



UMA LEITURA SOBRE O TRANSTORNO DE PÂNICO À LUZ DA TEORIA FREUDIANA DA ANGÚSTIA

DOI: 10.22289/2446-922X.V7N1A26

Gabriel Liberato¹
Gabriella Dupim

RESUMO

O Transtorno de Pânico nos convida a pensar implicações clínicas e culturais envolvidas na estruturação desse tipo de sofrimento, tal qual tratado pela psiquiatria através do DSM. Ao reduzirmos a psicopatologia da angústia à nosologia, a um discurso técnico e ideológico, desconsideramos os sofrimentos como efeito de novas formas de subjetivação e de modalizações do laço social que a contemporaneidade tem produzido. A psicanálise se interessa pelo sofrimento psíquico em sua dimensão de sintoma, isto é, considerando o mal-estar na civilização, sem lançar mão dos processos de subjetivação humana. Diante do exposto, este estudo pretende investigar a categoria Transtorno de Pânico a partir da obra freudiana, seguindo seu percurso clínico e teórico para compreender a especificidade dessa forma de sofrimento e suas relações com a angústia.

Palavras-chave: Angústia; Ansiedade; Transtorno de Pânico; Psicopatologia.

376

A READING OF PANIC DISORDER IN THE LIGHT OF FREUDIAN THEORY OF ANGUISH

ABSTRACT

Panic Disorder invites us to think about the clinical and cultural implications involved in structuring this type of suffering as treated by psychiatry through the DSM. By reducing the psychology of anguish to nosology, to a technical and ideological discourse, we disregard suffering as a result of new forms of subjectivation and modalizations of the social bond that contemporaneity has produced. Psychoanalysis is interested in psychological suffering in its symptom dimension, that is, considering the malaise in civilization without resorting to the processes of human subjectivation. In view of the above, this study aims to investigate the category of Panic Disorder from the Freudian work, following its clinical and theoretical path to understand the specificity of this form of suffering and its relations with anguish.

Keywords: Anguish; Anxiety; Panic Disorder; Psychopathology.

¹ Endereço eletrônico de contato: gabrielliberatodr@hotmail.com

Recebido em 30/03/2021. Aprovado pelo conselho editorial para publicação em 15/06/2021.



UNA LECTURA DEL TRASTORNO DE PÁNICO A LA LUZ DE LA TEORÍA FREUDIANA DE LA ANGUSTIA

RESUMEN

El trastorno de pánico nos invita a reflexionar sobre las implicaciones clínicas y culturales que implica la estructuración de este tipo de sufrimiento tratado por la psiquiatría a través del DSM. Al reducir la psicología de la angustia a la nosología, a un discurso técnico e ideológico, ignoramos el sufrimiento como resultado de nuevas formas de subjetivación y modalización es del vínculo social que ha producido la contemporaneidad. El psicoanálisis se interesa por el sufrimiento psicológico en su dimensión sintomática, es decir, considerar el malestar en la civilización sin recurrir a los procesos de subjetivación humana. En vista de lo anterior, este estudio tiene como objetivo investigar la categoría de Trastorno de Pánico desde el trabajo freudiano, siguiendo su camino clínico y teórico para comprender la especificidad de esta forma de sufrimiento y sus relaciones con la angustia.

Palabras clave: Angustia; Ansiedad; Trastorno de pánico; Psicopatología.

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno de Pânico nos convida a pensar implicações clínicas e culturais envolvidas na estruturação desse tipo de sofrimento. Conforme indica Pereira (1999), o quadro é marcado por confusões, sejam relativas à etiologia, à nosologia, ao diagnóstico ou mesmo ao tratamento. Safatle et al. (2019) discutem que a nomenclatura síndrome ou transtorno não é gratuito. A utilização desses termos designa aquilo que não é determinável, que não tem sua causalidade esclarecida, fatores precipitantes ou marcadores biológicos, portanto, na reunião sistemática de sinais que, associados, apontam para o indeterminado. Para os autores, trata-se da descrição fenomenológica do que é apreensível à consciência ou ao fisiológico enquanto sintoma.

Dados da clínica indicam a recorrência e a apropriação do discurso médico pela sociedade em geral, observada tanto na apresentação quanto na descrição do doente. A queixa dos pacientes indica a principal via pela qual os sintomas parecem se apresentar: a ansiedade. Esta se manifesta relacionada a vários contextos e situações, potencializada durante os instantes de crise. O sujeito não sofre especificamente do Transtorno de Pânico, conjunto de sintomas recorrentes num dado espaço de tempo, mas de um estado de ansiedade insuportável, que culmina em crises ansiosas. Essas crises de ataques de pânico (DSM-5) surgem em momentos pontuais e sem determinação aparente (Pereira, 1999). Diferentemente de estados ansiosos tradicionais, o ataque de pânico representa um agravamento da condição dessa ansiedade, do estado agudo, do limiar do quanto o sujeito suporta. Com isso, não

Rev. Psicol Saúde e Debate. Jun., 2021:7(1): 376-397.



queremos dizer que no momento do ataque/crise de pânico não seja passível de sofrimento ou atravessado sem ele; pelo contrário, é nesse momento que a mente, e principalmente o corpo, verifica os efeitos desse *pathos*.

Ao procurarem tratamento, indivíduos reportam que sofrem de ansiedade; porém outros elegem a palavra angústia referindo-se ao sofrimento por elas experienciado. Nesse sentido, percebemos uma dificuldade teórica e epistemológica em estabelecer limites e situar conceitualmente os termos angústia e ansiedade. Entretanto, é possível uma breve distinção. Podemos nos referir à ansiedade como um estado de expectativa ante algo, sem valor de juízo envolvido, isto é, sem necessariamente ser algo bom ou ruim. Envolve principalmente a esfera psíquica – uma reação adaptativa a um evento futuro (Carvalho-Netto, 2014). Com relação à angústia, fazemos alusão a um estado afetivo que envolve algum tipo de mal-estar (aquilo que não tem nome), apresenta-se por um viés desprazeroso, com reverberações também na esfera somática (Carvalho-Netto, 2014). Seguindo a premissa psicanalítica, utilizaremos o termo angústia para nos referir ao afeto – ao sentir– termo *Angst* utilizado por Freud (1996b) ao se referir ao significado de angústia¹.

Conforme Veras (2002), apesar do Transtorno de Pânico enquanto tal não existir nosologicamente para a psicopatologia da época de Freud, é possível verificar indícios de sua ocorrência em outros tempos, através de outras roupagens e formas de manifestação. A suspeita inicial é que tanto os ataques de angústia tratados por Freud quanto os ataques de pânico moderno apontam para um tipo de sofrimento comum e um modo pelo qual o aparelho psíquico responde a esses estados, partilhado do mesmo fio condutor – a angústia.

Acompanhando as demandas da clínica psicanalítica cotidiana e as discussões da psicopatologia contemporânea, percebemos a retomada de antigas questões, anteriormente tratadas no berço da metapsicologia freudiana. Aparentemente, se apresentam com novas denominações, ou seja, a compatibilidade psicopatológica entre Neurose de Angústia e Transtorno de Pânico (Dunker, 2015). É imprescindível reivindicar o lugar da psicanálise no tratamento desse tipo de sofrimento, especialmente quando se pode lançar mão das considerações de Freud para pensar o Transtorno de Pânico. O retorno aos estudos sobre a Neurose de Angústia (termo criado em 1894) bem como a própria teoria da angústia, seus

¹A Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud optou por traduzir o termo alemão *angst* por ansiedade, tendo em vista que a versão de referência foi da língua inglesa, que por sua vez utilizara o termo *anxiety* para traduzir *angst*, e, conseqüentemente, *anxiety* por ansiedade. Saliente, neste momento, a importância de não se deter totalmente nos aspectos em torno dos impasses dos termos acima empregados, sobretudo pelo interesse se tratar do fenômeno clínico, muito embora não seja possível dissociar completamente a relação dos termos com sua localização na psicopatologia psicanalítica e psiquiátrica.

