Angústia*. Biblioteca de Psicopatologia Fundamental. São Paulo: Escuta, 2002.

BOTEGA, Neury José. *Prática psiquiátrica no Hospital Geral*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

DEJOURS, Christophe. Entrevista com Cristophe Déjours. Entrevista a Rubens Marcelo Volich. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. IV, n. 3, set. 2001.

DELUMEAU, Jean. *O pecado e o medo*. Bauru: Edusc, 2003.

DUTRA, Maria Cristina Bechelany. As relações entre psicose e periculosidade: contribuições clínicas da concepção psicanalítica da passagem ao ato. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. III, n. 4, dez. 2000.

FÉDIDA, Pierre. Psicopatologia/Metapsicologia. A função dos pontos de vista. São Paulo. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. I, n. 2, p. 22-57, jun. 1998.

_____. Entrevista com Pierre Fédida. Entrevista a Paulo Roberto Cicarelli. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. IV, n. 1, mar. 2001.

FOUCAULT, Michel. *História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 2005.

FREIRE, Joyce Gonçalves. O implacável gene causador da ansiedade e do pânico. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. VI, n. 3, set. 2003.

FREUD, Sigmund. *Análise de uma fobia em um menino de cinco anos* (1909). Obras Completas. v. X. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986.

_____. Rascunho F (1894) *Coleção III*. Obras Completas. v. I. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986.

_____. Rascunho E (1894) *Como se origina a ansiedade*. Obras Completas. v. I. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986.

_____. Rascunho J (1895) *Frau P.J.* Obras Completas. v. I. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986.

_____. *História de uma neurose infantil* (1918). Obras Completas. v. XVII. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986.

FREUD, Sigmund. *Novas conferências introdutórias sobre psicanálise* (1932). Conferência XXXII. Obras Completas. v. XXII. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986.

_____. *Psicanálise silvestre* (1910). Obras Completas. v. XI. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986.

_____. *Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada “Neurose de Angústia”* (1895). Obras Completas. v. III. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986.

_____. *Uma réplica às críticas do meu artigo sobre neurose de angústia* (1895). Obras Completas. v. III. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1986.

GARROTE, Mauricio Silveira. O mito de Ulisses. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. I, n. 3, set. 1998.

GENTIL, Valentim. Crítica à Reforma Psiquiátrica, de sua implantação e de seus fundamentos: os argumentos de Valentim Gentil. Entrevista a Mônica Teixeira. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. VIII, n. 2, jun. 2005.

_____. *Pânico, fobias e obsessões*. São Paulo: Edusp, 1997.

GLASSNER, Barry. *Cultura do medo*. São Paulo: Ed. W11, 1995.

GOODWIN, C. James. *História da psicologia moderna*. São Paulo: Cultrix, 2005.

GRAY, Jeffrey. *A psicologia do medo e do stress*. Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

HOUNIE, Ana et al. Estado atual da clínica psiquiátrica do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. X, n. 1, mar. 2007.

IBOR, J. J. Lopez. *La angústia vital*. Madri: Montalvo, 1950.

KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J. *Compêndio de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed, 1997.

KNAPP, Paulo. *Terapia cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

LAPLANCHE, J. *A angústia*. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

LAW, Stephen. *Filosofia*. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

LEITÃO, May Ferreira Melo. Separação e fragmentação do eu. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. V, n. 4, dez. 2002.

LEITE, Marcio Peter de Souza. *Psicanálise lacaniana*. São Paulo: Iluminuras, 2000.

LOUZÃ NETO, Mario Rodrigues. *Psiquiatria básica*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

MAGALHÃES, Maria Cristina. *Psicofarmacologia e Psicanálise*. São Paulo: Escuta, 2000.

MEZAN, Renato. *Freud: a trama dos conceitos*. São Paulo: Perspectiva, 2006.

MILLER, Jacques-Alain. *Lacan elucidado*. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

MIRANDA, LÍlian. Narrativa de pacientes psicóticos notas para um suporte metodológico de pesquisa. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. XIII, n. 3, p. 441-456, set. 2010.

MIRANDA, Ney Branco. Os caminhos de uma psicopatologia fundamental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. I, n. 4, p. 125-130, dez. 1998.

NOGUEIRA, Analuiza Mendes Pinto. *Angústia e violência: sua incidência na subjetividade*. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. IV, n. 1, mar. 2001.

