

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Adriana de Camargo Andrade Omati

Constituição e Angústia – Um olhar a partir da Psicopatologia Fundamental

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SÃO PAULO

2014

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP

Adriana de Camargo Andrade Omati

Constituição e Angústia – Um olhar a partir da 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. Dr. Manoel Tosta Berlinck

SÃO PAULO

2014

BANCA EXAMINADORA

A Bruno, pelo amor enriquecedor e criativo que tenho a alegria de ter encontrado.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof Dr Manoel Tosta Berlinck, pela orientação atenciosa e conhecimento generoso dos quais me beneficieei imensamente ao longo deste processo de formação.

A Ana Cecilia Magtaz, pelo apoio e carinho constantes que tornaram este processo possível.

A Silvana Rabello, pelos comentários transformadores e leitura atenta na Banca de Qualificação que em muito ajudaram a moldar este texto.

Aos amigos David Florsheim, Aline Garjaka, Francisco Garzon, Vivian Reis, Sara Alonso e Tomas Bonomi que contribuíram com discussões teóricas e com alegrias práticas.

Aos meus pais, Alfredo e Cibele Omati, pelo apoio, amor e compreensão incondicionais.

As minhas supervisoras, Bruneide Padilha e Maria Cecilia Galletti, pelo cuidado amoroso e contribuições clínicas brilhantes.

Aos membros do Laboratório de Psicopatologia Fundamental da PUC-SP, pelas contribuições e comentários à pesquisa.

A Ana, que, anos depois, continua a me ensinar sobre a clínica.

RESUMO

OMATI, Adriana de Camargo Andrade. *Constituição e Angústia: um olhar a partir da Psicopatologia Fundamental*. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica).

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

A presente dissertação de mestrado pretende aprofundar a discussão acerca do afeto angústia e sua relação com a constituição do humano e do eu. Segundo a posição da Psicopatologia Fundamental, a angústia não se encerra necessariamente em Patologia, e é uma das primeiras saídas criativas do humano diante da crise enfrentada no Mito da Catástrofe Glacial sendo, portanto, uma das primeiras defesas do psiquismo. Esta pesquisa foi motivada a partir da experiência clínica de um acompanhamento terapêutico de uma jovem mulher, que estava na ocasião encerrada em casa por medo de sofrer uma crise de angústia na rua. Esta paciente, a quem foi dado o diagnóstico de transtorno do pânico, tinha como grande fonte de sofrimento a circulação no mundo externo, mas também em seu mundo interno, sendo muito difícil para a acompanhante ter outra função que não de presença concreta contra a angústia. Para que se possa entender porque a angústia neste caso pode carregar pouca potência criativa para a transformação a partir de *pathos*, buscou-se referências teóricas da Psicologia, Psicanálise, Psiquiatria e Filosofia procurando manter discurso plural característico da Psicopatologia Fundamental para discutir as possíveis relações entre angústia e constituição.

Palavras Chave: Psicopatologia Fundamental, Angústia, Constituição, Crise.

ABSTRACT

OMATI, Adriana de Camargo Andrade. *Constituição e Angústia: um olhar a partir da Psicopatologia Fundamental*. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica).

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

The present master's degree dissertation intends to deepen the discussion about anxiety and its relation to the constitution of human and the I. In accordance with the Fundamental Psychopathology position, anxiety does not necessarily encapsulates itself in the realms of Pathology, and is one of the first creative outlets created by humans when faced with the crisis of the Myth of the Glacial Catastrophe, being, therefore, one of the first defenses of the psychism. This research was motivated by the clinical experience of a therapeutic accompaniment of a young woman, who was at the time confined to her house because of her fear of leaving the house and suffering from an anxiety attack of the street. This patient, who had been given a panic disorder diagnosis suffered tremendously when confronted with the idea of circulating on the outside world and also on her internal world, making it very difficult for the accompaniment to have any other function other than that of a physical and concrete presence to fend off anxiety. So that one could understand why anxiety in the particular case carried such little creative potency for the transformation of *pathos*, references were searched in Psychology, Psychoanalysis, Psychiatry and Philosophy, in order to maintain a plural discourse following the Fundamental Psychopathology tradition to discuss the possible relations between anxiety and constitution.

Key Words: Fundamental Psychopathology, Anxiety, Constitution, Crisis

ÍNDICE

Introdução.....	9
I. Sobre o Método.....	18
1.1 – A Psicopatologia Fundamental.....	18
1.2 - O sujeito da Psicopatologia Fundamental: <i>pathos</i> e aparelho psíquico.....	20
1.2 – A pesquisa a partir do método clínico.....	23
II – Caso Clínico.....	28
2.1 Considerações preliminares sobre o caso clínico.....	36
III – Angústia e Constituição.....	40
3.1 Angústia e Psicopatologia.....	44
3.2 Freud e as teorias psicanalíticas da Angústia.....	47
3.3 Nascimento e estágio do espelho: marcas da angústia no Eu.....	52
3.4. Angustia (d)e Castração.....	61
IV – Da constituição.....	66
4.1 – Narcisismo Primitivo e a Constituição do Eu.....	66
4. 2 - Mundo externo e interno: o conceito de representação em Freud.....	73
4. 3 - Representação da Ausência.....	81
4.4 – O lugar da Crise.....	92
Considerações Finais.....	98
REFERÊNCIAS.....	104

Introdução

*Por muito tempo achei que a ausência é falta.
E lastimava, ignorante, a falta.
Hoje não a lastimo.
Não há falta na ausência.
A ausência é um estar em mim.
sinto-a, branca, tão pegada, aconchegada nos meus
[braços,
que rio e danço e invento exclamações alegres,
porque a ausência, essa ausência assimilada,
ninguém a rouba mais de mim.*

Carlos Drummond de Andrade

A presente pesquisa teve por origem a situação de acompanhamento terapêutico de uma paciente por um ano e meio, que na ocasião estava confinada à sua casa por medo de sair e sofrer uma crise de angústia na rua. Esta paciente, a quem aqui chamaremos de Ana, sofria destas crises de maneira freqüente e lhe renderam um diagnóstico psiquiátrico de transtorno do pânico. Era cada vez mais penoso para Ana conseguir sair ao mundo desacompanhada. Suas saídas eram necessariamente acompanhadas pela mãe, e depois do início de nosso contrato, tornou-se necessário minha presença.

Mais além da sua retirada do mundo, chamava-nos a atenção esta necessidade por muitas vezes autoritária da presença do outro, para servir de escudo contra a angústia. Por vezes a única função demandada da paciente era que a acompanhante fosse carregada como o rivotril que levava na bolsa: um corpo externo que serviria para apaziguar seu insuportável sofrimento.

Ana fora diagnosticada com transtorno do pânico por um psiquiatra que a acompanhava esporadicamente. Para ela, foi um momento de alívio finalmente poder contar com o diagnóstico explicativo que dava a medida e a forma de seu sofrimento.

O chamado transtorno do pânico foi incluído no Manual de Diagnóstico e de estatística da Associação Psiquiátrica Americana em sua terceira edição (DSM-III), no ano de 1980. Ela transforma e circunscreve as noções atuais sobre os estados de angústia a partir deste evento, sendo inclusive considerada uma “nova doença”.

Segundo Pereira (2008) esta inclusão delimitou “por um ato de nomeação, um fenômeno que há muito aparecia como preocupação recorrente entre os autores mais reputados no campo da psicopatologia sem, no entanto, ter sido constituído em objeto teórico formalmente definido até então” (p. 29).

Antes da inclusão do transtorno do pânico no DSM-III, a psiquiatria partilhava com a psicanálise a categoria nosológica de “neurose de angústia” ou “neurose de ansiedade”, descrita por Freud em 1895, quando pesquisava as neuroses atuais. Já nesta época Freud descreve a sintomatologia desta categoria psicopatológica de maneira muito similar à sintomatologia do transtorno do pânico proposto pela Associação Psiquiátrica Americana responsável pelo DSM.

O DSM-III dividiu a neurose de angústia ou distúrbios da angústia entre transtorno do pânico (angústia aguda) e distúrbio de angústia generalizada. Também dividiu as neuroses fóbicas em fobia simples, fobia social e agorafobia (com ou sem ataque de pânico). Na edição revista do DSM, DSM-III-R (1987), a agorafobia não aparece mais como uma categoria isolada, mas como consequência do transtorno do pânico, listada em transtorno do pânico com ou sem agorafobia. O critério diagnóstico para transtorno do pânico foi simplificado: o que se fazia necessário para o diagnóstico tornou-se uma crise de pânico com repercussão fóbica durante um mês. Ou seja, uma

importância maior foi dada às consequências fóbicas da crise de pânico e não mais apenas aos sintomas físicos da crise.

Berrios (1996) entende que os sintomas individuais inclusos dentro dos chamados “distúrbios de ansiedade” não podem ser considerados novos. Para o psiquiatra, eles são conhecidos desde tempos imemoriais, sendo a única diferença o modo de disseminação. Durante o século XVIII, estes mesmos sintomas eram considerados como doenças específicas, ou menos frequentemente, inclusos em outras doenças.

A novidade trazida pelos anos 1980 foi, para o autor, ter agregado estes sintomas que antes eram considerados independentes em entidades clínicas. A noção de que estes sintomas podem ser a manifestação de um constructo unitário chamado angústia também é nova, e não é possível encontra-la antes da psiquiatria pré-freudiana (Berrios, 1996).

O que diferiria o transtorno do pânico do distúrbio da ansiedade é que este último apresenta sintomas mais difusos, enquanto que o transtorno do pânico seria paroxísmico. Ainda, o que diferencia o pânico é a qualidade espontânea das crises, enquanto que se possuidores de um disparador externo, caracteriza-se então uma fobia.

Berrios (1996) afirma que o atual (e *fashionable*) ponto de vista de que as crises de angústia constituem uma doença separada é muito novo. Desde 1900 estas crises são consideradas parte da neurose de angústia e antes deste período associadas com a neurastenia e antes mesmo disto, consideradas como distúrbios cardiovasculares e de alterações de canal da orelha.

Esta criação de uma nova doença teve forte repercussão sobre concepções contemporâneas sobre as patologias da angústia, inclusive as concepções leigas. Comumente a origem disseminada pela mídia da nova descoberta psicopatológica foi

relacionada à disfunção dos neurotransmissores, e conseqüentemente, curável com drogas psiquiátricas específicas. O transtorno do pânico constituiria, portanto, a parte sintomática e visível de uma alteração neurocerebral com possíveis determinações genéticas.

Desta forma, por certo tempo, considerou-se na medicina que o tratamento psicológico destinado a qualquer paciente acometido por esta doença biológica teria uma função de “apoio”, uma vez que as origens orgânicas da síndrome do pânico pouco teriam a ver com qualquer necessidade de escuta (Pereira, 2008).

É importante notar que desde a criação desta nova categoria, muitas mudanças ocorreram na maneira de pensar-se o tratamento do transtorno do pânico e das neuroses de angústia na medicina. Pensa-se hoje em tratamentos medicamentosos em conjunto com atendimento psicoterapêutico como evidenciam diversos autores na literatura (Berrios, 1996, Milrod, 2007, Sanchez-Meca, 2009, & Pereira, 2008).

Em relação a esta nova doença, afirma Fédida (2008):

Bem digno de nota é que a psiquiatria (sobretudo norte-americana) tenha encontrado, para erigir numa verdadeira síndrome, uma crise de angústia aguda onde sobrevém a ameaça psíquica fisicamente tão presente do aniquilamento por uma massa que não se pode nomear... Em todo caso, é claro que a expressão ‘ataque de pânico’ pretende significar do modo mais simples uma condição extrema do homem de pronto submetido à sua experiência mais nua- em suma, laçado à sua própria existência que ele desconhecia ao acreditar viver sua vida. O transbordamento do ataque de pânico é do sobressalto do menos pensamento, da menor palavra que torne o cotidiano habitável. Talvez a psiquiatria esteja aqui se adiantando ao simplificar nesse ponto a definição de um ser-aí (dasein): é um ataque de pânico. (pp. 11-12)

Infere-se, portanto, que a angústia que é patologizada no transtorno do pânico contém em si alguma dimensão da “experiência nua” do humano. Concorde-se aqui

com Fédida (2008) quando este autor afirma que patologizar e encerrar a angústia em uma síndrome é simplificar demais a relação do aparelho psíquico com este afeto.

Paralelamente Besset (2002), de acordo com Lacan (2001), afirma que a relação do clínico não deve afastar-se da especial escuta da angústia, uma vez que esta é portadora de um lugar privilegiado na escuta do analista:

É pela instigação que nos vem da observação no contemporâneo, da tentativa de apaziguamento da angústia, que podemos reconhecer a tentativa de apaziguamento epicurista [a evitação da angústia com a finalidade da adaptação do homem ao cosmos] da qual nos fala Lacan. Sobretudo com a utilização dos medicamentos, cada vez mais eficazes em calar a angústia, deixando muitas vezes em seu lugar a depressão. Mas quando a angústia se cala, que lugar fica para o analista? (Besset, 2002)

Pretendemos, nesta dissertação, poder levantar novas possibilidades de olhar sobre a questão da angústia, tema bastante em voga cujo ápice de interesse contemporâneo pode ser traçado a partir da recente criação da nova doença do transtorno do pânico. O que se visa nesta pesquisa é afastar-se da classificação da experiência clínica de acordo com um diagnóstico nosográfico específico. Pretende-se desta forma, evitar encerrar a discussão clínica a partir de uma classificação que reduza tanto a paciente quanto o acompanhamento realizado a um modelo explicativo e fechado em si mesmo.

Alinhamo-nos aqui com Ceccarelli (2005) quando este afirma que com o DSM:

Tentou-se criar uma nomenclatura única que forneça uma linguagem comum a pesquisadores e clínicos de diferentes orientações teóricas, uma abordagem feita unicamente a partir da observação direta dos fenômenos em questão; um sistema de classificação independente de qualquer apriorismo teórico. Isso significa deixar de lado os problemas etiológicos e centrar-se na nosografia. A grande crítica que se faz a esta abordagem é o fato de 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. (p. 473)

Desta forma, procuraremos enfocar em nossa pesquisa acerca do enigma deixado de herança da situação clínica não uma “classificação empiropragmática das entidades nosográficas” (Ceccarelli, 2005. p. 473) que se encaixaria no caso, mas buscarmos, a partir de *pathos*, transformar a experiência clínica em aprofundamento e transformação, ou seja, "algo que alarga ou enriquece o pensamento" (Berlinck, 1998, p. 54).

Encontramos em Ana uma grande tendência para o fechamento de si em quatro paredes, e procuraremos evitar usar um critério diagnóstico que tenha a mesma função de tamponamento, neste último caso, para garantir a defesa da angústia do clínico. Propõe-se dar lugar às angústias trazidas a partir desta experiência clínica uma vez que é na escuta de *pathos* que se pode fazer transformação enriquecedora. Não se pretende classificar o sofrimento, mas sim poder dar lugar na escrita para ele, pois só assim poderá aparecer a clínica.

Para a Psicopatologia Fundamental, de acordo com a linha psicanalítica de Freud, o psiquismo é concebido como uma organização desenvolvida a partir da necessidade de defesa do ser humano contra ataques de origens internas e externas; pode-se considerá-lo, portanto, parte do sistema imunológico, que, como seu correlato, pode falhar diante de ataques excessivamente fortes ou para os quais não está preparado levando ao adoecimento. Ceccarelli (2005) ressalta as origens mitológicas e patológicas da origem do aparelho psíquico:

Uma defesa contra o excesso; uma resposta à violência à qual o ser humano se viu exposto quando das mudanças provocadas por uma catástrofe ecológica de proporções avassaladoras: a perda do Éden. Para enfrentar o excesso sem adoecer - as transformações do meio ambiente (excesso externo) e as demandas pulsionais que não podiam ser satisfeitas (excesso interno) -, foram necessárias profundas reorganizações

psíquicas. Esse longo processo, a História da Humanidade (filogênese) é repetida por cada ser humano (ontogênese)... O ser humano traz um sofrimento psíquico, geneticamente herdado, causado pelo excesso. Freud resgata a noção grega de *pathos* colocando-a como ingrediente central da essência do humano, de tal forma que a particularidade da organização psíquica de cada um deve ser compreendida como uma criação singular e única para garantir a sobrevivência da espécie. (p. 475)

Desta forma pode-se entender que o excesso de *pathos* não é apenas fonte de dor, mas também criador da subjetividade do homem, a partir da catástrofe. Afirma Berlinck (2000):

A catástrofe é vivida como um conflito entre a vida e a morte, e a sexualidade encontra-se no epicentro desse conflito. A depressão, a dor e a angústia são, por sua vez, invenções do humano, ou seja, o corpo freudiano contém na sua própria concepção, a inventividade, a criação. (p. 68)

O que podemos ressaltar como enigma principal deixado de herança da experiência clínica diz respeito a uma indagação sobre o que na constituição de Ana transformou sua angústia apenas em afeto paralisante, onde não havia possibilidade de lugar enriquecedor e criativo possível sobre sua experiência.

Muitas vezes, o lugar reservado à acompanhante não era enquanto clínica produtora de discurso a partir de *pathos*, mas de aparato contra a angústia sobre a qual não havia possibilidade de enriquecimento possível. Nossa hipótese é que devemos nos voltar para a constituição do eu para esclarecer esta questão enigmática levantada. Afirma Berlinck (2000):

É a perda de contato com o objeto primitivo, causada por uma catástrofe, que irá causar a depressão, a dor e a angústia. Essa catástrofe inicial, poderíamos mesmo dizer fundamental, produz naquilo que é sua mais intensa atualidade, a dor. Esta por sua vez, colabora, por meio da fuga que incita, com a perda de contato com o objeto primitivo.

Duas manifestações ocorrem, então: 1) o narcisismo primitivo que implica um retorno do investimento objetal para o próprio corpo e na correspondente identificação com o objeto e 2) a depressão que comemora a perda de contato com o objeto primitivo. A angústia é sensação que se manifesta depois, já que depende da situação catastrófica, ou seja, a angústia supõe um conhecimento a respeito da repetição da catástrofe que inaugura a experiência do futuro humano. (p. 69)

Desta maneira pretendemos investigar a angústia paralisadora de Ana para que se possa abrir movimento e sentidos na experiência clínica. Oferecemos que aqui se possa revelar algo não apenas sobre a paciente em questão, mas também sobre o processo de constituição do humano em si a partir do afeto angústia, graças à narrativa clínica.

No primeiro capítulo pretendemos apresentar o método de pesquisa adotado, bem como apresentar a Psicopatologia Fundamental, posição a partir da qual faremos nossa pesquisa. Para isto, faz-se necessário apresentar a história que a compõe, evidenciando a tradição na qual esta pesquisa se insere. Pretende-se também dar enfoque à pesquisa a partir do método clínico.

Julgamos este um recorte importante dentro do método uma vez que o caso clínico - base do método clínico e seu objeto de investigação por excelência – foi não apenas o ponto de partida de nossa pesquisa, mas a referência maior em todos os momentos de investigação teórica. Entendemos que a articulação da prática com a teoria seja nosso enfoque nesta dissertação, motivo pelo qual também entendemos ser necessário ressaltar dentro do capítulo sobre o método e sua importância.

No segundo capítulo discorreremos de maneira mais detalhada a experiência de atendimento. Procurou-se não fazer uma anamnese sobre o caso; o enfoque não foi somente em aspectos que caracterizam o sofrimento e o *pathos* de Ana, mas também o campo transferencial vivido por ambas. Optou-se por não fazer uma discussão separada

sobre o caso clínico, ou seja, dedicar-se depois da apresentação da teoria a discutir o caso clínico. Pretendemos apresentar nossas considerações ao longo dos capítulos teóricos, amarrando-os com o caso ao longo da pesquisa feita na literatura .

O terceiro capítulo ocupa-se do tema da angústia, focalizando especialmente na relação do afeto com a constituição do aparelho psíquico nos referenciais da Psicopatologia Fundamental e da Psicanálise. Julgamos ser necessário um breve recorte sobre a evolução da teoria da angústia em Freud, para que depois pudéssemos apresentar nossas ideias acerca da relação desta com a constituição e a Psicopatologia. Para tanto se utiliza dos conceitos de estágio do espelho e angústia de castração para melhor delimitarmos a questão clínica levantada.

No quarto capítulo procurou-se discutir a constituição de maneira mais detalhada. Pretendemos aqui através dos conceitos de narcisismo primitivo, representação e representação da ausência levantar e articular idéias de autores como Hilferding e Fédida para que pudéssemos pensar não somente a constituição do aparelho psíquico, mas também como estas questões tornaram-se aparentes e marcantes no campo transferencial que atravessou o acompanhamento terapêutico. É também neste capítulo que pretendemos tratar das crises de Ana a partir dos referenciais da Filosofia, Psicopatologia Fundamental e Psicanálise.

Na conclusão pretendemos levantar os principais aspectos metapsicológicos pesquisados para que se possa pensar a importância e contribuição da experiência de atendimento para a clínica em geral.

I. Sobre o Método

1.1 – A Psicopatologia Fundamental

A Psicopatologia Fundamental surge na Université de Paris 7 – Denis Diderot, e é sucedida pela criação do Laboratoire de Psychopathologie Fondamentale et Psychanalyse. O termo, cunhado pelo Professor Doutor Pierre Fédida, marca uma diferenciação da Psicopatologia Geral de Jaspers (1956). Esta última - muito valorizada pela Psicopatologia Fundamental - tem o objetivo de abordar de maneira universal e objetiva a doença mental através da descrição sistemática dos sintomas, como explicita Fédida (1998):

Poder-se-ia ver em Jaspers uma verdadeira obstinação em manter a relação de compreensão unicamente ao nível do discernimento crítico e clínico da consciência sistemática, principalmente em oposição a Freud, a quem Jaspers reprova a introdução causal de relações pseudocompreensivas – o inconsciente. (p. 107)

Já a Psicopatologia Fundamental busca considerar os aspectos da vivência do sofrimento psíquico expressado pelo sujeito do *pathos* (Berlinck, 2000). Desta maneira:

A Psicopatologia Fundamental, não dispensando os saberes adquiridos nem pela Psicopatologia Geral, nem por outros saberes que contribuem para a compreensão do sofrimento psíquico - a filosofia, a psicologia, a psicanálise, a literatura, as artes, o jornalismo etc - não está tão interessada na descrição e classificação da doença mental como no que é vivido e expressado pelo paciente, pois baseia-se no pressuposto de que o *pathos* manifesta uma subjetividade que é capaz, através da narrativa, do relato, do discurso, da expressão em palavras, de transformar a paixão e o assujeitamento numa experiência servindo para a existência do próprio sujeito e, quem sabe, à medida que for compartilhada, para outros sujeitos. (p. 1)

A disseminação e compartilhamento do conhecimento e narrativa sobre o *pathos* humano de que fala Berlinck são intrínsecos a Psicopatologia Fundamental. Em 1995 é criado o Laboratório de Psicopatologia Fundamental do Núcleo de Psicanálise do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUC-SP, que conjuntamente com a constituição da Rede Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental em 1996, inicia a propagação deste saber no Brasil.