Rev. Psicol Saúde e Debate. Jun., 2021:7(1): 376-397.



avanços e rupturas, servem de base para elucidar entraves clínicos, além de apontar um caminho para compreender o quadro psicopatológico do pânico sob o prisma da psicanálise.

Partimos da pressuposição de que o Transtorno de Pânico apresenta semelhanças fenomenológicas e sintomatológicas com alguns dos conceitos da obra freudiana. Isso se dá, em face da definição de Neurose de Angústia, mais especificamente com o ataque de angústia, pontos que coincidem aos aspectos clínicos. Cabe ressaltar que o que está em jogo não é a reivindicação pelo reconhecimento da originalidade das descobertas, mas demonstrar a possibilidade de abordar o problema sob outro ângulo. Diante do exposto, este estudo se sustenta pelo encontro com tais queixas, como objetivo de abordar o Transtorno de Pânico a partir da obra freudiana, em seu percurso clínico e teórico, para compreender tal sofrimento.

2 DESENVOLVIMENTO

Conforme a história da psiquiatria, o transtorno configurado como tal aparece pela primeira vez em 1980, com o lançamento do DSM-3 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), o “Panic Disorder” – Transtorno (Desordem) de Pânico. Não por acaso, não verificamos casos desse tipo anterior a essa época. Essa versão do DSM promoveu o divisor de águas dentro da psiquiatria e do próprio DSM, tendo em vista a adesão ao caráter exclusivamente descritivo das patologias e o abandono dos fundamentos etiológicos causais, aderindo à orientação classificatória para diagnóstico. Somadas a essas mudanças, observou-se a ascensão e consagração dos fármacos para tratar as “doenças” mentais (Burkle, 2009).

A característica essencial deste transtorno são os ataques recorrentes de uma ansiedade grave (ataques de pânico), que não ocorrem exclusivamente numa situação ou em circunstâncias determinadas, mas de fato são imprevisíveis. Como em outros transtornos ansiosos, os sintomas essenciais comportam a ocorrência brutal de palpitação e dores torácicas, sensações de asfixia, tonturas e sentimentos de irrealidade (despersonalização ou desrealização). Existe, além disso, frequentemente um medo secundário de morrer, de perder o autocontrole ou de ficar louco (OMS, CID-10, 2007, p. 333).

Tomando como referência o DSM-5, o Transtorno de Pânico está incluso dentre os Transtornos de Ansiedade. Contudo, o principal fator diagnóstico para o Transtorno de Pânico – o ataque de pânico – pode ocorrer como sintoma associado, ou não, em todos os transtornos ansiosos, como também em outros transtornos mentais. O que está em jogo é o aparelhamento de sinais/sintomas que compõem o quadro e não os aspectos ideativos/subjetivos associados a uma possível causalidade ou manifestação sintomática. Um quantitativo em detrimento do qualitativo, a descrição em vez da explicação, a doença no lugar do doente. No entanto, pontuações importantes se fazem necessárias.

Rev. Psicol Saúde e Debate. Jun., 2021:7(1): 376-397.



Sobre os Transtornos de Ansiedade, pode-se dizer que:

Ansiedade incluem transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados. Medo é a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, enquanto ansiedade é a antecipação de ameaça futura. (...) Os transtornos de ansiedade diferem entre si nos tipos de objetos ou situações que induzem medo, ansiedade ou comportamento de esquiva e na ideação cognitiva associada (APA, DSM-5, 2014, p. 189).

Já o Transtorno de Pânico é definido como,

[...] recorrentes e inesperados. Um ataque de pânico é um surto abrupto de medo intenso ou desconforto intenso que alcança um pico em minutos e durante o qual ocorrem quatro (ou sobre mais) dos seguintes sintomas: Nota: O surto abrupto pode ocorrer a partir de um estado calmo ou de um estado ansioso. 1. Palpitações, coração acelerado, taquicardia. 2. Sudorese. 3. Tremores ou abalos. 4. Sensações de falta de ar ou sufocamento. 5. Sensações de asfixia. 6. Dor ou desconforto torácico. 7. Náusea ou desconforto abdominal. 8. Sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio. 9. Calafrios ou ondas de calor. 10. Parestesias (anestesia ou sensações de formigamento). 11. Desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (sensação de estar distanciado de si mesmo). 12. Medo de perder o controle ou “enlouquecer”. 13. Medo de morrer (APA, DSM-5, 2014, p. 208).

380

Sobre o ataque de pânico, não há uma definição específica. Isso, em certa medida, acusa a inconsistência na construção nosográfica do Transtorno de Pânico, tendo em vista que seu principal sintoma não reúne maiores explicações, apenas a descrição de como ele pode se apresentar. Desse modo, é possível identificar um ataque de pânico, nunca sua relação com o mal-estar e seu lugar enquanto sintoma no processo de adoecimento psíquico. Presume-se que a definição mais precisa no DSM-5 é quando faz referência ao próprio critério diagnóstico para o Transtorno de Pânico: “Os ataques de pânico são ataques abruptos de medo intenso ou desconforto intenso que atingem um pico em poucos minutos, acompanhados de sintomas físicos e/ou cognitivos (APA, DSM-5, 2014, p. 190)”.

Como percebemos, são proposições diferentes se referindo a fenômenos distintos, embora correlacionados: Transtorno de Ansiedade, Transtorno de Pânico (ou F.41) e ataques de pânico. Compreendemos que, no fim das contas, que os critérios clínicos se baseiam na listagem ou verificação da ocorrência de determinados sintomas em tempo simultâneo. Não é o objetivo aqui a problematização e crítica sistemática do funcionamento dessa ferramenta diagnóstica. Todavia, é primordial perceber a fragilidade desse instrumento, uma vez que seu uso traz sérias consequências para a prática clínica, além de corroborar para a propagação e identificação das pessoas com o discurso médico, suas denominações e supostas patologias. Analisando o que separa o Transtorno de Pânico dos demais transtornos ansiosos, observa-se *Rev. Psicol Saúde e Debate. Jun., 2021:7(1): 376-397.*



ser justamente a presença de ataques de pânico de modo inesperado e sem determinação aparente. Portanto, não há algo que caracterize o sintoma do transtorno; pelo contrário, verificamos o vazio na relação causa-efeito e, conseqüentemente, a patologização da manifestação fenomênica do sintoma – a ansiedade (Castro, 2012; Dunker, 2012).

O termo recorrente significa literalmente mais de um ataque de pânico inesperado. O termo inesperado se refere a um ataque de pânico para o qual não existe um indício ou desencadeante óbvio no momento da ocorrência - ou seja, o ataque parece vir do nada (...) (APA, DSM-5, 2014, p.209).