NOTH, Winfried. *Panorama da semiótica*. São Paulo: Anablume, 1995.

OLIVEIRA, Antonio Bernardes. *A evolução da Medicina*. São Paulo: Pioneira, 1981.

PEREIRA, Mario Eduardo Costa. A dor de não poder morrer. Sobre o “delírio das negações”, de Jules Cotard. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. I, n. 4, p. 147, dez 1998.

PESSOTTI, Isaías. *Os nomes da loucura*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1998.

_____. *O século dos manicômios*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1996.

PISETTA, Maria Angélica Augusto de Melo; BESSET, Vera Lopes. Fobia, angústia e castração. In: BESSET, Vera Lopes. (Org.). *Angústia*. Biblioteca de Psicopatologia Fundamental. São Paulo: Escuta, 2002.

QUINTELLA, Rogério Robbe. Psicossomática: historicidade ou atualidade? *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. VIII, n. 2, jun. 2005.

RAMADAM, Zacharias; ASSUMPÇÃO JR., Francisco. *Psiquiatria – Da magia à evidência?* São Paulo: Manole, 2005.

RIVERA, Tânia; MOTTA, Luciana Almeida. O fascínio do ver e a angústia do olhar: sobre o corpo e a subjetividade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. VIII, n. 4, dez. 2005.

SIGAL, Ana Maria. O arcaico nas patologias contemporâneas. Considerações sobre o pânico. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. IV, n. 4, dez. 2001.

SONENREICH, Carol; ESTEVÃO, Giordano. *O que os psiquiatras fazem*. São Paulo: Lemos, 2007.

STONE, Michael. *A cura da mente*. Porto Alegre: Artmed, 1999.

Um parecer coletivo do INSERM. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. VIII, n. 3, p. 395-405, set. 2005.

VERAS, Marcelo. *Versões do pânico*. In: BESSET, Vera Lopes. (Org.). *Angústia*. Biblioteca de Psicopatologia Fundamental São Paulo: Escuta 2002.

WINFRIED, Wilhem. *Panorama da semiótica*. São Paulo: Dumen, 1995.

ZORZANELLI, Rafaella Teixeira. Hipóteses etiológicas sobre a neurastenia na obra de George Beard e seus contemporâneos europeus. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. XII, n. 3, set. 2009.

APÊNDICE – Textos da Psicopatologia Fundamental relacionados à angústia e à ansiedade

1- Agorafobia, espaço e subjetividade

Carlos Alberto Pegolo da Gama e Manoel Tosta Berlicnk

In: Angústia. Vera Lopes Besset. (Org.). Biblioteca de Psicopatologia Fundamental. São Paulo: Escuta 2002. p. 173-186.

2- A agorafobia, uma doença neuropática

Karl Westphal

In: Angústia. Vera Lopes Besset. (Org.). Biblioteca de Psicopatologia Fundamental. São Paulo: Escuta, 2002. p. 149-171.

3- A angústia e o sintoma na clínica psicanalítica

Tânia de Coelho Santos

RLPF, v. IV, n. 1, p. 106-124, mar. 2001.

4- A clínica da angústia: faces do real

Vera Lopes Besset

In: Angústia. Vera Lopes Besset. (Org.). Biblioteca de Psicopatologia Fundamental. São Paulo: Escuta, 2002. p. 16-29.

5- A dor de não poder morrer. Sobre o “delírio das negações”, de Jules Cotard

Mario Eduardo Costa Pereira

RLPF, v. I, n. 4, p. 147-177, dez. 1998.

6- A nervosidade americana

George Beard

RLPF, v. V, n. 1, p. 176-185, mar. 2002.

7- Angústia de vida, angústia de morte: sobre os processos de subjetivação e contemporaneidade

Marisa SchargelMaia

In: Angústia. Vera Lopes Besset. (Org.). Biblioteca de Psicopatologia

Fundamental. São Paulo: Escuta, 2002. p 89-103.

8- Agorafobia. Uma tópica evanescente

Carlos Alberto Pegolo da Gama

RLPF, v. II, n. 2, p. 72-85, jun. 1999.

9- Angústia e cidade

José Newton Garcia de Araújo

In: Angústia. Vera Lopes Besset. (Org.). Biblioteca de Psicopatologia

Fundamental. São Paulo: Escuta 2002, p. 117-138.