A Psicopatologia Fundamental, para Berlinck (2000), ocupa uma posição específica na polis, a posição clínica. É a partir dela que se dá a escuta do discurso do paciente acerca de seu próprio *pathos*, e, portanto, de sua subjetividade e singularidade. Contudo, apesar de sua especificidade clínica, o psicopatólogo fundamental deve dialogar com outros saberes para que se estabeleça um campo interdisciplinar.

Assim, para a Psicopatologia Fundamental, sabendo que não se sabe tudo acerca do sofrimento psíquico, faz-se necessário um diálogo plural sobre o caráter subjetivo do *pathos*, que contenha diferentes visões e discursos. Desta maneira, a Psicopatologia Fundamental parte do pressuposto que não é possível esgotar a experiência do *pathos* com conhecimentos especializados. Nas palavras de Fédida (1998):

Seria, então, conveniente pensar o projeto de uma psicopatologia fundamental como um projeto de natureza intercientífica, em que a epistemologia comparativa dos modelos e de seu funcionamento teórico-clínico desempenharia o papel determinante de uma consciência de seu limite de operatividade e de sua aptidão a transformarem-se uns aos outros. Caso em que, o fundamental seria aqui um ideal de comunicação mais do que o objeto de uma esperança da ciência unificada. (p. 115)

Portanto, de acordo com o que propõe Fédida, o que aqui se pretende escolhendo um caso para discussão e pesquisa, não é esgotá-lo teoricamente, mas a partir de

referenciais teóricos intercientíficos abrir sentidos e construir diálogo. Pretende-se nesta dissertação ampliar a discussão teórica sobre os enigmas herdeiros da experiência clínica para que se possa acrescentar e ampliar o discurso sobre a Psicopatologia..

1.2 - O sujeito da Psicopatologia Fundamental: *pathos* e aparelho psíquico

É importante ressaltar que o discurso sobre *pathos* para a Psicopatologia Fundamental é o que constitui a Psicopatologia; a paixão que se manifesta no psiquismo e que origina o discurso sobre o sofrimento psíquico. *Pathos* é inerente ao humano, e este humano coincide e é constituído por este. Para Berlinck (2000):

O *pathos* é sempre provocado pela presença ou imagem de algo que me leva a reagir, geralmente de improviso. Ele é então, o sinal de que eu vivo na dependência permanente do Outro. Um ser autárcico não teria *pathos*. Portanto, não existe *pathos*, no sentido mais amplo, onde não houver mobilidade, imperfeição ontológica. Se assim for, *pathos* é um dado do mundo sublunar e da existência humana. Tirar proveito de *pathos* significa transformá-lo em experiência, ou seja, não só como estado transitório, mas também como algo que alarga ou enriquece o pensamento. (pp. 19-20)

Desta forma, apesar de *pathos* coincidir com passividade, uma vez que modifica o sujeito de fora para dentro, esta passividade não significa imobilidade:

A potência que caracteriza o paciente não é um poder operar, mas um poder tornar-se, isto é, a suscetibilidade que fará com que nele ocorra uma forma nova. A potência passiva está então, em receber a forma. O paciente, como tal, é que, por natureza, é um ser mutável, caracterizado pelo movimento. (Berlinck, 2000, p. 19)

Portanto é apenas ao transformar o *pathos* psíquico em narrativa que se pode construir um discurso plural e clínico característico da Psicopatologia Fundamental.

Afinal, “a Psicopatologia deriva-se de três palavras gregas: *psychê*, que produziu psique, psiquismo, psíquico; *pathos*, que resultou em paixão, excesso, passagem, passividade, sofrimento e assujeitamento e *logos*, que resultou em lógica, discurso, narrativa.” (Berlinck, 2000. p. 19)

Entende-se, ainda, que o psiquismo é constituído a partir de uma reação de defesa contra a violência que vem do externo. Ou seja:

O aparelho psíquico é, desde os começos da psicanálise, uma construção que responde à violência primordial que ameaça a existência física do sujeito e da espécie e, ao mesmo tempo, é insuficiente para proteger o sujeito de ataques virulentos tanto internos quanto externos. Assim, é possível dizer, com Freud, que não só o ser humano apresenta um desamparo originário, como este se deve à insuficiência imunológica a ataques virulentos vindo do exterior. (Berlinck, 2000, p. 182)

A psique seria, portanto, uma reação imunológica do organismo, indissociável do corpo, e forma de sistema imunológico que protege o sujeito do que vem de fora. A subjetividade pode ser pensada como a resposta do organismo a este *pathos* externo. A dinâmica do fora/dentro que é aqui ressaltada revela-se com muita força no caso clínico escolhido. A indiscriminação destes lugares e dificuldade em suportar o que é de fora e o que é de dentro são características marcantes da paciente e da experiência clínica, o que torna a mutabilidade e transformação a partir da experiência uma questão delicada neste atendimento. Para Ceccarelli (2006):

... Freud concebe o psiquismo (*seelischer apparat*) como patológico em sua origem: uma organização que se desenvolveu a fim de proteger o ser humano contra os ataques, internos e externos, que punham sua vida em perigo. Uma defesa frente ao excesso – as transformações do meio ambiente (excesso externo) e as demandas pulsionais que não podiam ser satisfeitas (excesso interno) – ao qual o ser humano se viu exposto quando das mudanças provocadas por uma catástrofe ecológica de

proporções inimagináveis: a perda do Éden. Para enfrentar esse excesso (das paixões – do *pathos*) sem adoecer, profundas reorganizações psíquicas foram necessárias. p. 115)

Desta forma, *pathos* não se restringe apenas ao sofrimento sintomático, mas é constitutivo. Como discutido, o sujeito da Psicopatologia Fundamental coincide com o sofrimento, a paixão e a passividade. É um sujeito trágico e psicopatológico por excelência (Berlinck, 2000).

Evidencia-se, portanto, o porquê da clínica ser o objeto fundamental de estudo do Psicopatólogo Fundamental. É na clínica que se faz possível que o sujeito tenha a possibilidade de construir um discurso narrativo acerca de seu sofrimento e experiência. “Quando a experiência é anímica, ou seja, ao mesmo tempo terapêutica e metapsicológica, estamos então no âmbito da Psicopatologia Fundamental” (Berlinck, 2000. p. 20).

É a partir da palavra e da voz, da experiência de escutar o sofrimento, do cuidado com a relação transferencial que o psicopatólogo fundamental pode fazer do *pathos* experiência. A clínica permite que através do campo transferencial possa-se oferecer ao sujeito recursos para enriquecer-se com a sua experiência, abrindo assim o leque de maneiras de lidar com seu sofrimento(Berlinck, 2000). Assim:

Desde que a posição da Psicopatologia Fundamental é tal que se dispõe sempre a escutar um sujeito que porta uma única voz que fale do *pathos* que é somático e que vem de longe e de fora, ela é sempre objeto de transferência, ou seja, de um discurso que narra o sofrimento, as paixões, a passividade que vem de longe e de fora e que possui um corpo onde brota, para um interlocutor que, por suposição, seja capaz de transformar, com o sujeito, essa narrativa numa experiência. Esta palavra, aqui, adquire o sentido preciso de enriquecimento, ou seja, a experiência é a possibilidade de se pensar aquilo que ainda não foi pensado. (p. 25)

Desta maneira, o clínico poderia a partir da escuta do enigma posto pela experiência do sujeito construir hipóteses sobre sua vivência e aprimorar sua escuta clínica, transformando em experiência e narrativa o sofrimento do sujeito. Afinal, “se, por um lado, o excesso (de *pathos*) causa dor, por outro, ele cria subjetividade” (Cecarelli, 2005, p. 116).

Procuraremos neste trabalho nos debruçar sobre a experiência de atendimento de uma paciente acompanhada nos anos de 2008 até 2010, levantando o trabalho clínico neste atendimento que deixou pra trás muitas questões, desafios e enigmas. Desta forma, pretende-se tratar do afeto angustiante que atravessa o sujeito e que pode eclodir em crise. Indaga-se o que na constituição de si transforma a angústia, uma vez que é afeto constituidor, fundante e fundamental da condição humana e do próprio aparelho psíquico em patologia. Dito de outra forma, o que na constituição - a partir da angústia e do excesso deste afeto, propicia um funcionamento patológico? A partir da pesquisa sobre a experiência clínica, atravessada por *pathos*, pretende-se criar discurso plural e narrativa ampliadoras de sentido, bem como transformar *pathos* em experiência.

1.2 – A pesquisa a partir do método clínico

É importante ressaltar que o método clínico não se confunde com a clínica. Berlinck (2009) descreve o método clínico como o percurso do que ocorre na clínica, ou seja, uma segunda navegação acerca do tratamento. Dessa forma o método clínico pode ser entendido como “... espaço percorrido a caminho da palavra representante desse sofrimento. O método assim entendido contém uma lógica que não é formal e se revela pela narrativa construída pelo médico e o paciente na situação clínica” (Berlinck , 2009, p. 1).

A observação é evidentemente parte vital desse processo. Esta observação refere-se a “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” (Berlinck, 2009, p. ix).

Ao clínico caberia, portanto, pôr em palavras as representações obscuras advindas do mundo interno do paciente (Berlinck, 2009). Fazer circular o conhecimento acerca da psicopatologia que ficou de herança da experiência clínica é a finalidade do método clínico. Assim:

O método clínico, descobrindo pela palavra o encoberto, revela a verdade sempre provisória, evanescente do afeto: o *pathos* psíquico. Colocar em representação o *pathos* é produzir um conhecimento do humano, pois transforma aquilo que é singular e obscuro no que é claro, abrindo oportunidade para o coletivo. Enquanto internas, as representações obscuras são vivências que podem se transformar em experiência, isto é, em representações socialmente compartilhadas. (Berlinck, 2009, p.ix)

Entende-se, portanto que a experiência clínica, o caso clínico e o método clínico são três pilares centrais para a pesquisa em Psicopatologia Fundamental. Para Berlinck e Magtaz (2012):

...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”. É a partir da narrativa clínica que pode revelar-se o surpreendente e inovador na ciência, como o processo da atenção flutuante, para que possa surgir o inesperado. (p. 75)

Desta forma:

O trabalho de interpretação do caso teria, para o clínico pesquisador, a função de colocar em palavras – a formulação de uma situação problemática – aquilo que ele

viveu na transferência e apresentou-se como surpreendente enigmático. A interpretação em análise visa, antes de tudo, a eliminação das resistências, da tendência a selecionar o material a ser analisado. O trabalho de interpretação do caso em pesquisa seria, então, um trabalho de associação do clínico pesquisador para superar suas resistências na formulação de um problema de pesquisa, e poder ficar livre em sua atenção e favorecer o pensamento metapsicológico. Este delicado e complexo processo envolve principalmente a memória, ou seja, aquilo que foi vivido e esquecido, pois sem esquecimento não há memória. (Magtaz & Berlinck, 2012, p. 76)

O que surge de surpreendente a partir do enigma pode ser potência criativa e criadora indo de encontro a uma posição de dúvida e encaixe do caso clínico na teoria. O papel do psicopatólogo é, portanto, a construção da metapsicologia a partir do enigma herdado da experiência clínica. É somente a partir da relação transferencial que se pode construir um relato que contenha o inovador a partir da vivência clínica..

A Psicopatologia Fundamental entende que o que possibilita a transformação do *pathos* em experiência é o método clínico. Ou seja, a partir do método clínico há a possibilidade que *pathos* se torne experiência enriquecedora não apenas para o paciente que sofre, mas também para o clínico que a partir do enigma do atendimento possa deparar-se com o inovador e surpreendente.

Para Fédida (1992) a narrativa é uma excelente maneira para transmitir, não somente o *pathos*, mas também a atividade clínica em si. Para o autor: “apenas o relato é capaz de garantir esta intimidade da história que a análise nos fornece.” (p. 234). E ainda:

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 verdadeiro sentido, e os paradigmas técnicos do ofício são, pela escritura, formados para engendrar ficções ou modelos. (Fédida, 1992, p. 234).

Portanto, a narrativa clínica não se confunde com uma descrição fiel que visa retratar o que aconteceu na prática. Ela é de natureza ficcional. Ou seja: “é exatamente um relato que, graças a suas rupturas temporais e suas descontinuidades possibilita a produção das condições de linguagem do figurável” (Fédida, 1992. p. 40).

No método clínico a escrita e a pesquisa procuram afastar-se da descrição dentro de moldes para garantir a verossimilhança da escrita com os fatos reais e objetivos, a partir exclusivamente da observação sintomática do paciente. Para Figueiredo (2004):

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. (p. 78)

É importante notar que o que se ambiciona com o método clínico é uma construção e não uma explanação acerca do caso. Infere-se uma diferença entre construção e interpretação:

Para a autora, o objetivo da construção deve ser o de partilhar elementos de cada caso em um trabalho conjunto, o que não seria possível em um trabalho de interpretação. A construção seria um método clínico de maior alcance em comparação com a interpretação (Magtaz & Berlinck, 2012, p. 77.).

Portanto, é a partir do estudo de caso que se pode pensar em uma transformação metapsicológica do tema surgido a partir do enigma. Assim:

A metapsicologia não se reduz, de maneira nenhuma, a uma compreensão da dinâmica do paciente nem de sua estrutura clínica. Ela precisa ser ampla, como Freud o

fez ao criar noções pertinentes à clínica como um todo. Todavia, para a pesquisa clínica entendida aqui, a interpretação do caso constitui possibilidade de representação figurativa do mesmo a partir do vivido enigmático na clínica. (Magtaz & Berlinck, 2012, p. 78.)

Ao pesquisador em Psicopatologia Fundamental não cabe estudar o objeto-paciente para que se interprete algo objetivo. O paradigma da narrativa científica sobre o caso clínico é a ficção, uma vez que se reconhece que a natureza é inapreensível (Berlinck, 2007).

Assim, o relato do caso clínico não corresponde à realidade objetiva porque inclui não só aquilo que determina a posição do observador, mas, também, aquilo que, provindo do objeto, determina o pensamento do observador. A interação dessas duas posições (a do observador e a do observado) produz a subjetividade que determina a narrativa do caso clínico (Berlinck, 2007, p. xii)

É importante ressaltar que a pesquisa a partir do método clínico somente é realizada se a partir de uma vocação, ou chamado do pesquisador acerca de sua experiência:

O clínico pesquisador possui uma vocação para a pesquisa, atende a uma voz que chama (vocare) e “realiza um desejo” de pesquisa muito próximo à pesquisa sexual infantil. O caso – como porta-voz de um tema de pesquisa – é um objeto investido libidinalmente pelo pesquisador, instigante e erótico (faz ligações). É preciso formular uma questão enigmática a partir do que o surpreendeu e traçar um caminho a ser seguido para respondê-la, um caminho de ligações. Isso possibilita pensar que o caso é do clínico e não do paciente. (Magtaz & Berlinck, 2012, p. 77)

Desta maneira, é do desejo de transformar sua experiência clínica em experiência compartilhada dentro da ciência e da polis que se faz a pesquisa em Psicopatologia Fundamental. É através da resposta à voz que chama que se pode encontrar, a partir da pesquisa, um lugar para a experiência clínica.

II – Caso Clínico

A experiência clínica que suscitou o enigma acerca do qual nos dedicamos nesta dissertação se deu ao longo do processo de acompanhamento terapêutico e de breve período de análise de uma paciente adulta, realizado de novembro de 2008 até o início de 2010. Pretendemos expor algumas vinhetas clínicas desta experiência e do processo de tratamento para a experiência pática da paciente, bem como o campo transferencial construído neste atendimento.

Ana tem trinta e cinco anos e chega encaminhada pela minha supervisora. E é me dito que é “um caso grave de síndrome do pânico”. Também fui avisada de que Ana era acompanhada esporadicamente por um psiquiatra e medicada, mas que nunca tinha feito qualquer terapia. Tinha um diagnóstico psiquiátrico dado pelo médico de síndrome do pânico, e sempre se referia a ele como “o diagnóstico que me deram”. Na época fiquei surpresa que o acompanhamento terapêutico fosse solicitado antes de qualquer tentativa de psicoterapia. Comumente, os casos encaminhados para este tipo de trabalho vêm no acompanhamento terapêutico uma alternativa de enquadre quando a terapia se encontra insuficiente, e até então, eu não havia acompanhado ninguém que não estivesse em análise.

Após o primeiro contato telefônico, combinamos que a iria encontrar em sua casa, onde morava com a mãe, o pai e o irmão de 37 anos, em um bairro nobre de São Paulo. Encontro Ana sentada na antessala de sua casa, que não deixa avistar nada da casa em si. Ela me pareceu uma mulher bonita, ainda que com a aparência infantil e vestida de maneira bastante desleixada. Estava visivelmente ansiosa, e mudou de posição na cadeira inúmeras vezes, como se a cada uma delas levasse um pequeno

choque. Percebi que a minha voz tornou-se mais devagar e tranqüila para conversar com ela, como se quisesse tranqüilizá-la.

Ana pareceu se debater ao longo desse primeiro encontro como um bebê desconfortável. Ela inicia nossa conversa me perguntando qual minha formação, quantos anos tenho, se sou casada, e principalmente, se eu tenho tempo para atendê-la. Quando respondo afirmativamente, ela enfatiza: “*Mas você tem mesmo a disponibilidade de me acompanhar?*”. Percebo neste primeiro encontro que lhe é muito importante que eu esteja disposta a estar disponível.

Segundo Ana, a idéia de um acompanhamento terapêutico surgiu principalmente devido a seu medo paralisante de sair de casa sozinha. Ana gostaria principalmente de voltar a trabalhar depois de um afastamento dado pelo médico para que pudesse se recuperar. Formada em advocacia, trabalhava em outra área por não ter conseguido passar no exame da Ordem dos Advogados do Brasil. Contudo, era reconhecida como boa funcionária e gostava de seu trabalho.

O afastamento do trabalho se deu porque havia piorado nos últimos tempos, e que só conseguia sair ocasionalmente, sempre acompanhada da mãe. Seu pai trabalhava o dia inteiro, e Ana não confiava no irmão para sair com ela, uma vez que este já havia “*batido a moto e dado perda total no carro diversas vezes*”. Cena temida para Ana: deixar-se perder o controle e a direção, ir de encontro com algo que fosse ao seu encontro inesperadamente.

Não por acaso, o ato de dirigir aparece como uma grande fonte de sofrimento. Ainda que possua carro próprio, Ana me conta que fica paralisada diante do volante. Transitar entre lugares era para ela quase impensável. Sua angústia chega a ser tanta, que tirar o carro da garagem no início do tratamento não era possível. Em nossa primeira entrevista, pergunto se faremos uso de meu carro para sair, e para minha

surpresa sou informada que não; quando acompanhada Ana consegue dirigir. Esse papel de acompanhante para suas saídas com o carro era há anos desempenhado pela mãe.

Ana precisa de sua mãe para sair de casa. Precisa também de sua mãe para se sentir segura em casa, ela não ficava sozinha jamais. Muitas vezes, sua mãe a encontrava no fim do expediente – nos períodos em que Ana não estava afastada por causa do “*diagnóstico que me deram de síndrome do pânico*” -, indo até seu trabalho para buscá-la a pé, ainda que este fosse vizinho à sua casa. Ana reclamava imensamente dessa dinâmica: “*porque minha mãe não me deixa em paz?*”, perguntava. Quando brigavam, ambas eram “obrigadas” a conviver, apesar de não estarem se falando. Igualmente comum era Ana precisar ligar inúmeras vezes para sua mãe nas raras ocasiões que estava fora sem sua companhia, para avisar que estava bem e saber que ela estava esperando perto do telefone, caso precisasse dela.

A presença constante de sua mãe, mesmo quando não física, interferia no namoro de Ana. Ela namorava Márcio turbulentamente há dois anos entre idas e vindas. Márcio incomodava-se muito com a interferência familiar no seu relacionamento. Ele era proibido de passar a noite na casa da família de Ana, e vice-versa. Por determinação de seus pais, Márcio tinha que entregá-la em casa até às duas da manhã, e nas raras vezes em que Ana planejou burlar seu “*toque de recolher*”, adveio angústia tão violenta que acabou tendo que voltar para casa ainda mais cedo do que de costume.

Os limites impostos a Márcio também era iguais para as namoradas do irmão. O toque de recolher criado pelo pai, também. Contudo, o irmão de Ana tinha a opção de dormir na casa das namoradas ou não voltar se tivesse estourado o limite de horário. Ana se ressentia imensamente destes escapes, não apenas porque para ela a regra dos pais deveria valer para os dois, mas também porque ela não tinha a mesma opção de burlar a regra. Para Ana era impossível desobedecer os pais.

Suas crises e angústia eram fontes de problema para o relacionamento. Ana não entendia porque Márcio não poderia acolhê-la em seu sofrimento. O namorado se recusava sair de sua casa, na zona norte de São Paulo, para seguir Ana com o carro até sua casa na zona sul. Márcio se recusava a ficar com ela dando-lhe apoio quando Ana se sentia frágil. Márcio se recusava a deixar que a mãe de Ana lhes acompanhasse em viagens românticas. Ana não entendia como Márcio podia lhe negar companhia e acolhimento.

Ana repete a expressão “*diagnóstico de síndrome do pânico que me deram*” com frequência ao longo dos nossos encontros. Sempre que se irritava com o que sentia ser uma pressão de sua família, namorados, amigos e colegas do trabalho para que melhorasse logo, Ana perguntava em altos brados: “*Eles não sabem o que é a síndrome do pânico?*”. Ana via-se injustiçada em sua doença, pouco acolhida e pouco compreendida pelos outros. Sempre se surpreendia quando alguém, na fila do supermercado, por exemplo, não se mostrava disponível e interessado em ouvir sua história e seu sofrimento.

Em nosso segundo encontro, estava preparada pra ficar com Ana em sua casa, uma vez que pelo que ela me havia dito, percorrer as ruas era demasiadamente angustiante para ela. Contudo, a encontro já na garagem de casa, arrumada, de maquiagem, salto alto e bolsa a tiracolo. A primeira coisa que Ana me diz é: “*Vamos?*”. Ela me diz que tem muitas coisas para resolver ao longo do encontro: “*ir ao banco, ao supermercado...*”

Só neste segundo encontro Ana me conta do que chama de “*o diagnóstico de síndrome do pânico que me deram*”. Fora diagnosticada por um psiquiatra há nove anos, e desde então se mantinha em seu tratamento.