A introdução da literatura psiquiátrica a partir do DSM-5 se justifica primeiro por ser o berço do fenômeno patológico enquanto tal, pelo menos em seu caráter discursivo; depois, pela tentativa de delimitar o campo do problema, buscando resposta para o impasse a respeito do quadro psicopatológico equivalente ao Transtorno de Pânico, além do objetivismo psiquiátrico. O único consenso em torno da definição psicopatológica parece, então, se referir à significação do próprio termo Transtorno de Pânico para designar um problema de ordem mental e somática, que converge para um ponto genérico: todas as suas manifestações envolvem crises de ansiedade – leia-se, angústia.

O Transtorno de Pânico situa-nos num campo onde o caráter patológico da coisa é o excesso de angústia, a determinação involuntária e, essencialmente, o sofrimento a partir de um estado que não tem motivação ou causa aparente. Percebamos o quanto é limitada e dispersa a concepção de transtorno/síndrome/ataques de pânico pela psiquiatria através do DSM-5. Limitada por não aprofundar na investigação clínica, principalmente quanto à etiologia, e dispersa por abranger demais seu quadro nosográfico. Dessa forma, podemos minimamente atribuir três características ao Transtorno de Pânico: excesso, precipitação involuntária e causalidade desconhecida; ou seja, aquilo que angustia excessivamente, aquilo que ocorre involuntariamente e aquilo que não faz sentido (Calazans, 2012; Pereira, 1999; Menezes, 2006).

Não cabe aqui fazer uma arqueologia do conceito psicopatológico do Pânico, mas devemos perceber que estamos lidando com algo que, por excelência, não é redutível à consciência ou ao corpo – embora tenha suas reverberações no somático. Não mais podemos conceber os ataques de pânico (crises ansiosas) do Transtorno de Pânico puramente em seu caráter descritivo, mas oferecer outra leitura para o fenômeno a partir da psicanálise freudiana. A propósito, a partir de agora, iremos nos referir à ansiedade por outro termo, suspendendo sua expressão e reafirmando, portanto, a angústia como o termo que melhor exprime o sentido para o afeto/sensação envolvido nesse tipo de sofrimento. Se a angústia é inerente ao ser



humano, como podemos denominar esse estado subjetivo e sensitivo condizente no momento do ataque de pânico e quais os limites entre normal e patológico quando estamos tratando de algo intrínseco à constituição subjetiva? Abre-se, nesse momento, uma bifurcação entre a clínica psicanalítica e a clínica psiquiátrica referenciada pelo DSM.

PÂNICO E PSICANÁLISE

A primeira interrogação a ser colocada é: o que a psicanálise entende por Transtorno de Pânico? Não é ingênuo se fazer essa pergunta. Será que a psicanálise e a psiquiatria estão lidando com o mesmo fenômeno? Talvez a psicanálise não tenha muito a acrescentar sobre o Pânico, isto é, ao Transtorno de Pânico tecido pela psiquiatria, pois seus sintomas isolados nada dizem sobre o sujeito, uma vez que são tomados apenas em seu caráter fenomenológico. Logo, a construção e o reconhecimento do transtorno se dão por essa via. Aposta-se na psicanálise para pensar o fenômeno clínico por outra via, isto é, não tomar a “ansiedade” – angústia – como a verdade do sintoma, mas como um efeito que indica algo; portanto, operar numa lógica contrária à razão psiquiátrica, abrindo espaço para o sujeito falar sobre seu sintoma – dizer do seu mal-estar; permitindo emergir a verdade do sintoma a partir do discurso (Freud, 1996d).

382

A partir de agora não mais podemos nos referir ao Transtorno de Pânico enquanto estrutura patológica/nosológica. Ao que parece, o problema é justamente o inverso: em seu respectivo quadro sintomatológico (ataques de pânico involuntários e insensatos), não há formação sintomática. A única saída para o sujeito é paralisar para dar conta do excesso de angústia que lhe desponta. Estamos, com efeito, demarcando um campo epistemológico, onde cada saber assume uma posição e compreensão para situar esse tipo de sofrimento.

Recorrer à psicanálise torna-se um exercício fundamentalmente clínico e político, uma vez que descentra o foco da sintomatologia fenomenológica para a subjetivação, resgatando os fundamentos clínicos para compreender o fenômeno. Assim, verifica-se a importância de suprimir o peso diagnóstico do nome Transtorno de Pânico e, conseqüentemente, seu estatuto patológico – isto é, patológico enquanto universalidade, sinônimo de comum, genérico, tal qual discutem Dunker (2015) e Safatle *et al.* (2019).

Torna-se imprescindível apontar o lugar da angústia no funcionamento psíquico, na sua relação com o que estamos analisando, bem como perceber a angústia como fenômeno da existência humana. Logo, olhar os sintomas do Transtorno de Pânico como um estado subjetivo, não como uma doença. Não pretendemos deslegitimar o sofrimento durante os ataques de angústia, mas, precisamente, demonstrar que o ataque de pânico em si – a *Rev. Psicol Saúde e Debate. Jun., 2021:7(1): 376-397.*



disfunção – não existe; na verdade, o fenômeno se aproxima da manifestação da angústia – um estado – que extrapola os limites suportáveis e permanece em estado jacente (Pereira, 1999). Nosso pontapé inicial são as contribuições de Freud quanto ao estatuto da Angústia [Angst] – a angústia é algo que sente, diria Freud (1996e).

Evitarei aprofundar-me na questão de saber se nosso uso idiomático quer significar a mesma coisa, ou algo nitidamente diferente, com a palavra “Angst” [angústia], “Furcht” [medo] e “Schreck” [pavor/susto]. Apenas direi que julgo “Angst” referir-se ao estado e não considera o objeto, ao passo que “Furcht” chama a atenção precisamente para o objeto (Freud, 1996e, p. 396).

A ANGÚSTIA

Ao longo do conjunto da obra freudiana, a compreensão do conceito de angústia foi permeada por transformações. Para chegarmos à relação com Transtorno de Pânico, idealizado pela psiquiatria, é necessário entender o conceito de angústia. Para a psicanálise, a angústia não pode ser confundida e reduzida ao sintoma; pelo contrário, é a angústia que viabiliza a formação dos sintomas, ou seja, através dela que o *Eu* consegue reagir a determinadas circunstâncias. Talvez esteja aí o cerne da questão: parece que no Transtorno de Pânico o sujeito não consegue lidar com a angústia, não consegue se defender ou, de alguma forma, dar conta – um destino – ao afeto.

O ataque de angústia descrito por Freud (1996i) configura-se por ser um estado no qual o sujeito reage diante da impossibilidade de fugir e se proteger do que lhe ameaça. A angústia manifestaria assim um sinal de ameaça; não apenas uma reação exclusiva do que se denomina por Transtorno de Pânico, mas um estado subjetivo resultado de quando o sintoma deixa de operar sua função defensiva. Freud (1996i) indica que estados como esse surgem também quando, por exemplo, um sujeito fóbico se vê na impossibilidade de escapar do objeto temido, ou quando um neurótico obsessivo se encontra impedido de realizar seu ritual obsessivo. Dessa forma, o sintoma tem a função de resguardar o *eu* do perigo (Freud, 1996i). “E parece, com efeito, que a geração da ansiedade [angústia] é o que surgiu primeiro, e a formação dos sintomas, o que veio depois, como se os sintomas fossem criados a fim de evitar a irrupção do estado de ansiedade [angústia]” (Freud, 1996i, p.87).