10- Angústia e violência: sua incidência na subjetividade

Analuiza Mendes Pinto Nogueira

RLPF, v. IV, n. 1, p. 76-85, mar. 2001.

11- As províncias da angústia

Luiz Cláudio Figueiredo

RLPF, v. II, n. 1, mar. 1999.

12- As relações entre psicose e periculosidade: contribuições clínicas da concepção psicanalítica da passagem ao ato

Maria Cristina Bechelany Dutra

RLPF, v. III, n. 4, p. 48-58, dez. 2000.

13- Associação de tratamentos psicológicos e psicofármacos no tratamento a longo prazo dos transtornos ansiosos

British Journal of Psychiatry

RLPF, v. II, n. 3, set. 1999.

14- Aspectos psicopatológicos da clínica com bebês: a função da pulsão ativa na constituição psíquica precoce em casos de depressão materna

Lou Muniz Atem

RLPF, v. VI, n. 3, p. 30-42, set. 2003.

15- Breves reflexões a respeito do sofrimento

Eugène Minkowski

RLPF, v. III, n. 4, p. 156-164, dez. 2000.

16- Como se ri da angústia

Marcus André Vieira

In: Angústia. Vera Lopes Besset. (Org.). Biblioteca de Psicopatologia Fundamental. São Paulo: Escuta, 2002. p. 72-87.

17- Concepto de padres combinados

José de Jesús Gonzáles Núñez, Joseph Simo, Carmen gamietea, Carlos Caudillo, Susana Zarco

RLPF, v. VIII, n. 1, p. 64-72, mar. 2005.

18- Crítica à Reforma Psiquiátrica, de sua implantação e de seus fundamentos:
os argumentos de Valentim Gentil

Entrevista a Mônica Teixeira

RLPF, v. VIII, n. 2, p. 322-345, jun. 2005.

19- Desejo, remédio contra a angústia

Sandra Paes Barreto Edler

RLPF, v. V, n. 2, p. 44-55, jun. 2002.

20- Do delírio das negações

Jules Cotard

RLPF, v. I, n. 4, p. 147-177, dez. 1998.

21- Do delírio do hipocondríaco em uma forma grave de melancolia ansiosa

Jules Cotard

RLPF, v. I, n. 4, p. 147-177, dez. 1998.

22- Entrevista com Cristophe Déjours

Entrevista a Rubens Marcelo Volich

RLPF, v. IV, n. 3, p. 158-163, set. 2001.

23- Entrevista com Manoel Tosta Berlinck

Entrevista a Mario Eduardo Costa Pereira

RLPF, v. IV, n. 1, p. 175-181, mar. 2001.

24- Entrevista com Pierre Fedida

Entrevista a Paulo Roberto Cicarelli

RLPF, v. IV, n. 1, p. 168-174, mar. 2001.

25- Estado atual da clínica psiquiátrica do transtorno obsessivo-compulsivo

Ana G. Hounie, Aline S. Sampaio, Igor Ferrão, Maria conceição do Rosário-

Campos, Raquel Chilvaquer, Maria eugenia de Mathis, Antonio Carlos Lopes,

Maria Alice de Mathis, Cristina Hajaj Gonzáles, Anita Taub, Marcos Salem

Vasconcelos, André A. A. Seixas, Antonio Reis de Sá Junior, Eurípedes Miguel

RLPF, v. X, n. 1, p. 80-100, mar. 2007.

27- Estresse, ansiedade e depressão; não necessariamente nessa ordem

Guilherme Gutman

RLPF, v. XIII, n. 2, p. 361-367, jun. 2010.

28- Fobia, angústia e castração

Maria Angélica augusto de Melo Pissetta e Vera Lopes Besset

In: Angústia. Vera Lopes Besset. (Org.). Biblioteca de Psicopatologia

Fundamental. São Paulo: Escuta, 2002. p. 187-198.

29- Fobia: um sintoma marcado pelo real

Katjs Linnemann

RLPF, v. IX, n. 1, p. 18-31, mar. 2006.

30- George Beard: neurastenia, nervosidade e cultura

Mario Eduardo Costa Pereira

RLPF, v. V, n. 1, p. 170-175, mar. 2002.