A primeira crise foi na época da faculdade, voltando de uma festa em uma fazenda afastada de São Paulo enquanto dirigia seu próprio carro. Ela me conta que começa a perder o ar, “*minhas mãos suam*”, o “*coração dispara*”, a “*barriga dói*” e ela sente que vai “*morrer ou enlouquecer, ou os dois*”. Ana conta que na ocasião da primeira crise, tinha sido designada como motorista porque os amigos que estavam a acompanhando na volta para casa tinham bebido muito, e ela permanecera sóbria. Os amigos, portanto, dependiam dela para chegar em casa. Ana estava sóbria porque não queria que os pais a encontrassem com cheiro de bebida

Ana afirma que mesmo antes da primeira crise, nunca se sentira “*verdadeiramente bem*”. Mesmo quando criança, ela conta sempre haver sido “*nervosa*”. Ela costumava perder festas dos amigos e dias de aula para ficar em casa. Conta-me que mesmo tenho a mesma idade dos amigos, sentia-se insegura porque “*crianças são meio descontroladas*”. Seu apego com a mãe e a necessidade de estar perto dela são necessidades presentes em sua vida desde que se conhece por gente.

Depois da primeira crise Ana entende que “*ficou mais fácil, pelo menos agora eu sei o que tenho*”. Entendo que Ana tem certo alívio não apenas com o diagnóstico, que ao vir de fora para dentro dá lugar e significado ao seu sofrimento, mas também com os episódios da crise. Parece-me que ao ter medo da crise, Ana pode localizar sua angústia. O que teme, finalmente, parece ter nome.

Com o acompanhamento psiquiátrico, foi medicada com antidepressivos e rivotril. Este último era carregado religiosamente na bolsa e Ana costumava tomá-lo quando “*não estava agüentando*”. Inúmeras vezes Ana checava a presença do rivotril na bolsa durante nossas saídas; assim como tornou-se praxe me querer fisicamente perto em nossos encontros. Sentia um pedido mudo de que como o rivotril, ela pudesse contar com a minha presença a tiracolo. Seu grande medo é ter uma crise na rua, sozinha, onde

as pessoas não saibam quem ela é, onde ela mora ou como ajudá-la. Não podia confiar em ninguém “*lá fora*”.

Parecia-me que Ana tinha medo de perder-se no mundo, sumir de si mesma, sob o olhar indiferente dos outros. Outros estes que a deixavam sozinha, sem ajuda ou amparo porque ela nesta cena temida não consegue falar. Imediatamente imagino o tamanho desta angústia que a apavora de tal modo para que ela se imagine sem capacidade de falar. . Deveria eu falar por ela em nossos encontros? Ana me mostra o papel com seus dados, telefone da mãe e endereço que carrega na bolsa, e por vezes na mão.

Como era esperado, Ana começou a me ligar com grande frequência nos fins de semana, quando se sentia mais frágil. “*Porque as pessoas saem tanto no fim de semana e me deixam aqui?*”. Eu insubordinadamente a deixava sozinha, e sem a minha presença a circulação pelo mundo como possibilidade desaparecia.

Ao longo de nossos encontros Ana passou a exigir de mim mais tempo de atendimento, mais disponibilidade, mais horas, mais presença física. Comecei a me sentir ainda mais como o rivotril que ela carregava em sua bolsa. Em caso de saída para o mundo, administre acompanhante. Minhas experiências enquanto acompanhante até então haviam sido marcadas por construções terapêuticas a partir da circulação no território e a partir da palavra. Mas não era esse o pedido de Ana. Se não pede o acompanhamento terapêutico para que falássemos de seu sofrimento, então o que quer Ana com nossos encontros? Ao pedir o acompanhamento, o que ela me pede?

Sair desacompanhada seria jogar o seu mundo interno no mundo externo. Para Ana isto não era possível. Nada dentro de si garantia ser suficientemente forte para aguentar os imprevistos, pessoas e espaços que teria que encontrar lá fora. Esta exigência de segurança era autoritariamente atribuída como trabalho do outro: sua mãe

ou eu, acompanhantes escolhidas. Eu deveria dar-lhe garantia? Ou ser a garantia? Era dever de sua mãe e meu que lhe garantíssemos... o quê?

Eu me sentia capturada em suas exigências e impossibilitada de decepcioná-la. Não poderia falhar em minha presença constante, e a ela cabia checar se eu estava lá de verdade.

O que Ana exige, autoritariamente ao ser acompanhada, é que meu olhar, como o de sua mãe, pudesse lhe dar segurança. Meu corpo era escudo muito utilizado, mas minhas palavras não a faziam sonhar em voz alta. Por vezes era meu trabalho costurar suas falar, dar significação às histórias vividas. “*Mas quando você me conta isso eu lembro de quando você me disse...*”.

Eu deveria estar presente, infalível e pronta para seguir no plano para o dia o qual Ana designara sozinha. Sentia-me engessada nesse atendimento. Eu era um muro contra os imprevistos do mundo sobre o qual não era possível pintar palavras ou sentimentos, minha função era de represamento do inesperado

Ana não me pedia para fazer de seu *pathos* experiência. Pedia a acompanhante/babá que desse conta de garantir apaziguamento contra o mundo externo que era cheio de incertezas. Minha presença deveria ser mágica e segura, e a demanda de trabalho clínico, psíquico, de palavras neste acompanhamento terapêutico era quase sempre minha.

Todavia, apesar de minhas questões no acompanhamento, depois de um ano e meio Ana conseguia ir e voltar do trabalho sozinha. Agora já se arriscava a dar voltas no quarteirão de sua casa dirigindo. Passou também a conseguir sair mais com as amigas, e estava no processo de voltar a trabalhar, ainda que com uma carga horária reduzida.

Aliada a estas melhoras e discussões na minha supervisão, pensei que seria um bom momento para fazermos uma passagem do acompanhamento terapêutico à clínica.

Isto se deu principalmente diante de um incomodo que eu sentia nos últimos meses: Ana me solicitava ainda mais para tarefas de rotina, como ir ao shopping comprar calças, porque “*eu não queria ir sozinha*”. Em discussão na supervisão, levantou-se que algumas vezes estas saídas eram artifícios para interrompermos nossa conversa, e para que eu servisse de babá contra a angústia, e que o *setting* da clínica poderia ser uma saída.

Ana aceitou a mudança em nossos encontros. Por vezes, a encontrava em sua casa e seguíamos a minha clínica. Outras vezes Ana se arriscou ir só. Este formato de tratamento durou quatro meses. Neste tempo, as sessões eram principalmente sobre seu medo de ter uma crise ao dirigir, e a relação com sua mãe. É somente na clínica que ela consegue me dizer o quanto a incomoda ter que ficar refém da companhia materna e quanto gostaria de ser independente. Porém, esta dinâmica era inquestionável: Ana não via alternativa possível.

O tratamento se interrompe quando saio de férias; Ana fica extremamente brava quando a aviso. Teríamos ainda uma sessão antes do intervalo das férias, mas ela prefere cancelar. Combinamos na minha volta que eu ligaria para que pudéssemos agendar um dia. Ana não responde minhas ligações, e no final de um mês de tentativas, não volto a ligar.

Ainda hoje, quase quatro anos depois desta interrupção, Ana por vezes me liga me dizendo que não está bem. Em uma de suas ultimas ligações, me conta que havia começado um tratamento em hipnose, e que seu hipnotista julgara prudente que voltasse a terapia. Entretanto, quando sugiro que Ana vá a clinica para que pudéssemos conversar, ela me diz que volta a ligar.

Ana ainda não marcou um horário, mas costuma ligar.

2.1 Considerações preliminares sobre o caso clínico

Ao refletirmos sobre a experiência clínica do acompanhamento de Ana, deparamo-nos com uma situação enigmática evidente: Ana retirou-se do mundo. Há um recolhimento de sua circulação em qualquer espaço: Ana não pode explorar ou aventurar-se. A circulação entre lugares era apenas angustiante, e pouco transformadora. Não havia muita potência para mobilidade em sua vida, inclusive psíquica. A Ana não era possível percorrer caminhos de reflexão acerca de si mesma. Voltar-se para seu funcionamento interior era apenas fonte de sofrimento e não poderia ser fonte de prazer e descoberta.

Ana parecia estar se preparando para algo, infinitamente. Assim como em nosso primeiro encontro, ela parecia estar na antessala da vida: não era possível aventurar-se porta a fora e tampouco desejável refletir sobre o que estava porta adentro. O mundo externo assim como seu mundo interno eram fonte de desprazer e preocupação. A Ana cabia apenas esperar ansiosa e paralisada as surpresas desagradáveis que certamente viriam.

A falta de reflexão sobre seu sofrimento também era evidente característica de seu entorno. Não era posto em questão na família porque ambos os filhos com mais de trinta anos continuassem morando em casa. Não havia qualquer possibilidade de colocar os papéis ocupados por cada um dos membros familiares em questão, tampouco era possível refletir sobre os acidentes do irmão mais velho, o toque de recolher, a relação entre os membros da família ou a incapacidade de sair de casa da filha.

Nenhum acontecimento inesperado (ainda que grave) ou dinâmica familiar poderia ser posto em questão de maneira a que se pudesse transformar a reflexão e em

enriquecimento interior. Não havia possibilidade na família em transformar *pathos* em experiência (Berlinck, 2000).

Para Ana, estar na antessala da vida, ainda que carregada de sofrimento, não era questão a ser trabalhada. Mas o que significava manter esta posição? A partir das discussões levantadas na Banca de Qualificação, ficou evidente que Ana não tinha lugar.

O pouco revelado sobre sua primeira crise parece-nos estar relacionado com esta questão: Ana está indo de um lugar para o outro, ou seja, fora do lugar. A situação em que Ana fica mais angustiada é quando precisa estar em trânsito, móvel, como em seu medo de tomar a direção do carro e circular entre lugares.

Este viver sem lugar tem ligação direta com a angústia. É importante ressaltar que angústia não necessariamente precisa ser algo que paralisa no lugar; ela poderia ser transformadora se integrada como disparador de conhecimento sobre si, transformação que agregasse riqueza interior quando transformada em experiência. Na experiência de atendimento fica evidente que não houve conhecimento de si que pudesse ser levantado a partir da angústia, a saber, representação a partir da angústia que pudesse ser suficientemente transformadora.

Pensamos aqui, portanto, o lugar enquanto singularidade, limite circunscrito e específico, que quando delimitado e reconhecido, permite mudar de uma posição a outra. Reconhecer um lugar subjetivo é, portanto poder transformá-lo. Para Ana, o lugar do vivido não passa por questionamento. Sua angústia é tão grande que não permite o pensar.

Não havia lugar possível no mundo para Ana, não havia lugar possível para sua mãe e tampouco para o acompanhamento e muito menos para uma análise. Entendemos que o sem-lugar de Ana relaciona-se com a dificuldade de abrir mão do domínio do

outro. Se não lhe era possível ocupar lugar algum, o outro poderia suprir esta questão ocupando todos os lugares. O domínio do outro não passa pelo reconhecimento do limite, do lugar subjetivo. Evidentemente, esta foi muitas vezes a dinâmica no acompanhamento.

Ana não pôde muitas vezes implicar-se na parte da passividade de *pathos*, uma vez que para ser passivo, é necessário ocupar um lugar onde se suporta o limite. A experiência transformadora através da clínica implicaria necessariamente em deixar-se vitimar pela experiência e pelo reconhecimento do lugar pático, para que houvesse posteriormente passagem da passividade para a atividade: “No processo de uma análise, quando o discurso acontece o *pathos* transforma-se em patologia, ou seja, um discurso sobre o sofrimento, as paixões, a passividade” (Berlinck, 2000, p. 20).

Pensamos a partir do caso clínico, por conseguinte, na correlação entre limite e lugar. Se há ausência de limites, há dificuldade em suportar um lugar. Ter um lugar não necessariamente relaciona-se com fechar-se ou encerrar-se nos limites; ocupar um lugar implica em poder abrir-se para a possibilidade de ocupar outros.

Pensamos o “*diagnóstico da síndrome do pânico que me deram*” como um encerramento de questões, um lugar fixo e inescapável sobre o qual é difícil de agregar movimento, e logo, descoberta. Este diagnóstico, para Ana, tamponava qualquer possibilidade de conhecimento sobre seu sofrimento, uma vez que se encerrava em si mesmo.

Eis talvez a grande dificuldade de Ana em ir para a análise na clínica; mesmo no curto período em que conseguiu fazer esta travessia e chegar a este lugar era extremamente difícil. Estar em análise implica necessariamente em ocupar um lugar, elaborar os limites, para possivelmente buscar outros. A clínica seria, portanto, o contrário do que Ana parece tanto prezar em seu “*diagnóstico de síndrome do pânico*”

que me deram”: o fechamento e circunscrição que encerra as questões. A clínica seria a possibilidade de Ana angustiar-se de maneira produtiva, ainda que com sofrimento. Seria em análise que os lugares ocupados poderiam ser postos em questão, para que houvesse transformação, e não tamponamento.

Procuramos muitas vezes no atendimento de Ana ocupar todos os lugares. Porém, fixando um limite e um lugar para a clínica, no consultório, retiramos Ana da circulação de outros lugares no formato do atendimento terapêutico para propormos sua circulação de possíveis lugares internos com a analista. Se a Ana não foi possível desenvolver este trabalho, vemos na reflexão e escrita sobre o caso a possibilidade de abriremos outros sentidos e outros lugares para a experiência de acompanhamento.

Para isto, iniciaremos nossa pesquisa a partir do afeto que marcou a experiência de acompanhamento: a angústia. Pretendemos desta maneira nos aprofundar no enigma deixado de herança deste atendimento: porque as crises de angústia de Ana somente a paralisavam? A saber, se a angústia é afeto constituidor do humano, de que maneira torna-se impedimento para a ocupação de outros lugares no mundo?

III – Angústia e Constituição

Pretendemos neste capítulo discutir o afeto angústia que atravessou a experiência do caso clínico. A angústia de Ana a retirava do mundo e a mantinha sem lugar, marcando não apenas a experiência de Ana, mas também a experiência transferencial sentida no corpo da acompanhante. Se nos propomos a levantar como enigma do caso o que na constituição do aparelho psíquico de Ana a levou a ser paralisada pela angústia, é necessário que enfoquemos o que neste afeto pode relacionar-se com os primórdios da formação do aparelho psíquico.

Portanto, pretende-se trabalhar a estrita relação do afeto angústia, - que entendemos enquanto afeto inaugural da condição do ser humano - com a constituição do eu, tema já explorado nos textos anteriores e parte do enigma trazido pela experiência clínica. Concomitantemente, pretende-se também discutir a transformação deste afeto em patologia para que se possa pensar no caso clínico o que transformou este afeto constitutivo do eu em *pathos* e sofrimento.

Entendemos ser proveitoso introduzirmos a questão com o estudo das raízes da palavra angústia. O termo alemão *Angst* utilizado por Freud para se referir ao afeto angústia nos remete a raiz européia *Angh*, que pode ser traduzida por apertar, comprimir. As raízes grega (*Agchein*) e latina (*Angina*) referem-se respectivamente a estrangular e sensação de sufocamento. Para Simonetti (2011):

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. Uma abordagem histórica demonstra a existência de pelos menos seis grandes modelos de ansiedade: estóico, religioso, existencialista, médico, psicanalítico e cognitivo-

comportamental. No campo das classificações, duas escolas dominam a cena: a visão psicanalítica e a visão psiquiátrica expressa nos códigos CID 10 e DSM IV. (p. 12)

Em sua dissertação sobre a angústia e a ansiedade, produzida no laboratório de Psicopatologia Fundamental, Simonetti (2011) contextualiza a dificuldade em traduzir o termo *Angst*: “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” (p. 69). É importante notar que na tradução da editora Imago das obras freudianas, utilizada na bibliografia de nossa dissertação, o termo angústia é substituído por ansiedade.

Acerca da escolha do termo *Angst* afirma o autor:

A resposta mais plausível até agora é a de que Freud escolheu o termo *Angst* por respeito à tradição psiquiátrica européia 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. (Simonetti, 2011, p. 71)

Ainda que as raízes etimologia da angústia revelem de forma clara a sensação trazida pelo *pathos* deste afeto, no presente texto, seguindo a tradição da Psicopatologia Fundamental, compreende-se a angústia enquanto afeto constitutivo do aparelho psíquico e não necessariamente afeto do domínio da Psicopatologia. É, na verdade, um dos afetos que inauguram a condição do ser humano, como exemplifica Freud no *Mito da Catástrofe Glacial*. A angústia tem, ainda, o papel de nos proteger contra o perigo externo; sem este sinal morreríamos felizes e com frequência (BERLINCK, 2000). Ela é, portanto, uma invenção humana necessária para lidar com a catástrofe.

Berlinck (2000) descreve como o *Mito da Catástrofe Glacial* transformou o ser humano:

Na visão freudiana, o estado nirvânico, que corresponderia a uma normalidade edênica, que se encontra descrita no livro do Gênesis, foi perdido graças a uma catástrofe ecológica denominada Era Glacial, em que a crosta da Terra se congelou e o hominídeo sofreu conseqüências tão avassaladoras que foi obrigado a abandonar a posição quadrúpede e adquirir a posição bípede para alcançar alimentos em arbustos e árvores, já que o verde que nascia rente à superfície da Terra ficou congelado. (p. 28)

Com esta mudança radical ocorre uma grande perda; o quadrúpede proto-humano deixa de ter acesso ao processo menstrual da fêmea por intermédio do olfato. Depois da mudança para o bipedismo há a perda deste contato olfativo, e conseqüentemente, perda da regularidade sexual sustentada enquanto na posição quadrúpede. Não é difícil de imaginar que a humanidade em si estava ameaçada por esta perda, podendo ser levada à extinção. Desta forma, “o cheiro da hominídea fértil, hoje completamente perdido e encoberto por outros aromas naturais e artificiais, deixou o hominídeo completamente perdido e angustiado” (Berlinck, 2000, p 29). O que se evidencia a partir do mito é que há uma passagem da relação padronizada chamada sexo para a relação incerta da sexualidade com a perda da regularidade sexual.

No texto sobre as *Neuroses de Transferência* de 1915 Freud teoriza que as soluções da humanidade iniciadas através do Mito da Catástrofe Glacial podem ter suas características reconhecidas nas psicopatologias da atualidade. Para o autor, os estados afetivos “tem-se incorporado na mente como precipitados de experiências traumáticas primevas, e quando ocorre uma situação semelhante são revividos como símbolos mnêmicos” (Freud, 1915/1985, p 115).

A angústia é, portanto, um produto deste primeiro momento de desenvolvimento filogenético da libido, e nasce junto com o ser humano - o primeiro produto e a primeira invenção da espécie humana diante da catástrofe. Retoma-se aqui, a idéia de que o

psiquismo é uma forma de defesa a uma violência original, e a angústia enquanto a primeira destas defesas.

Freud (1915 /1985) explica esta dinâmica:

Como primeira colocação, afirmaria, portanto, que sob a influência das privações impostas pelo desencadeamento da era glacial, a humanidade tornou-se angustiada. O mundo externo que era até então preponderantemente amistoso, propiciando qualquer satisfação, transformou-se num acúmulo de riscos iminentes. Havia toda razão para a angústia real diante de qualquer fato novo. A libido sexual, contudo, não perdeu de imediato seus objetos, sabidamente humanos, porém compreende-se que o eu ameaçado na sua existência acabaria desistindo, até certo ponto, do investimento objetal. Mantendo a libido no eu, transformou em angústia real o que antes havia sido libido objetal.(p.75)

A humanidade teve que achar saídas criativas para continuar existindo, como novos destinos para a libido e novas defesas. Acerca destas defesas e de suas falhas esclarece Berlinck (2000):

Na catástrofe glacial, muitos primatas desapareceram porque não foram capazes de se proteger tanto do ambiente hostil quanto do terror, da dor e da depressão provocadas pela perda de contato com o objeto de satisfação e da regularidade sexual. Na verdade, a catástrofe introduz o desamparo e a insuficiência imunológica no próprio psiquismo, pois este incorpora a catástrofe no movimento narcisista primitivo. (p. 104)

Assim, ao perder o contato com o estado nirvânico pré-catástrofe, um dos movimentos feitos pelo hominídeo é o desligamento de energia libidinal do objeto de satisfação anterior e o retorno desta energia para o próprio corpo. Desta forma, o aparelho psíquico humano é formado através deste movimento narcísico. O próprio psiquismo pode ser entendido como “organização defensiva resultante de uma prolongada catástrofe ecológica que atinge a face da terra e que pode ser chamada de

‘Era Glacial’, onde ocorre intenso movimento narcisista da libido” (Berlinck, 2000, p. 98).

Então, o que difere a angústia saudável, constituidora do homem e que funciona como garantia da civilização da angústia patológica? Para Berlinck (2000):

Ela (a angústia) só passa a ser doença com a repetição, ou seja, com o mecanismo herdado que produz angústia automaticamente, sem levar em consideração o que está ocorrendo no exterior. Aquilo, então, que foi uma grande invenção se transformou, por transferência, em neurose, em histeria de angústia. Ou seja, a repetição ocupa o espaço da criação. Trata-se aqui, de uma verdadeira cronificação do organismo e do psiquismo nascente, que só pode se livrar parcialmente disso se conseguir transformar a repetição em experiência, recuperando assim, sua criatividade originária. (p 34).

3.1 Angústia e Psicopatologia

Retomamos aqui o que Berlinck (2000) afirma sobre a angústia e a repetição: a angústia passa a se transformar em patologia, e não em afeto constituinte do ser humano quando passa a ser repetição e não mais criação. Quando não há mais correspondência com o mundo exterior e apenas cronificação a angústia se torna apenas sofrimento. A angústia que pode promover movimento libidinal produz apenas estagnação e afastamento do mundo. É essa a angústia neurótica.

Na conferência XXXII de 1933 intitulada *Angústia e Vida Pulsional*, Freud afirma que a angústia neurótica pode ser encontrada em três diferentes condições: enquanto neurose de angústia, fobia e angústia na histeria e em outras neuroses graves. Na neurose de angústia, o que movimenta é o objeto, a angústia permanece a mesma. Diz Freud: “Encontramo-la na forma livremente flutuante, um estado de apreensão difusa, pronta a vincular-se temporariamente sob a forma do que se conhece como

‘ansiedade expectante’ a qualquer possibilidade de que imediato possa surgir” (1933/2006, p. 86).