Diferente da fobia, o Transtorno de Pânico suscita que os ataques de angústia não têm relação com o objeto ou sua representação; logo, não há razão lógica para a irrupção desse estado de angústia. Pereira (1999) situa o Transtorno de Pânico a partir do campo do angustiante. Estariam localizados nesse campo os fenômenos que envolvem a angústia: o medo/fobia [*Furcht*], o pavor/susto [*Schreck*] e o Pânico [*Panik*]. Percebemos os impasses que

Rev. Psicol Saúde e Debate. Jun., 2021:7(1): 376-397.



os problemas de tradução evocam quando fazemos articulações conceituais entre obras estrangeiras, tendo em vista que uma palavra pode significar diferentes coisas.

No pensamento de Freud, o angustiante constitui uma noção ampla que reúne fenômenos fundamentalmente heterogêneos ligados à angústia, tais como o sinal de angústia, o terror, o horror, o sentimento de inquietante estranheza e, o caso que aqui interessa, o pânico (Pereira, 1999, p. 79).

A angústia [*Angst*] é o estado afetivo que implica uma reação original do eu para lidar com o que lhe causa perigo, ou seja, uma primeira resposta a algo que lhe ameaça, podendo modalizar em determinadas condições. O medo [*Furcht*] é a angústia direcionada a algum objeto, apreensível à consciência, representável. O pavor/susto [*Schreck*] corresponde a uma reação, um estado de extrema angústia causado por um perigo ao qual o Eu não está preparado. Têm causa específica, não é emitido o sinal de perigo, mas reage de forma direta com a irrupção de uma crise de angústia, similar ao estado de Pânico. Nesse caso, deve-se acentuar o fator surpresa – como aponta Freud. Já o Pânico [*Panik*] se refere a um estado de extrema angústia causado por fatores desconhecidos, uma reação involuntária do Eu para aquilo que não se sabe, um estado de desespero insensato. Já o *Schreck* é uma reação, uma consequência; forma pela qual o indivíduo reage ao perigo sem estar preparado. Dá ênfase ao fator surpresa e não à paralisia que o provoca, de modo que o *Panik* seria um estado e não uma reação. O *Schreck* tem uma causa – algo provocou aquele susto; entretanto, o *Panik* não tem determinação aparente, ou seja, um medo injustificado, medo do nada (Menezes, 2006). Conforme aponta Freud (1996f, p. 23),

‘Susto’ [*Schreck*], ‘medo’ [*Furcht*] e ‘ansiedade’ [*Angst*] são palavras impropriamente empregadas como expressões sinônimas; são, de fato, capazes de uma distinção clara em sua relação com o perigo. A ‘ansiedade’ descreve um estado particular de esperar o perigo ou preparar-se para ele, ainda que possa ser desconhecido. O ‘medo’ exige um objeto definido de que se tenha temor. ‘Susto’, contudo, é o nome que damos ao estado em que alguém fica, quando entrou em perigo sem estar preparado para ele, dando-se ênfase ao fator da surpresa.

Em seguida, três perspectivas de se pensara formação desse estado de angústia a partir da obra freudiana. O interesse é perceber como a construção do conceito de angústia torna-se fundamental para entender de que modo o aparelho psíquico opera e quais suas implicações no quadro do Transtorno de Pânico. Esta discussão, no entanto, não pretende dar conta da teoria da angústia na Psicanálise, mas utilizá-la como ferramenta teórica para compreender sua relação como sintoma.



I

O primeiro apontamento para reunir os aspectos entre a teoria freudiana e o Transtorno de Pânico nos leva à Neurose de Angústia, por meio das interlocuções entre o patológico e a angústia. No texto chamado “Rascunho B¹: A etiologia das neuroses” (Freud, 1996a)² encontramos pela primeira vez seu esboço e definição.

A neurose de angústia surge sob duas formas: como um *estado crônico* e como um *ataque de ansiedade* [angústia]. As duas formas podem combinar-se facilmente; e um ataque de angústia nunca ocorre sem sintomas crônicos. Os ataques de angústia são mais comuns nas formas ligadas à histeria - são, portanto, mais frequentes em mulheres. Os sintomas crônicos são mais comuns em homens neurastênicos (Freud, 1996a, p.227).

Ainda incipiente, a teoria parece dar seus primeiros passos rumo a uma teorização mais complexa e precisa. Percebemos que Freud ainda não delimita com tanta clareza o quadro nosológico de cada entidade – o que é da Neurose de Angústia ou que é da Melancolia, por exemplo. Considera que as duas são marcadas pelo acúmulo da excitação não escoada, uma a nível somático enquanto a outra a nível psíquico, respectivamente. A passagem pelo “Rascunho B” mostra o início da trajetória que resultou na primeira teoria da angústia, ou seja, que a angústia é posterior ao recalque, como efeito do desequilíbrio econômico do aparelho psíquico. Nessa fase, Freud se perguntava se a angústia, em alguns casos, não tinha um caráter específico em relação a outras patologias, dando indícios de que a Neurose de Angústia tinha sua causalidade por questões relacionadas à sexualidade, mais precisamente, devido ao coito interrompido.

385

É precisamente a partir do “Rascunho E” (1996b) que Freud realiza seu maior salto: define uma primeira hipótese para a gênese da angústia, ou seja, constata o mecanismo envolvido na Neurose de Angústia: o afeto de origem sexual não se liga ao campo das ideias. Adiante, no mesmo texto, na parte intitulada “Como se origina a angústia”, Freud(1996b) aborda dois pontos essenciais que devem ser levados em consideração para compreender a Neurose de Angústia. De um lado, ela teria relação com a sexualidade; de outro, se liga ao caráter somático da excitação, isto é, a angústia gerada a partir da transformação da tensão (excitação) sexual física acumulada.

¹ Textos escritos por Freud durante o início de seus estudos. Eram manuscritos breves e de natureza ensaística, organizados e identificados a partir de letras utilizadas paratitular os rascunhos, quando publicados.

²A partir desse texto, Freud se perguntará sobre o lugar da angústia nesse tipo de sofrimento, sendo uma tentativa preliminar de caracterizar e distinguir a Neurose de Angústia como patologia específica, além de suscitar o ataque de angústia como sintoma elementar nesse tipo de neurose.

Rev. Psicol Saúde e Debate. Jun., 2021:7(1): 376-397.



Freud (1996b) conclui que a angústia é determinada por circunstâncias de insatisfação sexual, quando não se obtém a descarga necessária para restaurar o equilíbrio energético, não ocorre satisfação, ou seja, retém-se certa quantidade de energia. Mas porque essa energia é acumulada? Segundo Freud (1996b) só é possível satisfazer os estímulos de fontes endógenas (pulsão sexual), por meio de reações específicas. Em outras palavras, ocorre que o impulso desperta a libido sexual, mas, devido a uma reação não específica, não totalmente satisfeita, o afeto não consegue ligar-se ao campo das ideias, ficando seu estado somático e sexual represado, e por conversão, transformado diretamente em angústia. Freud (1996b) ainda sugere que os elementos somáticos sintomatológicos durante um ataque de angústia são os mesmos utilizados durante o processo sexual, ou seja, as vias utilizadas tanto no ataque de angústia quanto no ato sexual são as mesmas: coração e sistema respiratório (dispneias e palpitações).

O que podemos extrair desse momento de sua teorização é o princípio de que o acúmulo de energia (excitação sexual somática) que não consegue ser escoada através das ações específicas tem duas implicações. Do ponto de vista quantitativo, não encontrará as vias normais para descarga, que seria através da atividade sexual totalmente satisfeita; portanto, não somente devido ao coito interrompido, mas de qualquer prática que impeça a satisfação necessária ou a inviabilizem. Da perspectiva qualitativa, pela impossibilidade de representação do afeto sexual (libido), a soma de excitação atinge o limiar necessário para despertar o afeto e passar à esfera da significação. Contudo, devido à ação não específica, não consegue ligar-se ao campo das ideias.