31- Hipóteses etiológicas sobre a neurastenia na obra de George Beard e seus contemporâneos europeus

Rafaela Teixeira Zorzanelli

RLPF, v. XII, n. 3, p. 512-523, set. 2009.

32- La huída en la obra de Mario Vergas Llosa

German Arce Ross

RLPF, v. II, n. 3, p. 109-123, set. 1999.

33- Latusa

Vera Lopes Besset

RLPF, v. III, n. 3, p. 124-126, set. 2000.

34- O arcaico nas patologias contemporâneas. Considerações sobre o pânico

Ana Maria Sigal

RLPF, v. IV, n. 4, p. 112-118, dez. 1001.

35- O fascínio do ver e a angústia do olhar: sobre o corpo e a subjetividade

Luciana Almeida Motta e Tânia Rivera

RLPF, v. VIII, n. 4, p. 665-678, dez. 2005.

36- O implacável gene causador da ansiedade e do pânico

Joyce M. Gonçalves Freire

RLPF, v. VI, n. 3, p. 183-185, set. 2003.

37- O mito de Ulisses

Maurício Silveira Garrote

RLPF, v. I, n. 3, set. 1998.

38- Os destinos da angústia na psicanálise freudiana

Zeferino Rocha

Biblioteca de Psicopatologia Fundamental. São Paulo: Escuta, 2000.

39- O transtorno de pânico visto pelo ângulo da genética

Marcos Romano Bicalho

RLPF, v. V, n. 1, p. 186-188, mar. 2002.

40- Oposição e conflito na metapsicologia da angústia

Paulo de Carvalho Ribeiro

RLPF, v. IV, n. 1, p. 94-105, mar. 2001.

41- Pânico e desamparo

Mario Eduardo Costa Pereira

Biblioteca de Psicopatologia Fundamental. São Paulo: Escuta, 1999.

42- Psicopatologia dos ataques de pânico

Mario Eduardo Costa Pereira

Biblioteca de Psicopatologia Fundamental. São Paulo: Escuta, 2003.

43- Psicossomática: historicidade ou atualidade?

Rogério Robbe Quintella

RLPF, v. VIII, n. 2, p. 274-288, jun. 2005.

44- Que angústia é essa?

Sandra C. Tschirner

In: Angústia. Vera Lopes Besset. (Org.). Biblioteca de Psicopatologia Fundamental. São Paulo: Escuta 2002, p. 53-67.

45- Quem tem medo da angústia?

Vera Lopes Besset

RLPF, v. IV, n. 1, p. 11-18, mar. 2001.

46- Sim ou não: a angústia e a voz do outro

Mario Eduardo Costa Pereira

In: Angústia. Vera Lopes Besset. (Org.). Biblioteca de Psicopatologia Fundamental. São Paulo: Escuta, 2002. p. 105-116.

47- Separação e fragmentação do eu

May G. Ferreira de Melo Leitão

RLPF, v. V, n. 4, p. 175-176, dez. 2002.

48- Sobre a fobia e o pânico: o que pode um analista?

Vera Lopes Besset

RLPF, v. IV, n. 1, p. 19-26, mar. 2001.

49- Tempo e psicopatologia cultural das experiências traumáticas

Cláudio Lyra Bastos

RLPF, v. XI, n. 2, p. 195-207, jun. 2008.

50- Transtornos mentais: detecção e prevenção na criança e no adolescente

Um parecer coletivo do INSERM

RLPF, v. VIII, n. 3, p. 395-405, set. 2005.

51- Uma importante correlação entre o uso da maconha e os ataques de pânico

Madalena de Castro Santos

RLPF, v. IV, n. 3, p. 178-184, set. 2001.

52- Uma verdade que não é “eu”

Marie-hélène blancard-Briole

In: Angústia. Vera Lopes Besset. (Org.). Biblioteca de Psicopatologia

Fundamental. São Paulo: Escuta, 2002. p. 31-36.

53- Versões do pânico

Marcelo Veras

In: Angústia. Vera Lopes Besset. (Org.). Biblioteca de Psicopatologia Fundamental. São Paulo: Escuta, 2002. p. 199-207.

55- Westphal e a descrição da agorafobia

Mario Eduardo Costa Pereira

In: Angústia. Vera Lopes Besset. (Org.). Biblioteca de Psicopatologia Fundamental. São Paulo: Escuta, 2002.