Já na fobia, o objeto não é a causa da angústia, mas é o que se liga à angústia que está presente. Para Freud, há nesse caso uma ligação com o perigo externo, ainda que a reação em relação a este seja de um medo exagerado. No terceiro caso, relacionado a angústia na histeria e em outras neuroses graves, a angústia desliga o angustiado do mundo externo. Neste caso a angústia “acompanha os sintomas ou surge independentemente como ataque, ou como estado mais persistente, mas sempre sem base visível em um perigo externo” (Freud, 1933/2006, p. 86).

Para Freud, (1933/2006) tanto as fobias quanto a expectativa ansiosa são reveladoras do que origina a angústia neurótica, a saber, a transformação direta da libido. Desta forma, independentemente do motivo pelo qual uma quota da libido tornou-se não utilizável – motivo que varia da fobia para a neurose de angústia e para a angústia na histeria-, o que é importante na geração da angústia é que há uma crescente tensão sensorial que não encontra um meio de descarga apropriado.

É a idéia que é submetida à repressão, e que pode ser deformada a ponto de ficar irreconhecível; sua quota de afeto, porém é regularmente transformada em ansiedade – e isto é assim, qualquer que possa ser a natureza do afeto, seja ele de agressividade ou de amor. (Freud, 1933/2006, p. 87)

É esta força no vivente que pode ser estimulado por um fator externo ou interno que se transforma em angústia, na medida em que haja acréscimo de excitação não descarregada. Mas o que seria um perigo interno? Entendemos que esta força perigosa que deve encontrar descarga é a força da sexualidade. Portanto:

...conseguimos responder à questão de saber que coisa a pessoa teme na ansiedade neurótica, e assim estabelecer a conexão entre a ansiedade neurótica e a realística. Aquilo que ela teme, é evidentemente, a sua própria libido. A diferença entre essa situação e a da ansiedade realística reside em dois pontos: que o perigo é um perigo interno, ao invés de externo, e que esse perigo não é conscientemente reconhecido. Nas fobias, é fácil verificar a forma como esse perigo interno é transformado em perigo externo – ou seja, como uma ansiedade neurótica é mudada em ansiedade realística. (Freud, 1933/2006 p. 88)

Freud explicita neste texto a grande vantagem da saída da angústia neurótica através da fobia. Na fobia, a transformação do perigo da sexualidade em perigo externo permite que se fuga do objeto temido. Já fugir de um perigo interno é missão mais difícil.

Nas *Conferencias Introdutórias sobre Psicanálise* (1916 /2006) Freud observa que uma pessoa se protege do pavor por meio da angústia. Em *Sintoma, Inibição e Angústia* (1926 /2006) Freud entende que:

Em ocasião anterior declarei que as fobias tem a natureza de uma projeção devido ao fato de que substituem um perigo interno instintual por outro externo e perceptual. A vantagem disto é que o individuo pode proteger-se contra um perigo externo, dele fugindo e evitando a percepção do mesmo, ao passo que é inútil fugir de perigos que surgem de dentro. (Freud, 1926/ 2006 p. 126)

Entendemos que a proteção da angústia, portanto passa pelo medo. Gama e Berlinck (2002) entendem que o medo é diferente tanto do pavor quanto da angústia:

O medo diferencia-se dos outros dois por ter um objeto circunscrito e preciso. Na angústia e no pavor esse objeto não é encontrado. A angústia seria um sinal de proteção contra a repetição de uma primeira vivência mítica do perigo. O sinal de angústia remete a uma situação fundamental, isto é, ao pulsional. O pavor seria a reação

a essa angústia primordial. Assim, a angústia sinal é uma defesa contra o pavor de se expor ao pulsional. (p. 184)

Seria imensamente vantajoso a Ana sair da angústia através do medo. Contudo, entendemos que seu medo de sair sozinha diz mais do que um sintoma agorafóbico: diz de seu medo de reconhecer que está acompanhada de um mundo interno. Sua passagem da relação padronizada chamada sexo para a incerteza da sexualidade, exemplificada através do *Mito da Catástrofe Glacial*, foi demasiado angustiante, e o mundo tornou-se demasiadamente incerto e duvidoso. A complexidade de seu próprio mundo interno apavora Ana quando deparada com o mundo externo. Se Ana está excessivamente capturada pela catástrofe, como enxergar o mundo?

3.2 Freud e as teorias psicanalíticas da Angústia

Em Freud, no campo psicopatológico heterogêneo chamado pelo autor *de das Ängstlichen* (O Angustiante) pode-se encontrar diferentes manifestações da angústia patológica. Porém, desde os primeiros textos de Freud sobre o assunto, as crises de angústia são colocadas em um plano psicopatológico diferente de outros fenômenos ansiosos como a angústia automática (*automatisches Angst*), o sinal de angústia (*Angstsignal*), o estranhamento (*Unheimlich*) e o terror (*Schreck*).

No artigo de 1895, *Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada neurose de angústia*, Freud afirma que o surgimento da neurose de angústia estaria relacionado a uma vida sexual onde não houvesse descarga suficiente da libido, como no coito interrompido ou na abstinência. Freud descreve o quadro clínico da patologia com notável precisão. Para Pereira (2003), “cabe, portanto a Freud o mérito de ter realizado pela primeira vez, a descrição clínica

específica do quadro de neurose de angústia. Sua contribuição foi essencialmente de ordem nosológica e nosográfica, ao propor um novo quadro clínico que seria posteriormente assimilado pelas nomenclaturas psiquiátricas” (p. 60).

Ainda que a sintomatologia da angústia não sofra muitas alterações ao longo da teoria psicanalítica, sabe-se que os mecanismos que a regem foram revistos laboriosamente ao longo do trabalho freudiano. Nesta fase, contudo, para Freud “a neurose de angústia é produto de todos os fatores que impedem a excitação sexual somática de ser psiquicamente elaborada” (1895/ 2006, p. 98). Seu mecanismo seria, portanto uma deflexão da excitação sexual somática para um emprego anormal:

... a excitação somática se acumula: é então desviada por outros canais, que se mostram mais promissores em termos de descarga do que a via que passa pela psique. Assim, a libido termina por soçobrar e a excitação se manifesta subcorticalmente como angústia. (Freud, 1895/, 2006, p. 110)

Apesar de não ser o primeiro texto da pesquisa freudiana sobre o tema da psicopatologia da angústia, acreditamos que o texto de 1894 intitulado *Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada neurose de angústia* pode ser entendido como o primeiro a dedicar-se a esse tema de maneira cuidadosa.

Rocha (2000) entende que Freud inicia a primeira teoria da angústia e sua psicopatologia na correspondência com Fliess, nos textos sobre as neuroses atuais e sobre a neurose de angústia. É importante, contudo, notar que Freud não iniciou o estudo a angústia pelas neuroses atuais.

Freud já tinha se defrontado com o enigma da angústia desde seu trabalho clínico com as histéricas É importante ter presente que mesmo quando Freud fala de uma angústia inscrita no corpo sem nenhuma significação psíquica, isto não exclui a

existência de uma relação dialética, que, segundo ele próprio, sempre existe entre as neuroses atuais e as neuropsicoses de defesa e, conseqüentemente, entre a angústia inscrita no corpo e a angústia inscrita no psiquismo. Quando trata das neuroses, ou das atuais ou das psiconeuroses de defesa, o que Freud pretende, antes e acima de tudo, é comprovar a etiologia sexual de todas as formas de neurose. (Rocha, 2000, pp. 41-42)

Este artigo contribuiu para deixar Freud mais conhecido no meio científico, uma vez que a neurastenia seria bastante discutida nos congressos do século XX (Mijolla, 2005). O mesmo texto é considerado por Simonetti (2012) o trabalho freudiano que funda o estudo da angústia e ansiedade na Psicopatologia moderna.

Freud (1894) entende que a neurose de angústia e a neurastenia não se confundem; contudo, ambas são inseridas dentro do campo nas neuroses atuais. Estas possuem em sua etiologia o emprego inadequado de energia sexual. A neurastenia teria como origem uma inadequação da descarga de excitação sexual (como a masturbação e poluções), levando a uma descarga não satisfatória da tensão sexual. Já a neurose de angústia tem como principal sintoma a angústia flutuante ou a expectativa ansiosa, sem nenhuma origem psíquica que a explicasse.

Dessa forma, a excitação se tratava de uma tensão somática de origem sexual que se acumulou. Haveria nessa neurose de angústia um mecanismo de "deflexão da excitação sexual somática da esfera psíquica, com um conseqüente emprego anormal dessa excitação" (Freud, 1894, p. 109). O acúmulo da excitação sexual não descarregada seria defletido da consciência para ser transformado em descarga somática na forma de ataques de angústia.

Já neste artigo, Freud entende que a psique chega ao afeto de angústia quando se encontra incapacitada de enfrentar um perigo exterior, e chega à neurose de angústia quando a fonte de excitação sexual é interna. Assim, a neurose de angústia revela que os

sintomas da angústia possuem uma etiologia específica e uniforme de natureza sexual. A neurose de angústia marca a origem sexual do afeto angústia.

Rocha (2000) afirma que a teoria inicial da angústia, para Freud, se revolve em torno das noções de libido e recalque. Nesta fase, a teorização da angústia é marcada pelo ponto de vista econômico, tópico e dinâmico. Ainda que este ponto de vista econômico nunca seja abandonado por Freud, uma vez que é constitutivo da metapsicologia psicanalítica, a partir de 1926 com o texto *Inibição, Sintoma e Angústia* haverá uma revolução em sua teoria sobre a angústia que vinha se desenvolvendo.

Em ambas as teorias freudianas sobre a angústia faz-se notar a importância da ausência de descarga como uma das forças motrizes da geração deste afeto no psiquismo. Em sua primeira teoria, esta ausência de descarga relaciona-se com a pulsão sexual que não descarregada e passa assim se transformar em angústia. Desta forma, na primeira teoria:

Neste caso, a excitação sexual somática não pode ser elaborada com a ajuda de representações de tipo sexual, sob a forma de libido psíquica. Em contrapartida, as representações sexuais podem ser recalçadas, e sua excitação derivada para o somático, dando lugar aos sintomas de conversão histérica, ou deslocadas para representações substitutivas próprias da histeria de angústia ou neurose fóbica. (Mijolla, 2005, p. 117)

Já na segunda teoria sobre a angústia, as pulsões não satisfeitas não são mais nomeadas de maneira explícita. A mudança na teoria deu-se, não por acaso, depois da reformulação sobre a teoria das pulsões, a reformulação da teoria sobre o aparelho psíquico, apresentada no texto *O ego e o id* (1923) e a introdução da pulsão de morte. A partir de 1926, a angústia não será mais tomada como uma consequência do recalque, mas reconhecida como uma de suas forças motrizes.

Uma das principais contribuições da psicanálise freudiana para a teoria da angústia foi a divisão entre a angústia automática (*automatische Angst*) e a angústia sinal (*Realangst*), apresentada pela primeira vez no texto *Inibição, Sintoma e Angústia* (1926). A angústia automática é entendida como reação fisiológica causal: é uma reação automática ao excesso de excitação nervosa não descarregada. Para Rocha (2000) trata-se da busca em aplicar o princípio da homeostase ao sistema nervoso.

Já na teoria da angústia sinal, o afeto é um sinal disparado em situações de perigo, um dispositivo egóico para a preparação e antecipação em frente de emergências pulsionais. Há uma produção de desprazer que prepara o sujeito. Trata-se, portanto de um progresso evolutivo e uma resposta providencial (Mijolla, 2005). Entende-se que a angústia sinal (*Realangst*) ao preservar o homem do perigo do mundo externo, garante a civilização. É uma reação compreensível ao perigo, uma tensão que não apenas tem consequências motoras, mas também eleva a atenção sensorial. Por isso, a angústia não é algo que desapareça. É da força da sexualidade que habita o vivo. É a produtora do eu.

Desta maneira, com a passagem para a angústia sinal, o recalque não é mais a origem, mas a consequência da angústia:

É sempre a atitude de ansiedade do ego que é a coisa primária e que põe em movimento a repressão. A ansiedade jamais surge da libido reprimida. Se eu me tivesse contentado antes em afirmar que, após a ocorrência da repressão, certa dose de ansiedade apareceu em lugar da manifestação da libido que era de se esperar nada teria hoje a retratar. A descrição seria correta, existindo, indubitavelmente, uma correspondência da espécie afirmada entre a força do impulso que tem que ser reprimido e a intensidade da ansiedade resultante. Mas devo admitir que pensei que estava apresentando mais que uma mera descrição. Acreditei que mexera em um processo metapsicológico de transformação direta da libido em ansiedade. Agora não posso mais manter esse ponto de vista. (Freud, 1925/ 2006, p. 111)

Rocha (2000) reconhece três reformulações principais na teoria da angústia a partir deste texto: a mudança na concepção de sua natureza, a reformulação da função da tópica na angústia e a reformulação do papel da angústia real em relação a angústia pulsional. O primeiro ponto destacado pelo autor relaciona-se com a mudança da relação da angústia com o perigo pulsional e o recalque. Freud prioriza nesta formulação o perigo que vem de fora, externo, em detrimento do perigo interno pulsional característico da primeira teoria. Neste novo jogo, o perigo externo é principalmente relacionado com o perigo da castração.

O segundo ponto de diferença entre as duas teorias é o que Rocha chama de “reformulação da função da tópica da angústia no contexto da nova doutrina do ego” (2000, p, 101). Freud destaca que o ego é a única instância capaz de perceber e produzir a angústia; e só a produz em uma situação condicionada a servir como defesa contra uma situação traumatizante. O terceiro ponto de reformulação salienta que nesta nova teoria a angústia pulsional não mais ocupa o primeiro plano e tampouco tem sua explicação na transformação da libido recalçada. Ao separar e salientar as diferenças entre a angústia real e a angústia pulsional, relaciona a primeira com a angústia original do desamparo, que discutiremos a seguir.

Veremos no próximo capítulo o desenvolvimento da teoria psicanalítica de Freud por outros autores, enfocando especialmente no estágio do espelho proposto por Lacan para ampliar a discussão entre a constituição do eu e a angústia.

3.3 Nascimento e estágio do espelho: marcas da angústia no Eu

Nas palavras de Rocha (2000):

A reformulação da teoria das pulsões, realizada no livro *Além do princípio do prazer* (1920), faz igualmente parte desse contexto teórico e ajuda-nos a compreender por que Freud, na segunda teoria da angústia, atenuou o caráter ameaçador do perigo pulsional, na medida em que admitiu, no estado do desamparo, uma causa mais fundamental da angústia do que o perigo das moções pulsionais. (2000, p, 99)

O desamparo trabalhado por Freud é um desamparo decorrente da imaturidade biológica do ser humano, que diferentemente de outros animais, nasce incapaz de ajudar-se a sobreviver. O bebê humano necessita invariavelmente do outro (Outro?) para sobreviver. Ensina-nos Freud:

O fator biológico é o longo período de tempo durante o qual o jovem da espécie humana está em condições de desamparo e dependência. Sua existência intra-uterina parece ser curta em comparação com a da maior parte dos animais; sendo lançado ao mundo menos acabado do que eles. Como resultado, a influência do mundo externo real sobre ele é intensificada e uma diferenciação inicial entre ego e o id é promovida. Além disso, os perigos do mundo exterior têm maior importância para ele, de modo que o valor do objeto que pode somente protegê-lo contra eles e tomar o lugar da sua antiga vida intra-uterina é enormemente aumentado. O fator biológico, então, estabelece as primeiras situações de perigo e cria a necessidade de ser amado, que acompanhará a criança pelo resto de sua vida. (1926/2006, p. 151)

Para Freud (1926/2006), o ser humano nasce completamente dependente em relação ao outro, e totalmente passivo. Ainda que se sinta ameaçado pela aniquilação, é impossível ao recém-nascido fazer uma representação desta situação como traumatizante, ou vivê-la como uma experiência de separação. O recém-nascido a vivencia no corpo, como “angústia de morte e de destruição” (Rocha, 2000, p. 108).

Assim, a angústia originária do nascimento estaria ligada não à angústia de separação, mas ao estado do desamparo e passividade fundamental onde o bebê é

incapaz de encontrar em si mesmo a ajuda para sobreviver. O ego pode ser entendido, portanto, como uma construção para que o bebê possa administrar este desamparo.

Entende-se, então que o nascimento é um evento significativo que deixa traço afetivo no homem: as alterações cardíacas e respiratórias do nascimento são homólogas a angústia. A primeira angústia é tóxica, uma vez que é incorporada ao organismo. Diz Freud (1900/ 2006) em *A interpretação dos Sonhos*: “Além disso, o ato de nascer é a primeira experiência de angústia, sendo assim a fonte e o protótipo da sensação de angústia” (p. 428). No texto *O ego e o Id* (1923) Freud volta a se referir ao nascimento como o primeiro grande estado de ansiedade.

Em *Inibição, Sintoma e Ansiedade* (1926/ 2006) Freud entende que o estudo das origens dos afetos afasta-se do domínio da psicologia pura e aproxima-se da fisiologia:

Os estados afetivos tem-se incorporado na mente como precipitados de experiências traumáticas primevas, e quando ocorre uma situação semelhante são revividos como símbolos mnêmicos. Não penso haver laborado em erro ao aproximá-los do ataque histérico mais recente e individualmente adquirido e considerá-los como seu protótipos normais. No homem e nos animais superiores pareceria que o ato do nascimento, como a primeira experiência de ansiedade do indivíduo, imprimiu ao afeto de ansiedade certas formas características de expressão. Mas, embora reconhecendo esta vinculação, não devemos dar-lhe ênfase indevida nem desprezar o fato de que a necessidade biológica exige que a situação de perigo deva ter um símbolo afetivo. De modo que um símbolo dessa espécie teria em qualquer caso de ser criado. Além disso, não penso que estejamos justificados ao presumir que, sempre que haja uma irrupção de ansiedade, algo como uma reprodução da situação de nascimento se passe na mente. (Freud, 1926/ 2006, p. 97)

E ainda:

A primeira experiência de ansiedade pela qual passa um indivíduo (no caso de seres humanos, seja como for) é o nascimento e objetivamente falando, o nascimento é

uma separação da mãe. Poderia ser comparado a uma castração da mãe (equiparando a criança a um pênis). Ora, seria muito satisfatório se a ansiedade, como símbolo de uma separação devesse ser repetida em toda ocasião subsequente na qual uma separação ocorresse. Mas infelizmente estamos impedidos de fazer uso dessa correlação pelo fato de que o nascimento não é experimentado subjetivamente como uma separação da mãe, visto que o feto, sendo uma criatura completamente narcísica, está totalmente alheio a sua existência como um objeto. Outro argumento adverso é que sabemos quais são as reações afetivas a uma separação: são a dor e o luto, e não a ansiedade. (Freud, 1926/2006, p. 130)

A questão do nascimento e do bebê enquanto falo da mãe é trabalhada no capítulo seguinte, intitulado *O Narcisismo Primitivo e a Constituição do Eu*. Faz-se importante aqui ressaltar que no nascimento respirar é vivido como veneno para o organismo. (Berlinck, 2012). Contudo, apesar de falar-se em toxidade a angústia não é sempre a angústia de morte, tampouco é a manifestação da força de morte, uma vez que esta não tem representação. A angústia relacionada ao morrer é uma angústia neurótica. Diz Freud:

Não podemos possivelmente supor que o feto tenha qualquer espécie de conhecimento de que existe a possibilidade de sua vida ser destruída. Ele somente pode estar cômico de alguma grande perturbação na economia de sua libido narcísica. Grandes somas de excitação nele se acumulam, dando margem a novas espécies de sentimento de desprazer e alguns órgãos adquirem maior catexia, pronunciando assim a catexia objetual que logo se estabelecerá. (Freud, 1925/2006, p. 134)

Desta forma:

A imaturidade biológica e psíquica do bebê não lhe permite enfrentar o recrudescimento da tensão proveniente das enormes quantidades de excitação pulsional que ele não consegue descarregar e, portanto, satisfazer. Isso gera um estado de aflição que é traumático para o recém-nascido, desencadeando a angústia automática. O bebê faz progressivamente a experiência de que o objeto materno pode por fim a esse estado

de confusa sensação de desamparo. É então que a perda da mãe vai ser vivida como o perigo que constitui a angústia-sinal. O recém-nascido, quando começa a perceber a mãe, não pode distinguir a ausência temporária da perda duradoura; a partir do instante que perde a mãe de vista, comporta-se como se nunca mais fosse voltar a vê-la. (Mijolla, 2005, p. 117)

Discordamos da proposição de Mijolla (2005) – que se alinha com Otto Rank em *O Trauma do Nascimento* (1924) - que há um estatuto traumático no nascimento. Entende-se que no nascimento não há trauma uma vez que é necessário que haja psiquismo para que haja trauma. O que aqui se discute é que o nascimento produz conseqüências vitais e afetivas que marcam o afeto angústia na subjetividade.

É também neste texto que Freud, a partir do caso do pequeno Hans e do Homem dos Lobos entende que a angústia é a angústia de castração. O recalque incidiria sobre os impulsos edípicos na tentativa de apagar o desejo, e, portanto, a força motriz do recalque era o medo da castração. Portanto, “angústia de castração é [a] única força motora dos processos defensivos que conduzem a neurose”. (1926 /2006, pp. 140-141)

Assim, a angústia para Freud é a presentificação da falta, contra a qual o eu deve se defender. O recalque do desejo e as formações substitutivas na neurose são, portanto, defesas erigidas contra a angústia. Desta forma, nas origens do sujeito está a angústia automática ou real, desencadeadora da instauração do recalque originário.

Lacan (1949 /1998) faz uma importante contribuição para a teoria da angústia e a constituição no artigo sobre o estágio do espelho. O estágio do espelho ordena-se especialmente a partir de uma experiência de identificação, o que permitirá a criança conquistar uma imagem de seu próprio corpo. Para além disso, a identificação primordial da criança com sua imagem irá promover a estruturação do eu. É importante ressaltar que antes do estágio do espelho, a criança vivencia seu próprio corpo de uma maneira esfacelada, ou seja, sem totalidade unificada.

É somente a partir do estágio do espelho que o sujeito pode ter a unidade do corpo próprio. Há, portanto uma “transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem - cuja predestinação para esse efeito de fase é suficientemente indicada pelo uso, na teoria, do antigo termo *imago*” (Lacan, 1949/1998, p 97). O eu ideal é produzido a partir desta imagem.