A essa altura, poderíamos nos perguntar qual a relação com o Pânico? A reviravolta dessa descoberta decorre do fato de, por algum motivo desconhecido, o afeto sexual somático não representável se converte em angústia, ou seja, não é possível simbolizar a quota de afeto. A importância dessa proposição pressupõe que a Neurose de Angústia estaria no campo do irrepresentável, seria consequência da impossibilidade de descarga da energia armazenada, quer dizer, a incapacidade de o aparelho psíquico fazer conexão para o campo das ideias, de ser simbolizada e tomar as vias naturais de descarga. Algo parece impedir que tal afeto seja levado à outra esfera, a do mundo simbólico, das representações, do sentido. Mas tratar-se-ia apenas do fator reação (ação) específica? Cabe ressaltar que, para Freud (1996b), a Neurose de Angústia estaria fora do alcance da Psicanálise, pois se tratava de algo da esfera somática, logo, não avançou muito nos aspectos em torno do tratamento desse tipo de neurose.

Essa tese inicial poderia justificar o caráter desconhecido, sem objeto, durante o ataque de angústia no Transtorno de Pânico, fazendo-nos acreditar que estaria aí o cerne de toda questão do sofrimento e o lugar da angústia durante o momento do súbito acometimento.

Rev. Psicol Saúde e Debate. Jun., 2021:7(1): 376-397.



Lembremos que a preocupação freudiana não era de descrever o ataque de angústia, mas de explicar a etiologia da Neurose de Angústia a partir do funcionamento do aparelho 'psíquico'. Sendo assim, diferindo-se de outras neuroses e fobias, a angústia estaria associada a um objeto do mundo externo, podendo ser representada. Outro fato que parece fazer sentido é a explicação referente aos órgãos que o ataque de angústia faz sintoma: o coração e as vias respiratórias, ou seja, as mesmas vias do ato sexual.

Finalmente, no texto "Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada 'Neurose de Angústia'" (1996c), Freud propõe maiores explicações do quadro da Neurose de Angústia, principalmente quanto à sintomatologia, e aprimoramento do mecanismo da angústia no psiquismo. Até então, a angústia teria sua precipitação devido ao acúmulo de excitação de natureza sexual e somática que não encontraria as vias necessárias para a eliminação por meio da representação psíquica do afeto sexual. Freud (1996c) dirá que o acúmulo de excitação consegue despertar o afeto psíquico (gerar a libido), mas esse só seria totalmente eliminado (satisfeito) através da ação específica, logo, o que ocorre na Neurose de Angústia é o emprego inadequado dessa tensão somática, convertendo-se em angústia.

Podemos incluir na estrutura dessa descrição do processo sexual não apenas a etiologia da neurose de angústia, mas também a da neurastenia genuína. A neurastenia desenvolve-se quando quer que a descarga adequada (a ação adequada) é substituída por uma menos adequada - por exemplo, quando o coito normal, desempenhado nas condições mais favoráveis, é substituído pela masturbação ou pela emissão espontânea. A neurose de angústia, por outro lado, é o resultado de todos os fatores que impedem a excitação sexual somática de ser psiquicamente elaborada. As manifestações da neurose de angústia aparecem quando a excitação somática que se tenha desviado da psique é subcorticalmente em reações totalmente inadequadas (Freud, 1996c, p. 110).

387

O ponto alto da primeira tópica da angústia acontece quando Freud define dois tipos de angústia: uma como reação aos estímulos exógenos (externos) e outra como reação aos estímulos endógenos (internos). Sua conclusão está precisamente definida quando estabelece as respectivas operações:

A psique é invadida pelo *afeto* da ansiedade [angústia] se ela se sente incapaz de lidar, por meio de uma reação apropriada, com uma tarefa (um perigo) *que se aproxima de fora*; acometida por uma *neurose* de angústia se se considera incapaz de manipular a excitação (sexual) de *dentro*— isto é, ela se comporta como se estivesse projetando tal excitação para fora. O afeto e sua neurose correspondente estão firmemente inter-relacionados. O primeiro é uma reação a uma excitação exógena, o segundo uma reação a análoga excitação endógena. (...) *Na neurose, o sistema nervoso está reagindo a uma fonte de excitação que é interna, enquanto, no afeto correspondente está reagindo contra uma fonte análoga de excitação que é externa* (Freud, 1996c, p. 112).



O próximo passo freudiano para avançar na compreensão da Neurose de Angústia é delimitar os sintomas: (1) Irritabilidade geral, (2) Expectativa *ansiosa*, (3) “Ataque de angústia”, (4) Formas de ataques de angústia, (5) Acordar com medo à noite, (6) Vertigem, (7) “Fobias típicas”, (8) Distúrbios nas atividades digestivas, (9) Parestesias, (10) Sintomas associados (Freud, 1996c). Podemos perceber a descrição minuciosa do quadro. Freud (1996c) destaca dez pontos a serem levados em consideração para evidenciar a ocorrência da Neurose de Angústia. Seu intuito era reafirmar o estatuto clínico desse tipo de neurose, delimitando ainda mais seus critérios. Devemos voltar nossa atenção para o terceiro item, que define o ataque de angústia, para, logo em seguida, descrever as formas como são conhecidas – a forma com que se apresenta. Seguem as passagens:

Pode, subitamente, irromper pela consciência na consciência sem proceder de um encadeamento de ideias, provocando assim um ataque de ansiedade [angústia]. Um ataque de ansiedade [angústia] desse tipo pode consistir apenas no sentimento de ansiedade [angústia], sem nenhuma ideia associada, ou então acompanhado da interpretação que estiver mais à mão, tais como ideias de extinção da vida, ou de uma pancada, ou de uma ameaça de loucura; (...) ou, finalmente, o sentimento de ansiedade[angústia] pode estar ligado ao distúrbio de uma ou mais funções corporais - tais como a respiração, a atividade cardíaca, a inervação vasomotora, ou a atividade glandular. (...) Queixa-se de “espasmos do coração”, “dificuldade respiratória”, “inundações de suor”, “fome devoradora”, e coisas como essa; e, em sua descrição, o sentimento de ansiedade [angústia] frequentemente se recolhe ao fundo, ou é referido de modo bastante irreconhecível, tal como “sentir-se mal”, “não estar à vontade”, e assim por diante (Freud, 1996c, p. 96).

388

(a) Ataques de angústia acompanhados por distúrbios da *atividade cardíaca*, tais como palpitação, ou como arritmia transitória ou com taquicardia de duração mais longa, que podem findar num enfraquecimento sério do coração, não facilmente diferenciável da afecção cardíaca orgânica; e, ainda, pseudo-angina do peito - um diagnóstico delicado! ;(b) Ataques de ansiedade [angústia] acompanhados por *distúrbios respiratórios*, várias formas de dispneia nervosa, ataques semelhante asma, e equivalentes. Gostaria de enfatizar que mesmo esses ataques nem sempre vêm acompanhados de ansiedade[angústia] reconhecível; (c) Acessos de suor, geralmente à noite; (d) Ataques de *tremuras e calafrios*, que são confundidos muito facilmente com ataques histéricos; (e) Ataques de *fome devoradora*, frequentemente acompanhados de vertigem; (f) Diarreia sobrevindo em formas de ataques; (g) Acessos de *vertigem locomotora*; (h) Acessos do que se conhece como *congestões*, incluindo praticamente tudo que tem sido denominado de neurastenia vasomotora; (i) Acessos de *parestesias*(Freud, 1996c, p. 97).

O texto de Freud foi escrito em 1894, mas poderia ser uma descrição precisa do que a psiquiatria trata por Transtorno de Pânico no DSM-5 que nesse momento de sua teorização, o maior número de aspectos que parecem ter estreita similaridade, do ponto de vista fenomenológico-descritivo, ou seja, tanto o Transtorno de Pânico quanto a Neurose de
Rev. Psicol Saúde e Debate. Jun., 2021:7(1): 376-397.



Angústia apontam para os mesmos sinais. Com efeito, o sofrimento se expressa pelo excesso de angústia e dos sintomas corporais, através de queixas como – uma invasão de angústia excessiva sem causa aparente.

Resta ainda pensar se o Transtorno de Pânico estaria compondo o campo da Neurose de Angústia enquanto entidade clínica, diferindo-se apenas enquanto nomenclatura, ou se o Transtorno de Pânico seria a modalidade de sofrimento específica para o que Freud (1996c) acreditava ser o ataque de angústia. Teríamos então de cogitar um novo estatuto clínico para o ataque de angústia. Apesar das coincidências, é pouco provável que tal fato seja verdade. De antemão, é possível responder que o ataque de angústia como sintoma estaria presente em diferentes circunstâncias de extrema angústia, não ocorrendo tão somente na Neurose de Angústia. A justificativa se dá pelo fato de ataques de angústias ocorrerem em outras entidades clínicas, como nos quadros fóbicos. Tentar comprovar a similaridade dos fenômenos pelo viés descritivo seria infrutífero. Não estaríamos agindo diferente dos recentes manuais de doenças mentais. Ou seja, o critério utilizado seria a comparação do que nos é apresentável enquanto descrição do sofrimento. Nesse sentido, é preciso notar que a importância dessa primeira tópica da angústia freudiana se dá pela sua fundamentação teórica em torno da etiologia, como também pela explicação do aparelhamento psíquico na produção da angústia e da neurose de angústia.

389

II

Em “Inibições, sintomas e ansiedade” [angústia] (Freud, 1996h), a angústia é levada a outra esfera, não mais compreendida do ponto de vista econômico, psicofísico, como transformação direta da quota de afeto. Freud (1996h) abandona sua concepção inicial em que a gênese da angústia estava no acúmulo de excitação através de processos de insatisfação sexual ou deflexão do estímulo através do emprego inadequado. A virada freudiana nesse texto fundamenta a angústia como uma ação defensiva, gerada no momento em que o Eu se depara com um estado de perigo. A angústia então se instala como uma reação a fim de se afastar ou evitar o perigo. No entanto: que perigo é esse e qual sua natureza? A dedução freudiana é categórica quando aponta para o trauma do nascimento. Como protótipo do desamparo estrutural dos seres humanos, a angústia é um sinal de perigo emitido pelo Eu, informando que está preparado para lidar com a ameaça de repetição de uma situação traumática, situação análoga ao nascimento. Levemos em conta que, o que está em jogo não é uma eventualidade concreta que rememore o parto (separação da mãe), o ato de nascer, mas essencialmente, as consequências que o nascimento provoca. Existe uma quebra da simbiose com a mãe, completude anteriormente instaurada e o surgimento da pulsão como força

Rev. Psicol Saúde e Debate. Jun., 2021:7(1): 376-397.



imperativa. Portanto, marca a primeira experiência do estado de desamparo: o sujeito marcado pela falta, o sujeito do desejo. Nas palavras de Freud (1996h, p. 132): “No homem, o nascimento proporciona uma experiência prototípica desse tipo, e ficamos inclinados, portanto, a considerar os estados de ansiedade [angústia] como uma reprodução do trauma do nascimento”.

Ainda que Freud (1996h) mudasse o foco de suas descobertas, não havia abandonado totalmente sua explicação pelo viés quantitativo/dinâmico para a angústia. Segundo ele, no ato do nascimento é gerada uma grande carga de estímulos (tensão) que o Eu experimenta passivamente, inaugurando assim, o reino das necessidades no bebê e a libido como investimento no outro para atender suas exigências. De uma forma ou de outra, a libido será o pontapé inicial para a formação da angústia, não mais transformada diretamente como em outrora, mas como efeito, um sinal de aviso para lidar com uma situação traumática análoga ao estado de desamparo experienciado ao nascer. Dessa forma, o núcleo da angústia não mais está no acúmulo de excitação devido ao emprego inadequado, mas como adaptação do Eu para controlar e suportar de forma ativa a ameaça de reviver um trauma, portanto, assumindo o caráter de um mecanismo de defesa. Assim, a angústia é compreendida como sinal de perigo, sendo o Eu sua sede. Para Freud (1996h, p. 139):

Constitui ainda um fato inegável que na abstinência sexual, na interferência imprópria no curso da excitação sexual, ou se esta for desviada de ser elaborada psicicamente, a ansiedade [angústia] surge diretamente da libido; em outras palavras, que o ego [eu] fica reduzido a um estado de desamparo em face de uma tensão excessiva devida à necessidade, como ocorreu na situação do nascimento, e que a ansiedade [angústia] é então gerada.

Temos a angústia como um primeiro mecanismo de defesa para que o Eu se afaste do que lhe causa perigo, obedecendo à sua função de mediador das exigências do Isso e do Supereu. O próximo passo para lidar com a angústia será a formação sintomática como elemento substitutivo para o que fora recalcado. Com efeito, o Eu condensa o perigo – o que lhe ameaça – em forma de sintoma a fim de dirigir seu curso. Temos, portanto, o sintoma como mecanismo de defesa secundário para lidar com aquilo que representa uma ameaça de perigo assinalado pela angústia. “Um sintoma é um sinal e um substituto de uma satisfação instintual [pulsional] que permaneceu em estado jacente; é uma consequência do processo de repressão [recalque]” (Freud, 1996h, p. 95). A angústia possibilita que o sujeito ultrapasse as barreiras constitutivas do desamparo, caracterizando-se também por ser uma tentativa de o Eu manter o controle e advertir e prevenir novas situações traumáticas.



A conclusão a que chegamos, portanto, é esta. A ansiedade [angústia] é uma reação a uma situação de perigo. Ela é remediada pelo ego [eu] que faz algo a fim de evitar essa situação ou para afastar-se dela. Pode-se dizer que se criam sintomas de modo a evitar a geração de ansiedade [angústia]. Mas isto não atinge uma profundidade suficiente. Seria mais verdadeiro dizer que se criam sintomas a fim de evitar uma situação de perigo cuja presença foi assinalada pela geração de ansiedade [angústia] (Freud, 1996h, p. 128).

Retomamos a relação do que estamos tratando com o Transtorno de Pânico. A partir desse texto e, conseqüentemente, da segunda teoria da angústia, percebemos que o núcleo da angústia está na relação do sujeito com sua existência e, essencialmente, com o outro. Quando Freud (1996h) aponta para o sinal de perigo como motor da angústia – angústia sinal –, ele sinaliza o que está em jogo quando o ser humano se sente angustiado, isto é, tem suas causas no estar desamparado no mundo, desamparo que é estrutural e produto de uma situação traumática análoga ao nascimento. Portanto, o sintoma tem uma função dentro da organização psíquica, sendo uma medida protetiva e reativa de uma ameaça ao Eu, uma tentativa de lidar com a angústia.