O estágio do espelho articulará os registros imaginários e simbólicos. Lacan (1949/1998) traça uma relação entre o momento de alegria em que a criança, ao contemplar-se no espelho, volta-se para o adulto buscando que este valide através da palavra a imagem especular identificada. É neste momento que acontece a articulação entre corpo, imagem e palavra – e que enlaçam-se os registros real, simbólico e imaginário. Desta forma,

O estágio do espelho é um drama cujo alcance interno se precipita da insuficiência para a antecipação e que, para o sujeito, tomado no equívoco da identificação espacial, urde os fantasmas que se sucedem de uma imagem esfacelada do corpo para uma que chamaremos ortopédica de sua totalidade. (Lacan, 1954, 1998, p. 97)

A partir do estágio do espelho, como descrito, é possível antecipar uma unidade que antes não existia. Para Hornstein (1989) “A partir da assunção dessa forma visual de si mesmo, o eu se antecipa uma unidade que ele ainda não possui, que é ideal. A fase do espelho constituirá um paradigma da constituição do eu, que privilegia o outro humano em tal constituição” (p. 163).

Assim, a imagem do espelho funciona como modelo das imagens, as representações aportadas pelo outro significativo na constituição do eu. Portanto, “assim como a imagem do espelho, forma visual completa, antecipa uma unidade que o bebê

ainda não possui, o discurso da mãe, suas fantasias e projetos para seu filho antecipam uma identidade que ele ainda não tem” (Hornstein, 1989, p. 164).

O tornar-se sujeito desejante é, portanto processo ligado aos significantes transmitidos e atribuídos pelas figuras parentais, transmissoras de valores pessoais, sociais e estruturas simbólicas. Até mesmo antes de nascer encontra-se um lugar para o bebê já designado na cadeia significante dos pais, representantes do Outro simbólico. Portanto, é através da relação do bebê com as figuras parentais (e, portanto, com o Outro primordial) que se transmite uma cadeia significante, ou seja, a linguagem e um acesso à ordem simbólica. O Outro primordial, que carrega também a dimensão de outro semelhante, é o representante do universo simbólico que antecede a criança, e responsável por inseri-la na condição humana.

No Seminário 1 *Os escritos técnicos de Freud* (1953-1954), utilizando-se do esquema do buquê invertido, Lacan entende que diante da imagem de um corpo despedaçado o que se produz é uma sensação de mal estar que pode ser caracterizada como a experiência de angústia. É somente a partir da intervenção do Outro que ao introduzir uma palavra que serve de gancho para a identificação é que essa imagem do corpo despedaçado pode se unificar, apaziguando a angústia.

O esquema do buquê invertido aparece novamente no Seminário 10 – *Angústia*. Neste seminário, Lacan relaciona a emergência da angústia com a presença de um objeto, mas não necessariamente o objeto amado. O objeto da angústia a que se refere Lacan é o objeto a que refere ao momento de encontro com o enigma insolúvel do desejo do outro. Este momento de angústia é exatamente quando se ausenta a imagem do objeto amado e já há a quebra do imaginário, e, portanto, da imagem do próprio corpo. Besset (2002) entende que esta posição de Lacan afasta-se de Freud:

Lacan distancia-se de Freud, que afirma que é a ameaça da perda de um objeto-amado – que está na base da angústia. A menos que se considere esse objeto o próprio sujeito, nesse caso, investido de libido para o eu. Isso porque na angústia, diz Lacan, o que está em jogo é que a falta pode faltar. Refere-se aí à iminência de que o próprio sujeito se torne o objeto que virá a preencher a falta do Outro. Fazer o sacrifício de sua própria castração para o Outro, eis como o autor resume tal impasse. É o sujeito do desejo que ocupa Lacan ao circunscrever a angústia como o afeto-sinal do desejo do Outro. (p. 21)

Desta forma, o estágio do espelho pode ser considerado o início da ligação entre a função da imagem especular a relação com o grande Outro. A relação especular depende da constituição do sujeito a partir de sua relação com o grande Outro, através do significante. É no olhar do outro, que forma uma imagem –ainda que inexata – que o bebê se representa. Nesta relação imaginária há algo fundante para a estrutura do eu: ela fará marcas em uma imagem que acarreta em uma forma do corpo.

Contudo, a assunção desta imagem só se dá porque é antecedida por uma matriz simbólica mediada por um Outro desejante. É nessa matriz simbólica que o eu se insere antes mesmo da linguagem. Portanto, é necessário que o bebê já esteja capturado pelo desejo do grande Outro.

É importante notar que a imagem formada é mais constituinte do que constituída (Lacan, 1963/ 2005). É a partir dela que o sujeito poderá se constituir. Contudo, a imagem tem necessariamente um caráter alienante: diante da imagem do espelho que o bebê toma como sua, o eu não se subjetiva, está fora. No lugar preparado para o sujeito ele não está: o que vem ali se alojar é o eu imaginário.

O sujeito do desejo depende, portanto não da imagem do espelho para se constituir, mas daquilo que esta tenta encobrir: um furo. Na relação de confirmação do olhar da mãe enquanto representante do grande Outro para o bebê, está inscrita uma falta, algo que não é especularizável. A imagem visível do espelho contem um vazio,

invisível, a que Lacan nomeará de *-phi*, o resto que se perde na imagem especularizável.

Assim, *-phi*:

Eles lhes indicam que aqui se perfila uma relação com a reserva libidinal, ou seja, algo que não se projeta, não se investe no nível da imagem especular que é irreduzível a ela, em razão de permanecer profundamente investido no nível do próprio corpo, do narcisismo primário, daquilo que chamamos de auto erotismo, um gozo autista. Em suma, ele é um alimento que fica li para animar eventualmente, o que intervirá como instrumento da relação com o outro, o outro construído a partir da imagem do meu semelhante, o outro que perfilará sua forma e suas normas a imagem do corpo em sua função sedutora, sobre aquele que é parceiro sexual. O que pode, como lhes disse da última vez, vir assinalar-se no lugar aqui designado pelo *- phi* é a angústia, a angústia de castração, em sua relação com o Outro. (Lacan, 1963 /2005, p. 55)

É a partir deste algo que não tem apreensão nem pela imagem e tampouco pelo significante que é concebida a etiologia da angústia. Para Besset (2002), Lacan “toma a angústia como um sinal ante um perigo determinado: o encontro com o desejo do Outro. Mais adiante em sua teorização, a posição fora-dentro disso que escapa está presente na concepção de angústia como o real que, no simbólico, encontra-se em condição de exclusão interna” (p. 20).

Desta forma, no momento em que diante da imagem especular há o movimento narcísico da identificação feita a partir do investimento do e no Outro, a angústia evidencia que nem tudo pode se desdobrar em identificação. O resto não incorporável ao eu, o resto do investimento narcísico que não pode integrar na imagem especular é a causa da angústia. É este o objeto *a*, e motivo pelo qual Lacan entende que não se pode dizer que a angústia é sem objeto (*pas sans*).

Podemos, portanto, entender o estágio do Espelho como um primeiro encontro com o limite. Se existe a identificação com uma imagem, ganha-se um lugar mas perde-

se todo o resto do que se poderia ser. O eu torna-se eu, e não o outro. A existência do corpo em imagem é a possibilidade de um limite e de um lugar. Para Lacan, é neste momento de identificação com uma imagem que se dá um importante momento constitutivo do eu “a transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem - cuja predestinação para esse efeito de fase é suficientemente indicada pelo uso, na teoria, do antigo termo *imago*” (Lacan, 1949/ 1998, p. 97). Pensaremos a questão do limite e lugar a partir da relação da angústia com a castração, a seguir.

3.4. Angústia (d)e Castração

Cournut (2005) apresenta a castração como vinculada a idéia de “complexo, no sentido em que o complexo de castração, acoplado ao complexo de Édipo é o organizador da psicosexualidade e, *lato sensu*, da vida psíquica” (pp. 304-305). O autor adverte que frequentemente a palavra castração vem associada de termos que a especificam e esta palavra, por sua vez, também os deixam mais precisos. Um destes termos é a angústia:

Com efeito, só mais tarde, *a posteriori*, em relação aos dois tempos de ameaça é que aparece a angústia de castração. Assinale-se que Freud emprega quase indiferentemente as palavras ‘angústia’ e ‘terror’ para designar o medo da castração (a distinção só será claramente estabelecida em 1925, com a ‘angústia-sinal’ deflagrando o recalque, em oposição aos diversos terrores num contexto psicótico. (Cournut, 2005, p. 305)

Como visto anteriormente, em *Inibição, Sintoma e Angústia* (1925/2006) Freud aponta como o desamparo biológico vivido pelo bebê como a primeira experiência de angústia; Freud conclui que é a separação do corpo da mãe e as excitações provenientes

do mundo exterior e incapacidade de simbolização desta experiência e não o trauma do nascimento que são os modelos de angústia a serem seguidos posteriormente. Estas experiências posteriores funcionariam como uma sinalização da possibilidade de retorno da experiência de desamparo do sujeito, como um sinal de perigo diante de uma separação eminente. Diz Freud:

A afirmação que acabo de fazer, no sentido de que o ego foi preparado para esperar a castração, tendo sofrido perdas de objeto constantemente repetidas, coloca a questão da ansiedade sob nova luz. Até aqui consideramo-la como um sinal afetivo de perigo; mas agora, visto que o perigo é tão amiúde o de castração, ele nos parece uma reação a uma perda, uma separação. (Freud, [1926 /2006, p. 129)

Freud entende neste texto, como visto anteriormente, que a angústia não se trata mais do resto afetivo da repressão recalcada, mas a angústia é o sinal que deflagra o recalque. O complexo de castração está absolutamente presente nesta dinâmica. Remetendo ao caso do pequeno Hans (1909) Freud entende que o recalque adviria da angústia diante do perigo da castração. A angústia de castração seria, portanto, uma reação diante de um perigo tido como real.

Se para Freud, a semente da angústia e seu paradigma é o estado aflitivo de desamparo causado pela ausência de sua mãe, “o pivô da angústia é, *a posteriori*, em relação à precedente, o complexo de castração” (Cournut, 2005 p. 307). Afirma Santos (1994):

As angústias primordiais ligadas às perdas primárias, inacessíveis enquanto tais, coordenar-se-iam sob a hegemonia da angústia edípica propriamente dita que é angústia de castração, “só depois”. Essa questão é fundamental do ponto de vista de uma teoria das pulsões, uma vez que o recalque é um mecanismo psíquico que depende da organização genital da libido, logo da referência ao falo enquanto suporte simbólico da

imagem unificada do corpo. Inaugura-se nessa antecipação simbólica precipitada na identificação imaginária a clivagem com relação às identificações primordiais – ligadas à parcialidade das pulsões – e excluídas em razão da discordância que introduzem com relação à ilusão de especular. (p. 45)

Desta forma:

A castração não é somente uma fantasia de criança ameaçada; esta fantasia inclusive num complexo e na situação edipiana, mostra-se não só organizadora da vida psíquica do indivíduo, mas também protótipo do corte, que, ao contrário da fusão permite a individuação e os processos secundários. (Cornut, 2005, p. 308)

Lacan (1963/2005) entende que esta organização da vida psíquica do sujeito através da castração de maneira particular. Em seu seminário sobre a angústia, Lacan propõe que o objeto constituiria certa delimitação do vazio introduzido pela castração. A angústia seria decorrência da ameaça da falha da falta estruturante produzida pela castração.

Desta maneira, a angústia se instalaria nos momentos que algo aparece no lugar do objeto, produzindo sentimento de familiaridade e concomitantemente estranheza. Para Lacan a angústia se manifestaria, portanto, quando a falta poderia faltar. (Lacan, 2005). Sobre esta proposição lacaniana esclarece Santos (1994):

Pois o neurótico, como se sabe pela experiência, não recua diante da castração e sim diante de fazer da sua castração aquilo que falta ao Outro. Essa seria a importância estratégica, na direção da cura analítica, da redução do rochedo da castração àquilo contra o que ele se constitui, os objetos parciais. A angústia não é sem objeto e sim é angústia diante do aparecimento no campo imaginário deste “objeto a” estruturalmente impróprio à imaginarização. Esse seria, ainda de acordo com Lacan, o verdadeiro sentido da “perda do objeto” de que fala Freud, sua redução a um objeto imaginário. (p. 46)

Se Freud aborda a angústia pelo viés da perda do objeto, Lacan irá conceber o advento da angústia precisamente na relação com a proximidade desse objeto. Esta presença traria consigo o perigo do desabamento da organização simbólica do mundo subjetivo. Desta forma, o objeto diz respeito ao momento de encontro com o desconhecido e enigmático do desejo do Outro, quando se depara com a ausência da imagem do objeto amado.

É da ordem de uma destituição subjetiva ou de um ultrapassamento do sujeito, pois implica na perda máxima de potência pelo confinamento do sujeito no campo do Outro. Trata-se de um “não poder” que se configura como uma impossibilidade, e não como uma proibição. O sujeito confronta-se aí com a falta de um significante capaz de representar o desejo do Outro. (Santos, 1994, p. 49)

Dá-se um momento de quebra do imaginário, e, por consequência um momento de quebra do próprio corpo. Trata-se do momento de encontro com a falta de sentido que requer trabalho de simbolização.

É importante notar, que ainda que intimamente relacionada ao desprazer da angústia, esta dinâmica é extremamente importante na constituição. É a partir do limite da castração que se pode delimitar a própria organização do eu. É apenas sabendo o que não se é, que se pode descobrir em que se constitui o que se é. Afirma Rabello (2004):

Na organização dessa direção libidinal chamada “eu” constituída dos traços deixados pelo “outro”, temos, agora, o medo da castração, capaz de suportar a nova organização já que pode ser dominável e vivido psiquicamente. O sujeito brutalmente submetido à idéia de castração fica impossibilitado de exaltar-se na relação com os objetos. Como, para se realizar uma negativa é preciso afirmar, ao lado desta, o que será negado, produz-se, assim, negativa e afirmativa, lado a lado, fazendo ritmo com presença e ausência. (pp. 178 -179)

O que se quer dizer é que se o processo de simbolização virá apenas se houver possibilidade de trabalho sobre a ausência do outro, que passa necessariamente pela angústia de castração; somente ao atravessar a angústia de castração que é permitido ao sujeito representar a ausência. Ou seja, ao poder elaborar a ausência do outro, através do próprio processo de castração é que se pode adquirir um lugar próprio. “Dominação do elemento afetante em si, portanto, dominação de si” (Rabello, 2004, p. 179). Esta dominação que se relaciona não com a concretude do outro, mas a dominação da afetação sobre o faltante em si.

Considera-se, portanto que para a psicanálise a realidade psíquica é fruto da simbolização da realidade externa, ou seja, dos objetos que são faltosos desde as origens do sujeito. A capacidade do sujeito de suportar a falta do objeto vivenciando a angústia de castração, ou seja, o desprazer que é sentido no corpo decorrente do excesso de excitação é que vai indicar a forma de defesa empreendida pelo eu para lidar com o excesso de estímulo proveniente tanto do meio social quanto do mundo psíquico. (Souza, 2012, p. 3)

É no jogo da presença e ausência, no descortinar da castração e da angústia que se pode achar um lugar próprio. Discutiremos de modo mais aprofundado as marcas do jogo de presença e ausência e da angústia decorrente desta dinâmica no capítulo seguinte.

IV – Da constituição

4.1 – Narcisismo Primitivo e a Constituição do Eu

Como discutido no capítulo anterior, existe relação mítica entre narcisismo, nascimento e formação de aparelho psíquico. É necessário, contudo, aprofundarmos o conceito de narcisismo primitivo, levantado a partir da situação clínica. Trata-se do conceito freudiano de *Ursprünglichnarzissmus*.

Em alemão o prefixo *Ur*¹ traduz-se por inicial, primitivo. Como a palavra antepassado em alemão: *Urvater*. Por sua vez *Urspruchlich* em português se traduz por originalmente. *Ursprünglichnarzissmus* seria então o narcisismo original, que dá a origem, o início ao humano. No *Mito da Catástrofe Glacial*, a retração da libido para o corpo do hominídeo que mencionamos ainda não encontra um aparelho psíquico. Esta libido agora voltada para o corpo é vivida como angústia, dor e terror. Desta forma,

... o narcisismo primitivo ocorre diretamente no corpo do hominídeo, sem uma intermediação psíquica e, se por um lado contribui decisivamente para a evolução do aparelho, concebido como organização narcísica do vazio, por outro, produz angústia e conversão, que ocorrem diretamente no corpo, sem suporem, também, a existência de um psiquismo acabado que as contenham. (Berlinck, 2000 p. 101)

O narcisismo primitivo é o narcisismo dos antepassados (*Urvaters*) que é projetado no bebê, sob a forma de desejo. Antes de ser gestado e antes de nascer, o bebê já é criado e concebido no imaginário dos pais, que atribuem à criança características que lhes faltam e gostariam de ver em seu descendente (Berlinck, 2012)

¹ Tradução nossa

Em *Introdução ao Narcisismo*, Freud (1914 /2006) descreve esta dinâmica:

(os pais) sentem-se inclinados a suspender, em favor da criança, o funcionamento de todas as aquisições culturais que seu próprio narcisismo foi obrigado a respeitar, e a renovar em nome delas as reivindicações aos privilégios de há muito por eles próprios abandonados. A criança terá mais divertimentos que seus pais, ela não ficará sujeito às necessidades que eles reconheceram como supremas na vida. A doença, a morte, a renúncia ao prazer, restrições a sua vontade própria não a atingirão, as leis da natureza e da sociedade serão ab-rogadas em seu favor; ela será mais uma vez realmente o centro e o âmago da criação – ‘Sua Majestade, o Bebê’, como outrora nos mesmos nos imaginávamos. A criança concretizará os sonhos dourados que os pais jamais realizaram ... No ponto mais sensível do sistema narcisista, a imortalidade do ego, tão oprimida pela realidade, a segurança é alcançada por meio do refúgio na criança. O amor dos pais, tão comovedor e no fundo tão infantil, nada mais é senão o narcisismo dos pais renascido, o qual, transformado em amor objetal, inequivocadamente revela sua natureza anterior. (pp. 97-98)

Piera Aulagnier (1991) descreve o lugar ocupado pelo bebê e a importância do discurso dos pais sobre a criança antes de seu nascimento, diferenciando gestação e concepção:

Dizemos frequentemente, e com razão, que a vinda do sujeito ao mundo é precedida pelo discurso que fala desse futuro nascimento. Este discurso lhe designa uma *significação (e um lugar)* dando-lhe acesso a esta ordem do humano, cujo senhor continua sendo a força interpretativa do desejo. A este senhor, que se assemelha, com freqüência, à figura de um déspota responsável por muitos abusos, todo sujeito é devedor de um presente de nascimento, viático necessário para que ele possa caminhar neste mundo.(pp. 169 – 170)

Dito de outra forma, a concepção inconsciente do bebê pelos pais é etapa necessária antes da gestação da criança. Concepção esta, que não encontrará correspondência na realidade. Ou seja, o bebê não cumprirá a função para qual foi concebido e haverá necessariamente decepção dos pais. Esta decepção é inescapável por se tratar de uma concepção de uma imagem ideal, marcada pelo narcisismo dos pais. Esclarece Berlinck (2012):

A dinâmica narcisista é vertical: ocorre no eixo da ilusão-desilusão, ou seja, ideal-dejeto. O narcisismo supõe tanto a verticalidade idealizada como a possibilidade de um ideal a ser alcançado pelo desejo. A questão narcísica está referida tanto ao eu ideal quanto ao ideal de eu, uma atribuição de sentido proporcionada pelo outro. (p. 6)

Esta idéia e o conceito de narcisismo primitivo foram tratados pela primeira vez por Margarete Hilferding em 1911 em conferência à Sociedade Psicanalítica de Viena, intitulada *As bases do amor materno*. Hilferding foi a primeira mulher a participar desta sociedade, e esta conferência inovadora parece ter deixado grandes marcas na sua platéia, especialmente em Freud (Berlinck, 2012).

A idéia central de Hilferding nesta conferência é que no nascimento do bebê, não há amor materno natural, mas narcisismo. O bebê seria para mãe, antes de objeto de amor, um objeto sexual natural. A psicanalista desenvolve:

Acontece freqüentemente que mães que muito se alegraram com a idéia de que um filho iria nascer ficam decepcionadas quando ele nasce e não experimentam verdadeiro sentimento de amor materno. Se esse sentimento aparece, no entanto mais tarde, tem-se a impressão de que não são tantos os fatores fisiológicos que desempenham papel decisivo: uma certa compaixão, a convenção que exige amor por parte da mãe etc. Esses fatores psicológicos são encontrados como substitutos do amor materno fisiológico, mais particularmente nas esferas educadas. (Hilferding, 1991, p. 89)

Entendemos, portanto, que o que está em jogo no nascimento da criança não é o amor, mas sim o narcisismo primitivo. Para Berlinck (2012):

O amor materno não sendo natural, é uma construção, ou seja, uma vicissitude baseada numa espécie de compaixão. Trata-se da desilusão. Esta, por sua vez, refere-se ao ideal materno, ou seja, a uma imagem intensamente investida antes do nascimento, que se desfaz quando surge a criança. (p. 4)

Hilderding (1991) afirma que seria de se esperar que o amor materno surgisse imediatamente após o nascimento do bebê, senão antes. Mas este não é o caso, e esta falta de amor pode ser expressa pela recusa de amamentar ou pela vontade de não ficar com o bebê. Contudo, se é possível em algum momento colocar a criança para amamentar, é frequente que a mãe não queira mais que eles se separem.

Para a autora, o amor materno só poderia ser suscitado através da interação física entre mãe e bebê. Ainda, os primeiros movimentos do feto podem ser disparadores para a mãe. O que se supõe é que ocorram relações de natureza sexual entre o bebê e a mãe:

Num determinado povo, a mulher se afasta do homem até que o filho seja desmamado. As dores do parto são causadas diretamente pela sucção, e certa frigidez aparece durante o período de aleitamento, fato de que Ohnet se serviu em um dos seus romances. Pode-se concluir desses fatos que a criança representa um objeto sexual natural para a mãe durante o período que se segue ao parto. É preciso que existam entre a mãe e o bebê certas relações sexuais que devem ser susceptíveis de se desenvolver. (Hilferding, 1991, pp. 90 – 91).

Entendemos com Freud que o eu é sempre corporal. O corpo é um campo físico de força chamada sexualidade que atua em cada órgão. Desta forma, ao entender que o bebê é objeto natural sexual da mãe, Hilferding deixa transparecer que o bebê é vivido

pela mãe como parte de seu físico. Aqui concorda Freud: "Na criança que geram, uma parte de seu próprio corpo as confronta como um objeto estranho, ao qual, partindo de seu próprio narcisismo, podem então dar um amor objetal completo" (1914 /2006, p. 96).