No curso de sua teorização, Freud (1996h) ainda faz uma importante distinção quanto a duas modalidades da angústia: a angústia como sinal (de perigo) e a angústia automática. A angústia como sinal seria a resposta do Eu a uma ameaça de uma circunstância traumática que é aprendida enquanto situação de perigo. Já a angústia automática escapa ao controle do Eu, quando uma carga excessiva de tensão é gerada, ou seja, quando a situação traumática atinge seu limiar de concretude e o Eu não consegue manter o controle. Portanto, não emite o sinal, ocorrendo de forma involuntária. A segunda modalidade da angústia requer atenção especial, pois é a partir dela que podemos articular o Transtorno de Pânico com a teoria psicanalítica, não só quanto à etiologia, mas como um possível tratamento para esse tipo de sofrimento psíquico.

391

Aqui estamos mais uma vez fazendo uma distinção correta entre dois casos: o caso no qual ocorre algo no id [isso] que ativa uma das situações de perigo para o ego [eu] e que o induz a emitir o sinal de ansiedade [angústia] para que a inibição se processe, e o caso no qual uma situação análoga ao trauma do nascimento se estabelece no id [isso], seguindo-se uma reação automática de ansiedade [angústia] (Freud, 1996h, p. 139).

O ataque de angústia poderia então ser explicado como a resposta subjetiva para a relação do sujeito com sua condição de existente no mundo: desamparado. A explicação parece bastante óbvia, mas a grande incógnita por trás do Transtorno de Pânico se refere ao fato de não haver razão objetiva para a determinação desse estado de desespero durante o ataque de Pânico. Algo totalmente inteligível, um medo insensato, sem causa aparente. Ora, se



o ataque de Pânico ocorre diante de uma suposta previsibilidade, estando ligada a alguma representação ou que tivesse um objeto no mundo externo que a justificasse, então não denominaríamos de Transtorno de Pânico. Poderíamos cogitar uma fobia, um estado de luto, uma neurose obsessiva, dentre outros; mas sofrer de Transtorno de Pânico é ter ataques de angústia sem determinação aparente, é sofrer sem sentido, é ter medo de algo que não corresponde em sua causalidade e concretude, portanto, angústia sem objeto.

Encontramos dentro da segunda tópica da angústia freudiana uma hipótese para explicar o fato. Estaria a angústia do Transtorno de Pânico envolvida com a iminência de uma repetição do trauma original? Sigamos a seguinte proposição. Como sabemos, a angústia pode ocorrer de duas formas: como sinal de perigo e como resposta automática e involuntária para lidar com aquilo o que lhe escapa de representação. Se o fenômeno existe e há efeitos, seja a nível somático ou psicológico, presumimos existir uma causa precipitadora que produza tais efeitos. A aposta freudiana decorre do encontro do sujeito com uma vivência traumática análoga ao estado de desamparo do nascimento. Não podemos declarar que estamos simplesmente diante de uma repetição idêntica ao primeiro trauma, pois, se assim fosse, estaríamos propensos a reduzir o Transtorno de Pânico a uma relação de causa e efeito, como na maioria dos quadros patológicos psiquiátricos. Há de se averiguar de que forma esse ponto de irrupção determina o fenômeno, reconhecendo seu núcleo inconsciente; talvez por isso a dificuldade em estabelecer parâmetros precisos para sua definição.

392

Se a angústia é sem objeto, não é por mera indeterminação, mas justamente por esse objeto estar perdido que é impossível se ter acesso, e, certamente, devido à sua impossibilidade que nos foi possível o laço com o Outro. O ataque de angústia é por excelência o estado em que se atesta e afirma a tragédia da existência humana – desamparada por natureza, atravessada pela falta. Perceba que não estamos falando em transtorno, síndrome, ou qualquer outro codinome para situar o excesso de angústia, mas de um estado: o ataque de angústia como um estado afetivo, a pura manifestação da angústia. Com efeito, retiramos toda carga patológica do problema e a reinsertamos em outro campo, o da existência, da responsabilização pessoal de cada sujeito pelo que lhe é mais caro, seu próprio existir.

III

A expressão Pânico [*Panik*] foi cunhada por Freud (1996g) em “Psicologia das massas e análise do Ego” para referir-se a um fenômeno psicológico, tal qual explicita o autor a partir de um exemplo:

A ocasião típica da irrupção de pânico assemelha-se muito à que é



representada na paródia de Nestroy, da peça de Hebbel, sobre Judite e Holofernes. Um soldado brada: 'O general perdeu a cabeça!' e, imediatamente, todos os assírios empreendem a fuga. A perda do líder, num sentido ou noutro, o nascimento de suspeitas sobre ele, trazem a irrupção do pânico, embora o perigo permaneça o mesmo; os laços mútuos entre os membros do grupo via de regra desaparecem ao mesmo tempo que o laço com seu líder. O grupo desvanece-se em poeira, como uma Gota do Príncipe Rupert, quando uma de suas extremidades é partida (Freud, 1996g, p. 109).

O texto parece antecipar o que iria apresentar de forma mais consistente em “Inibições, sintomas e angústia”, isto é, demonstrar que sob determinadas condições os sujeitos entram em estados de pânico [*Panik*]. O ataque de angústia insensato poderia surgir por determinantes específicos para cada pessoa – a nível singular, ou poderia surgir por determinantes coletivos – a nível grupal. Tendo em vista que já abordamos alguns dos aspectos particulares no qual pode ocorrer, passemos para as possíveis implicações coletivas. Nosso objetivo não é acentuar as possíveis circunstâncias culturais determinísticas do Transtorno de Pânico, mas localizar quais mecanismos psíquicos estão em jogo quando os fatores sociais influenciam no decurso de fenômenos psicopatológicos.

Para Freud (1996g), a essência de um grupo está nos laços libidinais que nele existem. Esses laços estão concentrados e reunidos em torno da figura do líder ou de algo que estabeleça a função de ideal, sustentando, assim, toda pirâmide identificatória e motivacional dos seus membros, ou seja, o líder (ou ideal) exerce função central dentro das relações grupais. Se um líder cai ou o ideal é diluído, o sujeito se vê destituído de sentido na realização de suas ações, emergindo um estado de angústia que não condiz com a realidade. Freud irá analisar grupos como o exército e a igreja para justificar sua tese. No caso do exército, uma tropa é tomada pelo estado de Pânico quando o comandante é declarado morto; as consequências são nefastas, a maioria dos soldados entra, literalmente, em Pânico, ou seja, produz ataques de angústia. Ora, se o perigo continua o mesmo, e as condições de enfrentar o inimigo também, o que geraria um estado de medo insensato ou total desespero diante de algo teoricamente insignificante? Freud presume que a coesão de um grupo está totalmente ligada à figura do líder, daquele que representa a onipotência do todo e protege contra os perigos, ou seja, uma função simbólica.

A magnitude do perigo não pode ser a responsável, porque o mesmo exército que agora tomba vítima de pânico pode anteriormente ter enfrentado perigos iguais ou maiores com sucesso total; pertence à própria essência do pânico não apresentar relação com o perigo que ameaça, e irromper frequentemente nas ocasiões mais triviais (Freud, 1996g, p. 108).