Sobre a conferência de Hilferding escreve Pinheiro (1991): "O terreno do seu trabalho será a sexualidade no seu sentido mais estrito e concreto, ou seja, vinculado diretamente a uma sensação corporal. É essa sexualidade que determinará o amor materno" (p. 118).

Para a autora, a excitação sexual provocada na mãe pelos movimentos do feto na barriga, que promove mudanças em seu corpo, sem que se tenha controle sobre elas indica um parceiro sexual que não ainda tem o estatuto de sujeito. Este parceiro não fala, não tem cara ou jeito, o que garante a mãe o direito e a capacidade de criar todo tipo de fantasias a seu respeito. Assim, este poder de gerar a vida dentro de si e ter a plenitude de um corpo a dois é o ápice de sua vivência narcísica (Pinheiro, 1991).

Se todas as representações da mãe sobre o bebê são manifestações físicas, fica claro que este último para a mãe é parte de seu próprio físico. Sendo a criança o ideal dos pais, o que preenche suas faltas, o bebê é, portanto, o órgão faltante da mãe. Acerca da mulher grávida teoriza Pinheiro (1991): "é ela no caso que vivencia a plenitude, e não apenas seu feto, como se nessa relação mãe-feto nada os diferenciasses, os separasse, nada apontasse para a falta" (p. 121).

Desta maneira, o nascimento do bebê não pode ser vivido de outra maneira senão como uma perda:

A gestação é um processo promovido pela sexualidade, como é o narcisismo: o corpo da mãe encontra-se investido por uma quantidade de energia impregnada de imagens dos objetos anteriormente investidos e agora, com a gestação, essas imagens

retornam para seu corpo contendo o feto. São esses objetos intensamente investidos que compõem o ideal parental. O nascimento é uma perda física narcísica. O corpo imaginado narcisicamente perfeito da mãe perde a perfeição e o bebê é o resto dessa perfeição. (Berlinck, 2012, p. 5)

Entende-se, portanto, que o que há na concepção não é amor natural, e sim narcisismo. “Quando se diz que a criança é o falo da mãe, a referência é narcísica e não amorosa” (Berlinck, 2012, p. 5). O bebê vai ser concebido como o que virá preencher o que falta ao casal parental, e a imagem necessariamente idealizada do bebê marca a forma com que este se constituirá sujeito. O ideal é, portanto, vicissitude narcísica. É através do discurso e lugar atribuídos pelo casal parental que a criança se apropria de seu próprio desejo, de seu próprio corpo e de seu próprio aparelho psíquico.

Esta interpretação dos pais sobre o bebê é a violência inicial da qual a mãe é o primeiro agente que se impõe ao sujeito e a sua liberdade. Contudo, este processo é uma violência necessária “para que o grito venha a ser apelo, e não simples ruído, o sorriso digno de amor e não simples jogo de músculos e a amamentação, desejo de dar vida e não pura oferta de calorias” (Aulagnier, 1991, p. 170).

Aulagnier (1991) descreve a atribuição de sentidos aos atos da criança feita pelos pais do ponto de vista do bebê:

Interpretando igualmente, como um signo feito à sua intenção (signos de amor, apelo, aflição, recusa...), este primeiro ato, no qual, no entanto o sujeito não é responsável em nada, seja o conjunto de suas expressões, gritos, movimentos, hábitos alimentares..., ele os dota de início de um poder de significação, permitindo que retornem ao sujeito como o sentido de que deverá se apropriar e do qual se reconhece portador. (p. 169 -170)

Ainda, Aulagnier (1992) entende que a linguagem (e, portanto, o simbólico) ocupa um lugar privilegiado enquanto resposta dada ao desejo. É a linguagem que

garante para a criança seu lugar enquanto desejada e desejante. No entanto, esta linguagem que recebe o bebê está marcada pelo narcisismo primitivo dos pais.

... esta primeira série de significantes percebidos remeterá a um só significado que poderíamos definir como o *'conceito inconsciente do desejo daquele que fala'*. Em uma primeira etapa de vida, o acesso do sujeito ao sentido está, portanto, clivado entre dois campos de significação igualmente arbitrários e alienantes: um, onde toda fala e gesto (os seus) lhes retornam sob a forma de uma significação imposta pelo onipoder interpretativo da mãe, outro, onde toda fala e gesto – do Outro – vem significar o que, sozinho, o desejo inconsciente do sujeito põe em cena, sem se preocupar, de forma alguma, com a ligação entre a encenação e a verdade do texto. O emprego, pelo sujeito, da língua como via de comunicação exige que ele tenha abandonado o reino da certeza em que o percebido, ouvido, expressado ignorava, a dúvida e a contradição graças a uma representação fantasmática, cuja lenda vinha dizer qual era a significação exaustiva. (p. 171)

Assim, sem poder fazer esta renúncia ao reino das certezas, a linguagem não mais reenviaria o falante ao mundo das significações socialmente compartilhadas, mas seria uma atividade autística ou um delírio. Ao aceitar esta renúncia, seria possível à criança colocar-se “a certa distância frente a seu próprio inconsciente” (Aulagnier, 1991, p. 171). Todavia, ainda continua a sua dependência ao saber todo poderoso da mãe.

Ser-lhe-á necessário então separar, pelo menos parcialmente, o que na linguagem pode permanecer como expressão material e de seu desejo ... desta outra parte que deve se submeter à lei própria do campo semântico em nome de um princípio de verdade que, escapando, enquanto o pode, à onipotência do desejo, torna possível uma transmissão do saber e da linguagem que transcendem à singularidade do sujeito e ao breve momento que constitui sua vida. (Aulagnier, 1991, p. 171)

Desta forma, deve o bebê reconhecer o significado e o olhar constituinte do outro para que possa construir seu próprio mundo simbólico, que possa para ele representar a realidade.

Nossa hipótese é que Ana não reconhece este olhar do outro como constituinte. O olhar do outro (Outro?) é apaziguador, proteção contra as decepções, olhar-mágico que serve de garantia contra as crises carregadas de angústia da qual sofre. Contar somente com seu próprio aparelho psíquico é um horizonte doloroso e não lhe passa pela cabeça que o outro seja tão frágil quanto ela. Há uma tirania de Ana de exigências, de presença, de acompanhamento, de segurança para que seu próprio corpo e psiquismo funcionem. Ana só pode transitar no reino das certezas onde o outro não pode de maneira alguma a desiludir.

A esperança de Ana é que seus órgãos se silenciassem na presença da acompanhante. Como pensar a transferência desta maneira, quando há pouca linguagem que visa endereçamento? A função do acompanhamento seria garantir em seu corpo um silêncio de órgãos que a salvaguardasse das crises de angústia, usando seu corpo e seu aparelho psíquico como escudo.

4. 2 - Mundo externo e interno: o conceito de representação em Freud

O Dicionário Internacional de Psicanálise relaciona o termo representação a diferentes termos no alemão de Freud: *Vorstellung*, *Repräsentanz* e menos comumente, *Idee* (Mijolla, 2005).

Representação pode ser definida carregando diferentes sentidos: o de uma evocação consciente ou pré-consciente de um objeto, pessoa, evento ou acontecimento do mundo exterior no mundo psíquico interno e ainda outro sentido quando designa

uma expressão da pulsão nos processos psíquicos, juntamente com outra expressão da carga de afeto. Segundo Mijolla (2005) coube à psicanálise juntar o primeiro sentido - de uma dimensão marcada pela Psicologia e Filosofia - com o segundo.

É importante notar, portanto que tanto a representação como o afeto são expressões da pulsão. Descreve Freud no texto *Repressão* (1915a/2006):

Até esse momento, em nosso exame, tratamos da repressão de um representante instintual, entendendo por esse último uma idéia (*Vorstellung*), ou grupo de idéias, catexizadas com uma quota definida de energia psíquica (libido ou interesse) proveniente de um instinto. Agora, a observação clínica nos obriga a dividir aquilo que até o presente consideramos como sendo uma entidade única, de uma vez que esta observação nos indica que, além da idéia, outro elemento representativo do instinto deve ser levado em consideração, e que este outro elemento passa por vicissitudes de repressão que podem ser bem diferentes das experimentadas pela idéia. Geralmente a expressão quota de afeto tem sido adotada para designar esse outro elemento do representante psíquico. Corresponde ao instinto na medida em que este se afasta da idéia e encontra expressão, proporcional a sua quantidade, em processos que são sentidos como afetos. (p. 157)

Entende-se então acerca dos dois sentidos propostos por Mijolla (2005):

Trata-se, portanto de duas dimensões da representação: a primeira no eixo interior exterior (espaço interno das representações/espaço externo das percepções e ações), a segunda no eixo da óptica psíquica (quer se trate da primeira tópica, Conscientes/Pré Consciente/Inconsciente) ou da segunda (Isso/Eu/Supereu, a qual recorda-se não anula a primeira). (Mijolla, 2005, p. 1611)

Deste modo, a representação contém moções pulsionais que nela investem uma vez em que a representação está em ligação direta com o exterior, onde haverá a procura pela satisfação. A representação não é o produto de um trabalho psíquico, mas o próprio

trabalho. O processo de representação se distingue do processo de simbolização; este último trabalha o material constituído por sistemas de representações (Mijolla, 2005).

Freud já se ocupa do tema da representação em seu trabalho sobre a afasia, em 1891. Neste texto, Freud discorda do famoso neuropatólogo alemão Meynert (1833-1892) em sua ideia que a periferia corporal se projeta ponto por ponto na estrutura cortical, e entende que o que ocorre é uma representação na medida em que elementos neurofuncionais intermediam a relação entre o córtex e a periferia do corpo.

Freud (1891/1977) também discorda do famoso neurologista que o processo de representação se localiza na célula nervosa. Ou seja, há uma oposição à ideia de Meynert de projeção pontual do corpo no córtex e coloca como alternativa o conceito de representação. Freud (1891/1977) sugere que representações são processos sem nenhuma localização que uma vez formados, tem o potencial de reaparecer sob a estimulação correta. A representação poderia então trazer a tona, através de imagens mnémicas, algo do físico (*Psychische*).

É importante ressaltar que mesmo neste texto onde Freud se ocupava mais da neurologia do que da Psicanálise, o psicanalista não entende o processo de representação como sendo “um efeito mecânico da estimulação externa” (Garcia-Rosa, 2012, p. 243). Ainda que a representação não possa existir sem o mundo externo, ela não é resposta automática do psíquico a este. Sobre o assunto escreve Garcia-Rosa (2012): “Freud recusa a idéia de que a representação seja um efeito mecânico da estimulação externa e, em termos mais amplos, a idéia de que o processo psicológico seja um epifenômeno do processo fisiológico”(p. 245).

E ainda, acerca da primeira experiência de satisfação do bebê que suga o seio materno e sua relação com a representação:

De posse dos signos da realidade fornecidos pelo sistema percepção-consciência, o aparato psíquico opera uma distinção entre a imagem-lembrança do objeto e a imagem-percepção do objeto de modo a proceder a distinção entre objeto alucinado e objeto perdido. Mas mesmo neste caso a distinção se faz entre duas representações e não entre uma representação e a coisa externa. O objeto permanece concebido como uma representação. Os signos da realidade possibilitam uma comparação/correção entre representações, sempre marcada pela dubiedade. (Garcia Rosa, 2012, p. 95)

Para Garcia-Rosa (2012), há uma substituição da noção de impressão pela de correlato fisiológico, correspondendo à passagem de “elemento” para “processo”. Não há uma tentativa de estabelecer uma relação mecânica entre elementos sensoriais, - impressões - e elementos psíquicos, - representações. "Qual é então o correlato fisiológico da representação ou a da que reaparece em seu lugar?", pergunta Freud (1891/1977). "Nada de estático, mas algo da natureza de um processo".

Desta forma, neste texto as representações são consideradas como entidades imagéticas que se originam na percepção. Assim, o processo de representação tem a ver com o mundo externo, e depende necessariamente de um objeto. Para haver representação, é necessário que haja relação sensorial com o objeto. Contudo, a recíproca não é verdadeira: representação relaciona-se com o que existe no espaço interno, mas não necessariamente no mundo exterior. (Mijolla, 2005)

É importante aqui ressaltarmos a relação da representação com a angústia. É aqui que entra em cena o conceito de *Verdringung*, ou recalçamento. Entendemos com Freud (1915a/2006) que o recalçamento existe quando há rejeição das representações ou ideias que não podem se conciliar com a moral. Naturalmente, não são todas as representações que sofrem recalque, existem representações conscientes que não foram condenadas ao recalçamento.

É importante ressaltar que o processo de recalçamento não torna as representações inativas no inconsciente:

Sob a influência dos estudos das psiconeuroses, que coloca diante de nós os importantes efeitos da repressão, inclinamo-nos a supervalorizar sua dimensão psicológica e a esquecer, demasiado depressa, o fato de que a repressão não impede que o representante continue a existir no inconsciente, se organize ainda mais, dê origem a derivados, e estabeleça ligações. Na verdade, a repressão só interfere na relação do representante instintual com um único sistema psíquico, a saber, o do consciente. (Freud, 1915a/2006. p, 153)

Porém, apenas a representação pode sofrer recalque. O que se torna inconsciente não é em absoluto o sentimento ou o afeto, mas os mecanismos que os gerariam. Isto acarreta em um processo de privação do afeto de seu suporte representativo uma vez que este tenha sofrido a ação do recalque, podendo tornar este afeto flutuante, e, portanto, facilmente convertido em angústia. Por outro lado, este processo acarreta em representações inconscientes que procuram retornar a fim de satisfazer o desejo. Desta forma,

A idéia que representa o instinto passa por uma vicissitude geral que consiste em desaparecer do inconsciente, caso fosse previamente consciente, ou em ser afastada da consciência, caso estivesse prestes a se tornar consciente. ... O fator quantitativo do representante instintual possui três vicissitudes possíveis, tal como podemos verificar pelo breve exame das observações feitas pela psicanálise: ou o instinto é inteiramente suprimido, de modo que não se encontra qualquer vestígio dele, ou aparece como um afeto de que maneira ou outra é qualitativamente colorido ou transformando-se em ansiedade. As duas últimas possibilidades nos apontam a tarefa de levar em conta, como sendo uma vicissitude instintual ulterior a transformação em afetos, e especialmente em ansiedade, das energias psíquicas dos instintos. (Freud, 1915a/2006).

Desligado de sua representação, o afeto é facilmente transformado em angústia quando a representação ao qual se ligava anteriormente foi recalçada. Ao mesmo tempo, a representação contém moções pulsionais que nela investem - uma vez que a representação está em ligação direta com o exterior, onde haverá a procura pela satisfação.

Freud (1915b/2006) descreve uma das decorrências deste processo de recalque, a saber, a histeria de angústia:

Na histeria da ansiedade, uma primeira fase do processo é comumente desprezada, e talvez, de fato, passe despercebida; mediante detida observação, contudo, ela pode ser claramente discernida. Consiste no surgimento da ansiedade sem que o sujeito saiba o que teme. Devemos supor que determinado impulso amoroso se encontrava presente no Ics., exigindo ser transposto para o sistema Pcs.; mas a catexia a ele dirigida a partir desse último sistema retrai-se do impulso (como se se tratasse de uma tentativa de fuga) e a catexia libidinal inconsciente da idéia rejeitada é descarregada sob a forma de ansiedade. (p. 186-187)

No texto pré-psicanalítico sobre as afasias, Freud dá início à sua conceituação sobre representação-objeto (*Objektvorstellung*) e representação-palavra (*Wortvorstellung*), que serão discutidos com mais profundidade no texto de 1915 sobre o inconsciente, onde o conceito de representação de objeto é substituído pelo conceito de representação-coisa (*Sachevorstellung*). Freud (1891/1977) ocupa-se em localizar cada representação dentro do aparelho psíquico; no inconsciente, as representações-coisa, sozinhas, no pré-consciente, estas existem quando acompanhadas de suas relações com as representações-palavras:

O que livremente denominamos de apresentação consciente do objeto pode agora ser dividido na apresentação de palavra e apresentação da coisa; a última consiste na catexia, se não das imagens diretas da memória da coisa, pelo menos de traços de

memória mais remotos derivados delas. Agora parece que sabemos de imediato qual a diferença entre uma apresentação consciente e uma inconsciente. As duas não são, como supúnhamos, registros diferentes do mesmo conteúdo em diferentes localidades psíquicas, nem tampouco diferentes estados funcionais de catexias na mesma localidade; mas a apresentação consciente abrange a apresentação de coisa mais a apresentação de palavra que pertence a ela, ao passo que a apresentação inconsciente é a apresentação da coisa apenas. O sistema Ics contém as catexias da coisa dos objetos, as primeiras e verdadeiras catexias objetais; o sistema Pcs ocorre quando essa apresentação da coisa é hipercatexizada através da ligação com as apresentações da palavra que lhe correspondem. ... uma apresentação que não seja posta em palavras ou um ato psíquico que não seja hipercatexizado, permanece a partir de então no Ics em estado de repressão. (Freud, 1915b/2006, pp. 205-206)¹

Para Freud, ainda que ambas as representações surjam a partir da percepção sensorial, apenas ao ligar-se com a representação-palavra pode a representação-coisa tornar-se consciente. Porém, mesmo ligada a uma representação-palavra, não há a garantia que a representação-coisa passará para a consciência.

Portanto, há importante relação entre o recalque, representação e a regra fundamental da psicanálise:

Ao executarmos a técnica da psicanálise, continuamos exigindo que o paciente produza, de tal forma, derivados do reprimido, que, em conseqüência de sua distancia no tempo ou de sua distorção, eles possam passar pela censura do consciente. Na realidade as associações que exigimos que o paciente faça sem sofrer a influência de qualquer idéia intencional consciente ou de qualquer crítica, e a partir das quais reconstituímos uma tradução consciente do representante reprimido – essas associações nada mais são do que derivados remotos e distorcidos desse tipo. No correr desse processo observamos que o paciente pode continuar a desafiar sua meada de associações, até ser levado de encontro a um pensamento, cuja relação com o reprimido fique tão obvia que o force a repetir sua tentativa de repressão. (Freud, 1915a/2006, pp. 153-154)

O processo psicanalítico pode, portanto ser entendido como um trabalho de união e deslizamento das representações e afetos, visando maior mobilidade em ligações anteriormente marcadas por rigidez e repetição. Na histeria de angústia, o paciente ao procurar associar livremente, representações que anteriormente escapavam à consciência podem ressurgir, e dar sentido aos afetos transformados em ansiedade.

Para Fédida (1996), o tratamento psicanalítico e a transferência têm como propriedade o movimento de idéias e representações:

Em análise o que vem ao pensamento não será mais o mesmo quando o mesmo pensamento retornar. Esses movimentos que deslocam os lugares (e talvez as linhas!) fazendo com que cada lugar seja transportado por deslocamento para torna-se outro lugar, são os movimentos transferenciais. (p. 111)

Pode-se entender a representação como trabalho psíquico que marca as aproximações e distanciamentos da realidade psíquica e realidade do mundo exterior. Para Mijolla entende-se “representação como o que existe aqui em mim, no meu espaço interno, mas não necessariamente ali, no mundo exterior” (2005, p. 1611). Depende necessariamente de um encontro sensorial com o objeto, pessoa ou evento do mundo externo, mas a presença deste não é necessária para garantir a existência da representação no mundo interno do sujeito.

A representação seria a interiorização de um objeto, evento ou pessoa do mundo exterior, fazendo existir no interno o objeto ausente no mundo externo: “Fundamentalmente, como se vê, a representação constitui-se como duplo do objeto ausente, que ela permite evocar, fazer existir, mesmo quando inexiste no mundo das percepções e ações” (Mijolla, 2005, p. 1612). A representação, portanto é um trabalho psíquico que pode fazer existir o ausente.

4.3 - Representação da Ausência

No caso de Ana, nossa hipótese é que o olhar dos antepassados que deveria ser formador de seu mundo simbólico é entendido apenas como proteção e anteparo. Nossa hipótese é que Ana não tem uma representação deste outro em si que lhe faça aplacar a angústia. A presença deve ser concreta, e não pode ser representada. Para ela, é impossível criar a presença dentro de si quando defrontada com a ausência.

Ana não podia jogar o corpo no mundo. Era necessário que a acompanhante ou sua mãe andassem consigo para que pudessem protegê-la quando precisava sair de casa. Essa presença necessária era autoritariamente exigida, e em nossos encontros era difícil que pudéssemos fazer um plano terapêutico de saídas, o que por vezes era frustrante: Ana precisava ir ao supermercado, banco, shopping center... *“Que bom que você chegou, tenho que fazer tanta coisa”*.

Poucas vezes pensar sobre si era uma das tarefas diárias. As questões que restavam do atendimento eram, quase sempre, minhas. A busca por trabalho clínico e psíquico, também. O que Ana me pedia era o corpo- anteparo mágico emprestado, não as palavras e às vezes, nem a escuta. Para que se possa pensar os enigmas restantes do atendimento, trabalharemos algumas referências teóricas, começando com o jogo da ausência e presença do *fort-da* descrito por Freud em 1920 a partir da observação de seu neto:

Esse bom menininho, contudo, tinha o hábito ocasional e perturbador de apanhar quaisquer objetos que pudesse agarrar e atirá-los longe para um canto, sob a cama, de maneira que procurar seus brinquedos e apanhá-los dava sempre bom trabalho. Enquanto procedia assim, emitia um longo e arrastado ‘o-o-o-ó’, acompanhado por expressão de interesse e satisfação. Sua mãe e o autor do presente relato concordavam em achar que isso não constituía uma simples interjeição, mas representava a palavra

alemã, *fort*. Acabei por compreender que se tratava de um jogo e o único uso que o menino fazia de seus brinquedos era brincar de ‘ir embora’ com eles (1920/2006, p. 494).

Esta hipótese de Freud é depois confirmada ao observar seu neto fazer a mesma brincadeira com um carretel:

O que ele fazia era segurar o carretel pelo cordão e com muita perícia arremessá-lo por sobre a borda de sua caminha encortinada, de maneira que aquele desaparecia por entre as cortinas, ao mesmo tempo que o menino proferia seu expressivo ‘o-o-ó’. Puxava então o carretel para fora da cama novamente, por meio do cordão, e saudava seu reaparecimento com um alegre ‘*da*’ (‘ali’). Essa era então a brincadeira completa: desaparecimento e retorno. (Freud, 1920/2006, p. 494)

Freud entende que a brincadeira do *fort-da* relaciona-se com a “autodisciplina que ele conseguira alcançar em tenra idade, ao permitir que a mãe o deixasse e ‘fosse embora’” (Freud, 1919/ 2006, p. 494).

Em nota de rodapé, Freud acrescenta outra brincadeira da criança bastante importante. Certa vez, a mãe da criança se ausentou por várias horas seguidas e quando voltou seu filho a recebeu com as palavras “Bebê o-o-ó!”. Descobriu-se depois que no período de ausência da mãe, a criança tinha descoberto seu próprio reflexo num espelho de corpo inteiro que não chegava até o chão, e brincou de agachar-se e fazer sua imagem no espelho ‘ir embora’ (*fort*). Assim “a criança havia encontrado um método de fazer desaparecer *a si própria*” (Freud, 1920/2006, p. 26).

Rabello (2004) relaciona o jogo com a própria constituição:

Nele, vê-se a potencia constitutiva, não só do “eu” e do “outro”, de das Ding e dos objetos psíquicos, quanto do intervalo que os constitui, assim como das diferentes direções que determinam a lógica e os tempos, ativo e passivo. Revela,

emblematicamente, seu caráter constitutivo do espaço, incluindo a presença e ausência de objetos assim como de temporalidades como a narrativa – subjetividade. (p. 163)

A repetição do jogo relaciona-se com a importância da escravização do outro, para que seja permitido à criança fazer-se sujeito a partir da dominação: “Como alguém capaz de dominar a ida e vinda do outro e assim capaz de dominar a própria angústia.” (Rabello, 2004, p. 164). Desta forma,

Ao dominar o objeto psiquicamente, pode renunciara ele objetivamente, inibindo o escoamento livre e adiando a resposta até a presença do objeto. Para tal, é preciso suportar sua ausência sem senti-la como avassaladora e a posição de passividade faz da ausência insuportável. Até para o adulto constituído quanto mais a esses pequenos sujeitos em constituição. (Rabello , 2004, p. 165)

Rabello (2004) ressalta ainda a importância do “jogar” na constituição do eu: “Trata-se de jogar “objetos”, a si mesmo, suas palavras ou seu grito para serem resgatados pelo “outro” e aí reside sua essência constitutiva. De início, esses “objetos” simplesmente caem sem destino algum: palavras, gritos, objetos e a própria criança”. (Rabello, 2004, p. 160)

Analogamente, para Fédida este jogar releva uma angústia relacionada a ausência:

Deixar cair e jogar para longe podem ser claramente escutados a partir de uma angústia de não ser segurado ou mantido (to hold): o jogo joga-se projetivamente e é doador de sentido à ausência. A fala do tratamento analítico recolherá estas determinações – para aquém e para além do famoso jogo do *Fort-da* – e será o lugar cênico privilegiado do jogo da ausência. (Fédida, 1997, p. 31)

Fazer existir o ausente através da representação e achar uma saída criativa para sua condição de angústia. O bebê pode representar e simbolizar sobre a ausência de sua

mãe na brincadeira do *fort-da*. Já para Ana, o outro é aquele que pode salvá-la, e ela pede emprestado o olhar e as palavras para garantir que ela não desapareça. Não lhe passa pela cabeça divertir-se com nenhum carretel e muito menos espelho. Perder-se do outro era perder a garantia de segurança contra o mundo e a ausência é apenas falta de garantia de si própria, e não pode ser motivo de brincadeira. Seu acompanhamento terapêutico e sua análise não servem para fazer carretel, para que ela aproprie-se de sua condição pática. No *fort-da* de Ana era impossível pensar em deixar de dominar o outro para que se pudesse dominar a ausência do outro.

Ana precisava repetir minha presença compulsivamente, em concretude que não podia ser interiorizada de outra maneira que não fosse o do consumo. Ana usava o acompanhamento para quê? Fédida (1997) descreve em um artigo sobre a toxicomania a adição de ausência. Para o autor, o fenômeno aditivo está presente em diversos sintomas manifestados ao longo de um tratamento. Prossegue Fédida (1997):

E se nos ativermos à consideração do fenômeno único *em si mesmo*, o que podemos dele inferir é que não é apenas a expressão de uma falta, mas que a *ação física* que ele representa com uma grande violência é *ação do psíquico* relativa a uma afecção que chamaríamos de psíquico. (p. 30)

Fédida (1996) entende que “a cura que o doente tenta obter de si e por si próprio é considerada por Freud como uma das características do ‘autocratismo’ (*Selbstherrlichkeit* ou *Eigenmächtigkeit*) do eu, incapaz de ceder a quem quer que seja – e, portanto à *pessoa do médico* – qualquer poder de ação para curar sua *vida*, poder que apenas a própria pessoa deteria” (p. 132).

Para o autor, o toxicômano busca com o uso de drogas tornar-se um “farmacêutico autocrático do psiquismo” (Fédida, 1997, p. 30):

Tudo se passa como se o *autocratismo da vida psíquica* remetesse a uma destas formas de domínio do psíquico sobre o psíquico – a ascendência (aqui, a palavra utilizada por Freud é *Eigenmachtigkeit*) que o terapeuta conhece pela oposição que ela manifesta a qualquer forma de influência que venha da presença de um outro e que se exerça sobre um corpo. Ascendência de que falamos anteriormente que defende qualquer *alteração* que venha da *existência de um outro*, como se a transferência intrapsíquica que realiza fosse da ordem de uma filiação secreta através da doença e do poder que esta tem de conceder a cura. (Fédida, 1997, p. 30)

Na toxicomania, a substância tóxica entraria nesta equação entrando como um equivalente metonímico para o psíquico. Ainda, a substância tóxica é investida como sendo a própria vida psíquica, afastando a existência de qualquer pensamento, imaginação, sensação ou linguagem. Desta forma, há uma suspensão das representações enquanto ligações do intrapsíquico com o mundo externo e pensamentos enquanto abstrações que serão substituídos pelo tóxico. Fédida (1997) se pergunta como seria possível o psíquico sentir-se como órgão dolorido que exige de si mesmo sua repressão, como se fosse uma afecção da alteração:

E em que condições isto que é psíquico, identificado à presença do outro se deixa pressentir como sendo de natureza transferencial, a ponto de tornar esta presença excessiva? Pois é exatamente disto que se trata no autocratismo toxicômano que se opõe a qualquer ameaça de influencia da presença de um outro, e mesmo de sua existência única ‘enquanto outro’ – a figura do psicanalista terapeuta representando por excelência a ameaça mais forte de alteração, a partir da espera que suscita. (p. 31)

A presença de um clínico que busque criar narrativa a partir do discurso pático do sujeito do inconsciente necessariamente poria este último em desagradável contato com seu psíquico e ainda, com seu sofrimento. A alteração do seu psíquico desejada por Ana em nossos encontros era apenas uma: garantir o silêncio deste. O rivotril e eu éramos consumidos em suas saídas ao mundo exterior. O que me pedia não eram

palavras, era meu corpo de prótese/anteparo diante das incertezas da vida, que poderiam arrebatá-la a qualquer minuto.

Em “O Interlocutor”, Fedida (1996) adverte que a clínica psicanalítica não deve ignorar a presença do autocratismo psíquico, mesmo que este pareça atenuado com a busca de uma análise. Ainda o autor adverte que não se trata aqui de uma incapacidade de transferência, mas que se trata de uma modalidade singular de transferência:

... geralmente enquisitadas em sintomas – muitas vezes somáticos- com a peculiaridade de serem vividos como uma ameaça para a vida como garantia de uma função autoerotizada de autoconservação. No trabalho analítico com tais casos é especialmente surpreendente – além da bem conhecida impossibilidade de associar livremente – o considerável esforço dispendido para esvaziar a pessoa do analista de qualquer presença (sinônimo de contato e de influencia) e a tentativa, através do lamento e do sintoma, de negar-lhe qualquer poder de ação benéfica. (Fédida, 1996. pp. 132-133)

A pessoa do médico/analista para Fedida só pode produzir milagres - uma vez que deriva-se do poder divino dos sacerdotes - desde que não se arrogue um direito de domínio sobre o paciente mas que “sua própria disposição psíquica com respeito a esse paciente deve fazer dessa pessoa – exatamente ali onde se encontra – aquele que responde ao sonho” (Fédida, 1996, p. 136).

Portanto, ao criar a ausência a partir da presença do clínico é que se pode criar a linguagem e o sonho na clínica:

Uma pessoa transparente como o ar, por poder ser subtraída pela alucinação negativa que assim a torna ausente a partir de sua própria presença; realmente não há maneira melhor de definir a essência da ação (do) psíquica(o) senão através de uma pessoa “transparente como o ar” ou ainda, através do vazio necessário para que as palavras tornem-se mágicas em sua própria pronúncia. (Fédida, 1996, p. 138)

Como poderia eu me tornar transparente como o ar quando Ana exigia a solidez de uma rocha? Não ter seu psíquico alterado pelo enigmático e perigoso advindo do “lá fora” (ou “aqui dentro?”) era sua meta com minha presença. A clínica não era vista como possível interlocutora de seu *pathos*, em contrapartida Ana buscava um silêncio de órgãos que atravessava o campo transferencial do qual fazíamos parte. Sentia como se minha presença infalível e concreta era demandada como garantia da ausência do perturbador trabalho psíquico, e não uma ausência que pudesse ser catalisadora deste, produtora de sonhos e palavras. Para Fédida (1997) a adição de ausência:

... não apenas é da origem das manifestações que entram semiologicamente na nosografia das neuroses e das psicoses, mas além disso, dir-se-ia que está em estreita relação com a produção da *alucinação negativa* inerente ao *sonho e á transferência*. Não seria a alucinação negativa, sob este prisma, o poder de ‘fazer desaparecer’ alguém *a partir de sua própria presença?* Não seria, como diz Freud, a *capacidade física do psiquismo de ausentar* o outro em sua presença, ou ainda, de tornar sua ‘pessoa transparente como o ar’ (p. 139)

Assim, entende-se que a transferência possui o mesmo valor da hipnose, contanto que o fenômeno da hipnose não esteja isolado de sua relação com o sonho, mais ainda do que com o sono (Fédida, 1996). É o valor hipnótico da transferência que implicado na pessoa do clínico irá formar a condição da escuta e da interpretação.

É evidente que se a pessoa do médico for excessivamente ‘real’ não conseguirá obter o efeito desejado. E sabemos que uma das maiores resistências ao trabalho psíquico no tratamento é a da ‘representação alvo’ consciente, tanto da cura a ser obtida quanto da presença do médico em pessoa. Assim, é a natureza dessa presença que qualifica o estatuto que a pessoa irá assumir. Uma das razões pelas quais a hipnose continua sendo aqui o paradigma da ação (do) psíquica(o) esclarecida pelo sonho é seu poder – como o do sonho – sobre o corporal, inclusive o poder chamado de alucinação negativa, de fazer desaparecer certa pessoa. (Fédida, 1995, pp. 138-139)

É, portanto, “devido à alucinação negativa que afasta a representação da pessoa, esvaziando-a de qualquer conteúdo físico e psíquico, engendrando, portanto, a ausência a partir da particularidade de sua presença” (Fédida, 1996, p. 140) que pode se criar a imagem do analista como superfície de projeção. É somente a partir da operação negativa realizada sobre o analista que se pode “remontar ao interior do dentro (no sentido próprio de *Er-innerung*) os aspectos da pessoa assim *ana-cronizada*” (Fédida, 1996, p. 140)

Em outras palavras, para que haja produção psíquica e o analista esteja na posição de interlocutor, é necessário que se possa criar a ausência. Somente se o clínico puder desaparecer ou “transparentar-se” é que se torna possível criar a fala e o sonho a que dizem do *pathos*. Ao mesmo tempo, é somente se a ausência puder ser suportada que se escapa da concretude e da presença real, podendo assim buscar e construir caminhos para si mesmo.

Joyce McDougall (2003) entende que na relação do bebê lactente com a mãe existe a angústia da perda do objeto primário e em decorrência, angústia da perda da própria vida. Quando esta angústia não é transformada pela representação do objeto externo em objeto interno, há uma busca no mundo exterior para encontrar este objeto ausente. Ainda para a autora, é possível que o objeto procurado passe a ser determinante das relações e, portanto, que se passe a “utilizar os outros como uma droga, o que às vezes cria relações tensas com o meio” (Mcdougall, 2003, p. 192).

É importante notar que a ausência não se confunde com o vazio na análise. Para McDougall (2003), a angústia de ausência do objeto pode provocar um sentimento de vazio que visa trazer alívio:

... por falta da constituição do objeto interno a que o sujeito tenha podido se identificar e convocar nesse tempo suspensivo para poder tratar. Trata-se da angústia

catastrófica, sem limites representáveis. Diferentemente das soluções neuróticas, esse vazio deve ser preenchido mais por uma substância do que pela capacidade de poder ficar só com sigio mesmo, e até criar sintomas fóbico-obsessivos ou histéricos protetores. Isso se acrescenta à hipótese de um entorse na constituição da área transicional. (Mcdougall, 2003, p. 194)

O vazio pode ser entendido como uma busca por proteção. Fédida descreve no texto “O vazio da metáfora e o tempo do intervalo” o estado de vazio como uma “organização narcísica primária do eu antes de ‘começar a se preencher’” (1999, p. 71). Para além disto, “psíquico – assim pode-se nomear o vazio – poderia significar aqui a hipótese de isolamento, da privação sensorial como medida de conservação de si, em estado de perigo” (Fédida, 1999, p. 71).)

Desse modo o estado do vazio busca funcionar como um anteparo que possa reduzir o psíquico a um pára-excitações que busca garantir a proteção do trauma. Nas palavras de Fédida (1999): “O vazio é a vivência do presente que faz obstáculo á ameaça vindoura de um desabamento” (p. 72). Isto implica que para garantir o vazio deve-se dar uma retirada de investimentos libidinais. O eu deve tornar-se egoísta para garantir o vazio.

O vazio pode também ser compreendido como o órgão psíquico plenamente investido, mas sem representação. Para Fédida (1999):

O vazio é exatamente o contrário de um corpo sem órgão e seria mesmo adequado nomear-lo o *negativo do órgão*- espécie de inversão paradoxal do protótipo hipocondríaco do órgão genital que pode ser compreendido a partir de uma relação com um corpo sem órgão, ou ainda de um corpo reduzido a ser apenas um órgão. A imaginação corporal do vazio levaria, nessas condições *ao limite extremo de uma representação* – espécie de representação que perdeu conteúdo e limite. (p. 89)

Em outras palavras, o vazio é um estado de conservação do psíquico, que busca anular as tensões através de um equilíbrio, de suspensão psíquica pela evacuação de qualquer conteúdo de representação (Fédida, 1999).

Entendemos aqui que no estado de vazio que Ana procurava avidamente com minha presença deveria protegê-la de seu psíquico:

Tomado ao pé da letra, o aparelho psíquico - caso ele se ponha em funcionamento - é menos um bloco de notas mágico do que uma máquina de tortura e perseguição! Melhor, portanto, se ele não for funcional, e se, no limite não servir para nada. (Fédida, 1999, p. 104)

Ainda, para Fédida (1999) o sentido do tratamento analítico é a simbolização da ausência.

O que equivale a dizer que o ausente é - através da elaboração - constitutivo da ausência do qual é primitivamente e continua sendo, na fala, o núcleo alucinatório. Em outros termos, trata-se sem dúvida - durante o tratamento - de proporcionar um tempo á projeção, e o tempo *da projeção só pode ser o projeto*. É sob essa condição que se concebe a simbolização do ausente na ausência. *Ora, a presença do analista significa ao mesmo tempo que a projeção é possível e que o projeto esta temporalmente inscrito na fala*. O analista não significa a ausência, mas a refere como fundamento negativo da presença e é assim que a fala pode encontrar fundamento na linguagem. O negativo da ausência é a linguagem. (p. 88)

Entendemos no texto apresentado anteriormente que a linguagem ocupa um lugar privilegiado enquanto resposta dada ao desejo dos pais. É através da linguagem que é possível à criança ocupar o lugar de desejante e desejada. Lembramos aqui com Aulagnier (1992)

O emprego, pelo sujeito, da língua como via de comunicação exige que ele tenha abandonado o reino da certeza em que o percebido, ouvido, expressado ignorava, a dúvida e a contradição graças a uma representação fantasmática, cuja lenda vinha dizer qual era a significação exaustiva. (p. 171)

Mas se não é possível abandonar o reino das certezas, da concretude e lançar o corpo, a dois, no mundo inseguro e incerto como é possível representar a ausência? E se capturado por este funcionamento, como é possível que na clínica se abra espaço para a fala, para a linguagem e para a figuração do corpo do analista, enquanto presença que ao escutar a ausência, funda a linguagem (Fédida, 1999)?

Pensar a transferência que sacrifica a ausência em virtude da segurança da concretude foi um desafio importante deixado como herança desta experiência clínica. Diz Magtaz (2008) acerca do vazio que se impõe no tratamento analítico: “... o analista não deve, de maneira nenhuma, desprezá-lo ou preenchê-lo. Deve, sim, jogar com ele” (p. 157).

Ter um lugar para a ausência dentro de si é, portanto, a possibilidade de constituição de um lugar para si. A crise, entendida enquanto episódio produtivo carrega a possibilidade de lugar que promove a abertura de sentido e possibilidade, ainda que carregada de sofrimento. Contudo, é necessário deixar-se atravessar e vitimar pelo *pathos*, para que na crise passiva possa se encontrar atividade. A crise seria, portanto, um afastamento da concretude para a abertura de sentido a partir de um lugar cambiante e transformador. Mas como pensar na crise quando a concretude e o fechamento são a ordem do aparelho psíquico?

4.4 – O lugar da Crise

Crise vem do Grego *krisis*, "separação", através do Latim *crisis*. O termo grego refere a "separar, escolher, reparar, julgar, acusar". Na história da medicina, crise é o dia em que, na evolução de uma doença, há um momento decisivo tanto para a cura quanto para a morte.

Na literatura da Psicopatologia Fundamental Berlinck define em o *Método Clínico 5 crise* "... como ponto culminante de uma doença e aposta para transformações decisivas na existência. Essa concepção opõe períodos críticos a períodos orgânicos em que as partes de um todo (organismo) funcionam em harmonia". Fédida (1992) relaciona crise com angústia dizendo que a primeira se refere à "... angústia de desaparecer ou ser aniquilado, imagens e palavras em curso de se destruírem" (p. 30). Há em ambos autores a idéia de interrupção do *status quo* que pode desorganizar, e necessariamente promove perturbação psíquica. A crise é uma catástrofe que nos põe em encontro com o desconhecido.

É importante ressaltar o que Fédida (1992) adverte em seu livro *Crisis Y Contratransferencia* sobre a psicopatologia da crise. O psicanalista afirma que os psicopatólogos em geral tendem a entender a crise como um episódio que deve ser aplacado e diminuído com atitudes terapêuticas com frequência excessivamente ligadas à condensação das noções de sintoma, sofrimento e doença. Fédida propõe que crise seja pensada como "*al fenomeno de la angustia por el yo o aun el exceso de excitaciones insoportables para el aparato psíquico, em suma: las constantes rupturas que determinan remodelaciones econômicas bruscas y que ponen em peligro la vida del individuo*" (1992, p 252).

O que o psicopatólogo propõe em contrapartida é que se encare o próprio processo psíquico como crise. O autor afirma que o processo de constituição da Psicopatologia Fundamental busca menos a descrição e a compreensão das entidades mórbidas por contraposição às funções normais que tentam pensar a continuidade dos processos psíquicos e, nessas condições, os disfuncionamentos críticos aparecem nos sujeitos normais (Fédida, 1992). Passa-se a entender o crítico como um evento e processo portador da inteligibilidade do psicopatológico.

Para o autor, a função crítica é propriamente instauradora do clínico. Fédida afirma que todo analista sabe que as melhorias sintomáticas ao longo do curso do tratamento se assemelham a compromissos entre doença e saúde, mas adverte que estes episódios *“no deberían impulsarlo a las síntesis positivas (como dice Freud: síntomas y curación se encarga de ello!) sino hacer que persevere en ese trabajo de lo negativo que del comienzo al fin es inherente al psicoanálisis”* (Fédida, 1992, p. 252).

Como discutido anteriormente, Fédida propõe que a relação analista paciente não seja uma relação interpessoal, uma vez que a transferência não é endereçada ao analista. O analista é objeto interno alucinatório do campo transferencial. A crise seria inclusive parte inerente da clínica: *“... se acepta que el psicoanálisis nos forma en una visión clínico teórica cuya función crítica es propriamente instauradora de lo clínico”* (Fédida, 1992, p. 252).

Ávila (2011) afirma que, independente dos motivos que desencadeiam as crises ou a psicopatologia por trás desta que “O estado ‘crítico’ poderá ser considerado um período, uma passagem de uma situação a outra, gerando um reposicionamento, geralmente acompanhado de sentimentos de desconforto, inquietação e angústia diante da desorganização psíquica que se instala” (p. 36).

A autora cita a análise sóciohistórica do filósofo espanhol Ortega y Gasset sobre a crise mundial ocorrida entre a Idade Média e o Modernismo para elucidar o tema. A crise para este autor relaciona-se com a idéia de reviravolta e transformação. Desta forma, a ideia é que a crise se relaciona com as ações que determinam novas direções a serem tomadas, o que acarreta em um encontro com o desconhecido.

Para Ortega y Gasset, no intervalo entre esta posição/lugar a ser abandonado e a outra posição/lugar a ser assumida é que ocorre a crise. Aqui, o autor sublinha a dificuldade em lidar com a distância progressiva entre a influência da cultura na qual o indivíduo se insere e o significado genuíno dos valores. “Por ter horror ao vazio, à solidão – necessária ocorrência do ser neste encontro com suas verdadeiras convicções – o indivíduo acaba por se perder na socialização” (Ortega y Gasset, 1982).

A crise, para o filósofo é, portanto um questionar acerca dos sentidos e significados do indivíduo, que o leva a se reaproximar de si mesmo, provocando reformulações e transformações. Diz Ávila: “Só a ele cabe uma tomada de decisão frente a seus impasses, ainda que tente a busca alienante de encontrar suas respostas fora de si, no social, ou outorgando a alguma instância que represente poder ou autoridade, o que se revela como uma utopia, uma falsa ilusão de não estar só” (2012. p. 37).

Ortega y Gasset (1982) vê a saída possível da crise através de um processo de “ensimesmamento”, comandado pelo pensamento. Segundo o autor se o homem “pensa bem”, pode encaixar-se em si mesmo, o que para ele é a definição de felicidade. Contudo, se “pensa mal”, viverá em angústia, sem íntima veracidade”.

O que o autor evidencia aqui se relaciona com o mito freudiano da Catástrofe Glacial. Se entendermos que o aparelho psíquico é parte do sistema imunológico construído a partir desta catástrofe, sua função é proteger o ser humano da angústia. A

crise seria causada por um *pathos* que vem de fora e uma regressão a estes limites do psiquismo e, possivelmente, uma ameaça a sua organização.

A idéia de “pensar bem” de Ortega y Gasset, - encaixar-se em si mesmo - parece ser uma saída privilegiada deste encontro com o abismo, através de uma transformação do sofrimento em experiência, um aprendizado sobre si mesmo. Já “pensar mal”, acarretaria em cair em angústia, a partir de uma falha na defesa no aparelho imunológico psíquico, criado para lidar com a catástrofe.

Relacionamos o “pensar bem” com a idéia da clínica para a Psicopatologia Fundamental. É na clínica que se faz possível que o sujeito do *pathos* tenha a possibilidade de construir um discurso narrativo acerca de seu sofrimento e experiência, e uma possível forma de lidar com a crise. A partir da palavra e da voz, da experiência de escutar o sofrimento, do cuidado com a relação transferencial que o psicopatólogo fundamental pode fazer do *pathos* experiência (Berlinck, 2000). A clínica permite, portanto, que através do campo transferencial possa-se oferecer ao sujeito recursos para enriquecer-se com a sua experiência da crise. Assim:

Desde que a posição da Psicopatologia Fundamental é tal que se dispõe sempre a escutar um sujeito que porta uma única voz que fale do *pathos* que é somático e que vem de longe e de fora, ela é sempre objeto de transferência, ou seja, de um discurso que narra o sofrimento, as paixões, a passividade que vem de longe e de fora e que possui um corpo onde brota, para um interlocutor que, por suposição, seja capaz de transformar, com o sujeito, essa narrativa numa experiência. Esta palavra, aqui, adquire o sentido preciso de enriquecimento, ou seja, a experiência é a possibilidade de se pensar aquilo que ainda não foi pensado. (Berlinck, 2000, p. 25)

De que *pathos* somático diz aquele que sofre com a crise de angústia? No texto de 1895 de Freud, *Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada neurose de angústia*, o psicanalista descreve o quadro clínico e

as crises características com precisão. A sintomatologia da angústia não varia na obra freudiana, e ainda é quase idêntica ao encontrado nos manuais de psiquiatria; segundo Pereira (2003), “cabe, portanto a Freud o mérito de ter realizado pela primeira vez, a descrição clínica específica do quadro de neurose de angústia. Sua contribuição foi essencialmente de ordem nosológica e nosográfica, ao propor um novo quadro clínico que seria posteriormente assimilado pelas nomenclaturas psiquiátricas” (p. 60).

Para Mario Eduardo Costa Pereira, as apreensões simbólicas necessariamente deixam um resto não assimilado e não sintetizável “que se torna fonte de todos os possíveis” (Pereira, 2008, p. 245). Assim, o sujeito sabe que apesar de que ainda que seu processo de simbolização seja bastante elaborado, há sempre um resto não elaborado onde todos os possíveis podem surgir, sem que o sujeito esteja preparado para isso.

Esta abertura é encarada como fonte de ameaças e encontro com o perigo, porque é uma abertura sem garantias, ou seja, evidencia a própria incapacidade de simbolizar o conjunto do real e suas possibilidades. Relembramos aqui o que Ortega y Gasset (1982) diz acerca do caminho desconhecido que deve ser trilhado pelo sujeito. É no desconhecido do simbólico que se retorna para uma das invenções humanas de defesas contra a catástrofe.

O que haveria de produtivo nas crises de Ana? Para ela, entrar em crise de não seria exatamente evitar a abertura de sentido? As crises angustiadas de Ana, ocorrendo especialmente em trânsito, no caminho a paralisavam. Era necessário estacionar e ser tomada pela angústia: seguir era impossível. Não havia crise produtiva possível e que a impulsionasse para frente. A abertura de caminhos e sentidos poderia apenas ser confrontada com a estagnação.

Qual seria o espaço possível para a clínica, portanto, quando no lugar do pensamento poderia surgir apenas a angústia? Ana fixava-se no lugar da estagnação, do tamponamento, onde pouca produção crítica pudesse surgir. Evitando atravessar porta a fora, Ana passou muito tempo no lugar da sala de espera, em um sem lugar estagnado e ansioso.

Considerações Finais

À guisa de conclusão, não pretendemos buscar encerrar os assuntos e questões levantadas ao longo desta dissertação. O que pretendemos é direcionar pontos que podem ser aprofundados a partir da teoria e da clínica. Contudo, é importante que se faça um levantamento de nossas descobertas clínicas discutidas ao longo do texto.

Desta forma, pretendemos que a partir da experiência clínica possa-se enriquecer o campo de estudos sobre a angústia, especialmente afastando-se de uma busca por encerrá-la em patologia oriunda de disfunções de neurotransmissores sobre a qual a Psicopatologia pouco teria a contribuir. Concordamos aqui com Fédida (2008) quando o autor afirma que “o ataque de pânico não seria essa síndrome futurista onde não há mais ninguém a quem falar” (p. 12).

Procuramos, portanto, através desta dissertação poder ampliar e contribuir para as diferentes escutas e vozes que se ocupam do fenômeno da angústia, para que esta não se encerre em classificações nosográficas psicopatológicas sobre as quais não haveria mais possibilidade de descoberta.

Relembramos aqui as considerações iniciais sobre o caso clínico. Ana padecia de permanente imobilidade por conta de sua angústia paralisante. Permanecia na antessala da vida, esperando o mal estar da próxima crise de angústia, mas protegida pelas quatro paredes de seu diagnóstico de síndrome do pânico, que lhe encerrava em um lugar fixo e pontual. Não lhe era possível circular entre lugares de maneira prazerosa e produtiva.

Para pensarmos esta questão, recorremos a Berlinck (2000), em sua discussão do *Tratado das Paixões de Descartes* para pensar a questão do agir e padecer:

Diz-se paciente, ao contrário, àquele que tem a causa de sua modificação em outra coisa que não ele mesmo. A potência que caracteriza o paciente não é um poder

operar, mas um poder tornar-se, isto é, a suscetibilidade que fará com que nele ocorra uma forma nova. A potência passiva está, então, em receber a forma. Em termos aristotélicos, deve ser lançada à conta da matéria. Em segundo lugar, padecer consiste essencialmente em ser movido, ao passo que o agente, á medida em que sua atividade própria esta em comunicar uma forma, não é essencialmente mutável. Ocorre decerto, que deve mover-se para agir sobre o paciente, mas como agente. É porque ele também é um ser que contem matéria. O paciente como tal, é que, por natureza, é um ser mutável, caracterizado pelo movimento. (p. 19)

Assim, nestas características do padecer encontra-se o limite e a questão do lugar, uma vez que “o fato de ter de mudar (de lugar ou de quantidade) para receber uma nova determinação mostra que ela não possui todas as qualidades de uma só vez e que a aparição dessas depende de um agente exterior” (Berlinck, 2000, p. 19).

Entendemos que para Ana, foi difícil usufruir desta passividade que pode ser transformadora. Custava muito deixar-se vitimar de maneira que pudesse ser produtiva: nem em seus episódios de maior excesso, como nas crises de angústia, foi possível pôr-se em questão. Havia pouca possibilidade de sair da desconfortável antessala para o desconhecido do mundo. Relembramos aqui “se, por um lado, o excesso (de *pathos*) causa dor, por outro, ele cria subjetividade.” (Ceccarelli, 2005). Parece-nos que para Ana, a subjetividade criada por *pathos* poderia ser apenas fonte de dor.

Por esta via de compreensão, entende-se que Ana entra em crise para não entrar verdadeiramente em crise. A saber, crise significaria, como proposto, uma interrupção, separação que promove perturbação psíquica. Como afirmam Ávila (2011) e Ortega Y Gasset (1982) esta perturbação, ainda que possivelmente carregada de sofrimento, pode ser produtora de um reposicionamento, de um lugar a outro. Ortega Y Gasset (1982) propõe que a possibilidade de uma crise que possa ser benéfica e transformadora seria propiciada por um processo de ensimesmamento, onde se pode pôr em questão o lugar

antes ocupado, para que, através da mobilidade trazida pela crise, se possa ocupar um novo.

Desta forma, pode-se inferir que as crises de Ana nada tinham de críticas. Seu desconforto era apenas sentido como tal, e não poderia ser produtivo de um deslocamento para um lugar onde fosse possível enriquecer-se com a experiência. Suas crises encerravam-se no diagnóstico de pânico, e nada mais havia para pensar sobre o assunto.

Ana busca o acompanhamento para apaziguar estas crises. Contudo, questionamos o quanto a paciente estaria disposta a deixar-se afetar pelo agente clínico que poria em movimento a possibilidade de mudança, ou seja, o meio para que um novo lugar pudesse ser ganho.

Possivelmente, a busca do acompanhamento terapêutico seria outra: Ana não pode ser acompanhada na mudança. A presença da acompanhante deve ser concreta, para que fosse possível caminhar por um mundo de certezas, e não de transitoriedade e múltiplos lugares. A maneira preferencial de relacionar-se com o outro é dominando sua presença. À acompanhante não era demandado transparentar-se para que *pathos* pudesse aparecer; a ausência não era possível de ser assimilada sem ser fonte apenas de angústia e não de sonho, fala e fantasia.

Assim, a dominação da presença alheia a retiraria da difícil tarefa de dominar a sensação da ausência interior, ainda que esta possa ser constitutiva de um lugar interno do outro em si. A concretude do binômio ausência/presença, que não pode achar lugar para a representação, afasta Ana do mundo interno. Este mundo pode ser sentido apenas como fonte de desprazer e desconforto, e idealmente seria silenciado através da presença do outro.

Relembramos aqui Rabello: “Como alguém capaz de dominar a ida e vinda do outro e assim capaz de dominar a própria angústia” (2004, p. 164). Ana não podia apreender esta ida e vinda e transformar isto em jogo; era mais simples dominar o outro, e não representar sua ausência. O *fort-da* não podia ser fonte de prazer e descoberta.

Podemos sugerir que é difícil para Ana a possibilidade de achar na representação da ausência do outro, um lugar para sua própria psique. Infelizmente, sua angústia ficou de herança neste jogo; indominável e com a qual não era possível produzir, apenas paralisar.

Como pensar o lado produtivo da angústia a partir da experiência clínica? A angústia que seria produtora de um eu, ainda que a partir do outro. Talvez, este afeto para Ana não poderia ser disparador de uma mudança de lugar subjetivo, e tampouco ser produtor de uma reflexão sobre o lugar do vivido: Ana tinha tanta angústia que dificilmente era possível haver pensamento, muito menos pensamento produtor de mudança.

Na Catástrofe Glacial, aos hominídeos bem sucedidos - a saber, os que conseguiram lidar com esta crise - foi necessário transformar em angústia o que antes fora libido objetal (Freud, 1928 /1987). Seguindo esta linha de pensamento, Berlinck afirma, como ressaltado anteriormente, que “... a catástrofe introduz o desamparo e a insuficiência imunológica no próprio psiquismo, pois este incorpora a catástrofe no movimento narcisista primitivo” (2000, p. 104).

Sem este investimento narcísico que acarreta na formação do aparelho psíquico humano, e conseqüentemente na transformação de libido em angústia não teria sido possível a sobrevivência da espécie humana. Isto significa dizer que o investimento na psique, ainda que carregado de angústia, foi produtor do humano em si. A angústia foi, portanto afeto constituidor da espécie e, longe de ser necessariamente patologia,

sofisticou-nos enquanto seres possuidores de um mundo interior, fonte de dor e passividade, mas com potência criativa para a transformação a partir de *pathos*.

Supomos que para Ana, não há conhecimento sobre sua angústia. Esta angústia precisaria ser transformada em representação, para que tivesse a possibilidade de ser integrada como conhecimento ou riqueza interior. Afirma Green (1988):

Quanto ao destino das pulsões, sabemos que deve distinguir entre idealizações do objeto como expressão de investimento narcisista e sublimações como transformadoras das pulsões. Todas essas operações precisam de um *sujeito*, no sentido estrutural que não é um (*eu*) existencial, mas um jogo de descolamentos de condensações, de *circulações*. Este sujeito experimenta-se existencialmente no afeto e de maneira privilegiada na angústia sentida pelo Eu. *A angústia é a epifania do sujeito*. Epifania obtida por meio do Eu, mas que necessita de sujeito simbólico. (p. 145)

A mobilidade enquanto qualidade do eu torna-se, portanto, necessária para transformar a angústia em epifania. Para isto, todavia faz-se necessário afastar-se da idealização excessiva e narcísica da figura do outro, para achar um lugar para si através da angústia.

É com a palavra do Outro que se pode fazer identificação que apazigua a angústia da imagem de um corpo despedaçado (Lacan, 1954/2005), mas para isto há que haver reverberação maior da palavra do que da concretude do Outro. Para Lacan (2005 /1963) o analista ao fazer-se de semblante de causa do desejo a partir do lugar de objeto, a saber, lugar da angústia por excelência, leva o sujeito a uma travessia de responsabilização de seu gozo, não mais atribuído à demanda do Outro, nem identificado ao gozo deste suposto Outro.

No estágio do Espelho, a imagem formada pelo olhar do outro é o que leva a representação. Esta imagem fará marcas que levam à forma do corpo, e é por isso, mais

constituente que constituída. Ganha-se nesta dinâmica uma imagem e um lugar, uma vez que se perde todo o resto do que poder-se-ia ser.

Relembramos aqui Berlinck:

Ela (a angústia) só passa a ser doença com a repetição, ou seja, com o mecanismo herdado que produz angústia automaticamente, sem levar em consideração o que está ocorrendo no exterior. Aquilo, então, que foi uma grande invenção se transformou, por transferência, em neurose, em histeria de angústia. Ou seja, a repetição ocupa o espaço da criação. Trata-se aqui, de uma verdadeira cronificação do organismo e do psiquismo nascente, que só pode se livrar parcialmente disso se conseguir transformar a repetição em experiência, recuperando assim, sua criatividade originária. (2000, p 34)

Entendemos, por fim, que a angústia é intimamente relacionada com a origem do psiquismo humano e enquanto afeto constituidor é produtora do aparelho psíquico e do eu. Entretanto, a angústia para não encerrar-se apenas em patologia, precisa não apenas ser produtora do ser humano, mas produtiva para este. A angústia não se encerra nos primórdios, mas tem a potência de ser escutada de maneira privilegiada pelo sujeito e pelo clínico para que se possa através do *pathos* enriquecer-se. Concordamos aqui com Berlinck (2000) quando afirma que a repetição termina em patologia quando esta toma o espaço da criação. É apenas encarando os episódios críticos como possíveis produtores de sentido que a angústia tem a potência de se tornar experiência enriquecedora e possível produtora de outro lugar no mundo.

REFERÊNCIAS

- Abbagnano N.(1988). Representação. In *Dicionário de Filosofia*. São Paulo: Martins Fontes.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3 ed). Washington, DC. APA.
- Aulagnier, P. (1991) O sentido perdido (ou o “esquizo” e a significação). In Chaim S. Katz (Org), *Psicose: uma leitura psicanalítica*. (pp. 145-182). São Paulo: Escuta.
- Ávila, C. S. (2011). *Crise e Estabilização em Psicopatologia Fundamental*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Berlinck, M. (1998). O que é Psicopatologia Fundamental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 1(1), 46-59.
- Berlinck, M. T. (2000). *Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: Escuta.
- Berlinck, M. T. (2007a, junho). O método clínico1[Editorial]. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, X (3), IX.
- Berlinck, M. T. (2007b). O método clínico - 2. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 10 (4), 0-0.
- Berlinck, M. T. (2009). O método clínico; fundamento da psicopatologia fundamental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 12 (3), 441-444.
- Berlinck, M. T. (2010). *O método clínico: projeto temático de pesquisa*. Recuperado em 20 de janeiro de 2011, de <http://www.psicopatologiafundamental.org>

Berlinck, M. T. (2012a). *O eu, seu corpo e o médico: a conversa hipocondríaca*. Artigo não publicado.

Berlinck, M. T. (2012b). (Comunicação oral no Laboratório de Psicopatologia Fundamental, setembro de 2012).

Berlinck, M. T. *O Método Clínico 5*. Recuperado em 20 de novembro de 2013, de <http://www.psicopatologiafundamental.org>

Berlinck, M. T. *O que é Psicopatologia Fundamental*. Recuperado em 20/12/13 http://www.psicopatologiafundamental.org/uploads/files/artigos_e_livros/berlinck_o_que_e_psicopatologia_f.pdf

Berrios, Ge. (1996). Anxiety and cognate disorders. In Berrios GE, *The History of Mental Symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century*. (pp. 262-268). Cambridge: University Press.

Besset, V. (2002a). A clínica da angústia: faces do real. In V. Besset (Org.). *Angústia*. São Paulo: Ed. Escuta.

Besset, V. (2002b). O analista e suas relações com a angústia. *Psicologia em Revista*, 8(11), 105-110.

Ceccarelli, P. (2005). O Sofrimento Psíquico na Perspectiva da Psicopatologia Fundamental. *Psicologia em Estudo*, 10 (3), 471-477.

Ceccarelli, P. (2006). Violência e cultura. In A. M. Rudge. (Org.). *Traumatas*. São Paulo: Escuta.

Cornut, J. (2005). Castração. In *Dicionário Internacional da psicanálise: conceitos, noções, biografias, obras, eventos, instituições..* Rio de Janeiro: Imago. Direção geral de Alain de Mijolla, comitê editorial Sophie de Mijolla-Mellor, Roger Perron e Bernard Golse. Rio de Janeiro: Imago.

- Fédida, P. (1992a). *Crisis y Contra-transferencia*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Fédida, P. (1992b). *Nome, figura e memória*. São Paulo: Escuta.
- Fédida, P. (1996). O interlocutor. In *O Sítio do estrangeiro* (pp. 99-174). São Paulo: Escuta.
- Fédida, P. (1997). A adicção da ausência. A atenção de ninguém. *Boletim de Novidades da Livraria Pulsional*, X(101), 29-39.
- Fédida, P. (1998). De uma psicopatologia geral a uma psicopatologia fundamental. Nota sobre a noção de paradigma. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, I(3),107-121.
- Fédida, P. (1999). O vazio da metáfora e o tempo do intervalo. In *Depressão* (pp. 71-122).São Paulo: Escuta.
- Fédida, P. (2008). Prefácio. In E.C. Pereira (org.), *Pânico e Desamparo* São Paulo: Escuta.
- Freud, S. (2006a). Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada neurose de angústia. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. III), Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1894)
- Freud, S. (2006b). A Interpretação dos Sonhos. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. IV), Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1900)
- Freud, S. (2006c). Sobre o narcisismo: uma introdução. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XIV), Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914)

Freud, S. (1985). *Neuroses de transferência: uma síntese*. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original de 1915)

Freud, S. (2006d). A repressão. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XIV), Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915)

Freud, S. (2006e). O Inconsciente. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XIV), Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915)

FREUD, S. (2006f). Além do Princípio do Prazer. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XVIII) Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920)

Freud, S. (2006 g). Inibição, Sintomas e Ansiedade. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XX) Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926)

Freud, S. (2006h). Conferência XXXII Ansiedade e vida instintual. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XXII), Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1933)

Freud, S. (2006i). Conferências Introdutórias sobre Psicanálise. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. XVI, Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1916)

Freud, S. (1981). *A interpretação das afasias*. Lisboa: Edições 70. (Trabalho original publicado em 1981)

Figueiredo, A. C. (2004). A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e a saúde mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, (VII (I)), 75.

Gama, C. A. P. & Berlinck, M. T. Agorafobia, espaço e subjetividade. (2002). In , V. Besset (Org.), *Angústia*. São Paulo: Ed Escuta.

Green. A. (1988). *Narcisismo de Vida Narcisismo de Morte*. São Paulo: Ed Escuta.

Garcia-Rosa. L. (2011). *A teoria da representação e o Vorstellungsrepräsentanz. Introdução à metapsicologia freudiana n. 3*. Rio de Janeiro: Zahar Editora..

Hilferding, M., Pinheiro, T., & Vianna, H. (1991). *As bases do amor materno*. São Paulo: Escuta.

Hornstein, L. (1989). *Introdução à Psicanálise*. São Paulo: Ed. Escuta.

Lacan, J. (1998). *Escritos*: Rio de Janeiro: Zahar Editora.

Lacan, J. (2005a). *O Seminário, livro 1- Os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Zahar Editora.

Lacan, J. (2005b). *O Seminário, livro 10 – A Angústia*. Rio de Janeiro: Zahar Editora.

Magtaz, A C.(2008). *Distúrbios da Oralidade na Melancolia*. Tese de Doutorado, Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Magtaz, A C., & Berlinck, M .T. (2102). O caso clínico como fundamento da pesquisa em Psicopatologia Fundamental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 15(1), 71-81.

Mcdougall, J. (2003). Sobre a bulimia. Entrevista com Joyce McDougall. In Brusset, B., Couvrer, C & Fine, A. *A bulimia* (pp. 185-196).. São Paulo: Escuta.

Mijolla, A. (2005). *Dicionário Internacional da psicanálise: conceitos, noções, biografias, obras, eventos, instituições*. Direção geral de Alain de Mijolla, comitê editorial Sophie de Mijolla-Mellor, Roger Perron e Bernard Golse. Rio de Janeiro: Imago.

Milrod, B. A. *Randomized Controlled Clinical Trial of Psychoanalytic Psychotherapy for Panic Disorder*. Recuperado em 24 de dezembro de 2013, de [http://www.andrewsamuels.com/files/cbt-info/2-17-Milrod1%20\(2\).pdf](http://www.andrewsamuels.com/files/cbt-info/2-17-Milrod1%20(2).pdf)

Ortega y Gasset, J. A. (1982). Em torno a Galileu: esquema das crises. In *A época de Galileu, 1550-1650: idéias sobre as gerações decisivas na evolução do pensamento europeu*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Pereira, M. E.C. (2003). *Psicopatologia dos Ataques de Pânico*. São Paulo: Escuta.

Pereira, M. E C. (2008). *Pânico e Desamparo*. São Paulo: Escuta.

Rabello, S.(2004). *Dizeres de Criança – Jogos de repetições e modulações tonais entoando jogos subjetivos*. Tese de Doutorado, Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Rocha, Z. (2000). *Os Destinos da Angústia na Psicanálise Freudiana*. São Paulo: Escuta.

Sanchez-Meca. J. *Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: A meta-analysis*. Recuperado em 24 de dezembro de 2013, de <http://www.um.es/metaanalysis/pdf/5027.pdf>

Santos, T. (1994). A angústia na teoria e na clínica psicanalítica *Revista do Tempo Psicanalítico*, 27, 45-59.

Simonetti, A. (2011). *A Angústia e a Ansiedade na Psicopatologia Fundamental*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.