O lampejo freudiano está em não buscar as explicações diretamente nos fatores externos, mas implicitamente deduzir que a organização da vida mental está diretamente relacionada com os laços afetivos que estabelecemos com o outro. O amor que liga um sujeito a algo é o balizador de toda sua estruturação psíquica. Quando algo desta ordem é abalado, o Eu se ajusta da maneira que lhe é possível para restituir o controle da situação. Estamos mais uma vez tratando do estado de desamparo estrutural do ser humano. Pensemos. O amor de Cristo nos uniu – diz a sentença bíblica. Nada mais preciso para definir o caráter identificatório e afetivo dos que comungam da religião cristã, tendo, em última instância, o mecanismo que sustenta o sentimento de pertença desse grupo. O amor de Cristo é verdadeiramente o artifício mais puro e pragmático para a manutenção das pessoas que atribuem sentido à sua existência pelo viés religioso, ou seja, o pai onipotente que protege e estabiliza os sujeitos no existir.

O pano de fundo no qual os fenômenos grupais e o Pânico comungam refere-se à saída encontrada pela civilização para lidar com o desamparo. Todavia, o ataque de angústia é um dos efeitos produzidos pelo rompimento do sujeito com aquilo que lhe dá sustentação no mundo, indicando assim o suporte simbólico oferecido pelos ideais que estão à nossa disposição. Liberdade não é, nesse sentido, sinônimo de bem-estar, de prazer, mas, essencialmente, um fardo que extravia o sujeito do seu mundo. O ataque de pânico e medo insensato estaria justificado pelo estado de angústia como efeito do perceber-se desamparado, isto é, o mecanismo para lidar com o desamparo resultado de razões coletivas configura-se também pelo ataque de angústia, ainda que sem sentido.

394

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegamos ao final do nosso percurso em compreender, a partir da angústia, o que é concebido como Transtorno de Pânico no DSM. De um lado, temos um sujeito que não sabe por que sofre; do outro, um fenômeno sem endereço, sem referências, mas que faz o sujeito falar – seja através do corpo ou do afeto. Nossas observações possibilitam pensar o fenômeno por outra lógica. Instrumentalizados pela teoria freudiana, verificamos que a manifestação sintomática envolve, essencialmente, o excesso de angústia, indicando o caráter sem objeto do afeto. Portanto, lançamos mão em problematizar o Transtorno de Pânico a partir de um estado subjetivo, refutando, assim, a perspectiva normatizante psiquiátrica e seu estatuto patológico. É possível perceber o ataque de pânico – sem sentido – não como sintoma, em seu caráter disfuncional, como desordem ou desequilíbrio que foge ao normal; mas ao inverso, apontar o excesso de angústia como manifestação desse estado, ou seja, pensar o sintoma enquanto sinônimo de falta – tanto falta de recursos simbólicos para elaborar um destino para a angústia



e, assim, formar um sintoma, e também como falta, designando a condição humana como desamparada.

Quando a ansiedade é tomada como sintoma e elevada ao estatuto ontológico de algo universal; quando o sujeito assume “eu sofro de ansiedade”, através do “eu tenho pânico”, seu sofrimento (*pathos*) se transforma no discurso médico, tornando o dito uma mera repetição, sem valor de significação. As investigações clínicas demonstram que o principal sintoma do Transtorno de Pânico – o ataque de pânico sem sentido – é marcado por não haver representações possíveis para ancorar o sujeito nesse sofrimento, a fala é vazia. O que está em jogo por trás da nomenclatura é um lugar, o posicionamento frente a um afeto que no Transtorno de Pânico não encontra representação no campo do sentido.

O que teríamos na conjuntura psiquiátrica do DSM-5 como crise de ansiedade e ataques de pânico aqui relacionamos com a angústia. São termos que compõem perspectivas diferentes para denominar um sofrimento que se caracteriza pela angústia diante da impossibilidade de proteger-se de uma ameaça. O modo de nomear a coisa não inviabiliza a produção de um sentido para aquilo que de antemão não existe, ou seja, a experiência subjetiva é que legitima o sofrimento, não o termo/diagnóstico que lhe é dado.

Se se trata de uma Neurose de Angústia ou Transtorno de Pânico, pouco importa; no fundo, está presente a angústia mobilizando algo. A psicanálise opera por outra via: ela convida o sujeito a construir a verdade do seu sintoma, colocando a angústia no centro do problema e, principalmente, qual a implicação do sujeito com o que lhe angustia, com seu mal-estar.

395

4 REFERÊNCIAS

- APA - American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al.; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli et al.. 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed. Recuperado em 29 de agosto de 2016, em <https://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>
- Burkle, T. S. (2009). *Uma reflexão crítica sobre as edições do Manual de Diagnóstico e Estatística das perturbações mentais – DSM*. Rio de Janeiro: UFRJ. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Calazans, R. (2012). DSM: nova versão, velhas questões, antigas pretensões. *Em Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs* / organizadores: Fuad Kyrillos Neto, Roberto Calazans. – Barbacena: EdUEMG. Recuperado em 09 de maio de 2021, em <https://intranet.uemg.br/comunicacao/arquivos/PubLocal172P20130219101921.pdf>
- Carvalho-Netto, E. F. (2014). Ansiedade: uma visão neuroanatômica. *Caderno Multidisciplinar Innove, Ansiedade*. v. 3. Recuperado em 04 de setembro de 2016, em *Rev. Psicol Saúde e Debate*. Jun., 2021:7(1): 376-397.



https://www.institutoinnove.com.br/wp-content/uploads/2013/03/Caderno-Multidisciplinar-Innove_Ansiedade.pdf

- Castro, J. E. (2012). A ética da psicanálise e o DSM ou, respectivamente, psicopatologia ou antipsicopatologia? *Em Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs / organizadores: Fuad Kyrillos Neto, Roberto Calazans.* – Barbacena: EdUEMG. Recuperado em 09 de maio de 2021, em <https://intranet.uemg.br/comunicacao/arquivos/PubLocal172P20130219101921.pdf>
- Costa, V. A. S. F., & Queiroz, E. F. (2011). Transtorno de pânico: uma manifestação clínica do desamparo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 31, n. 3. Recuperado em 07 de setembro de 2016, em <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v31n3/v31n3a02.pdf>
- Dunker, C. (2015). *Mal-estar, sofrimento e sintoma*. São Paulo: Boitempo.
- Dunker, C. I. L. (2012). Crítica da razão diagnóstica: psicanálise, psicopatologia, DSM. *Em Psicopatologia em debate: controvérsias sobre os DSMs / organizadores: Fuad Kyrillos Neto, Roberto Calazans.* – Barbacena: EdUEMG. Recuperado em 09 de maio de 2021, em <https://intranet.uemg.br/comunicacao/arquivos/PubLocal172P20130219101921.pdf>
- Freud, S. (1996a). Rascunho B – A etiologia das neuroses. *In Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 01). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1893)
- Freud, S. (1996b). Rascunho E – Como se origina a ansiedade. *In Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 01). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1894)
- Freud, S. (1996c). Sobre os critérios para destacar da Neurastenia uma síndrome particular intitulada “Neurose de Angústia”. *In Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 03). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895 [1894])
- Freud, S. (1996d). O sentido dos sintomas. *In Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 16). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917)
- Freud, S. (1996e). Repressão. *In Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915)
- Freud, S. (1996f). Além do princípio do prazer. *In Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 18). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920)
- Freud, S. (1996g). Psicologia de grupo e análise do ego. *In Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 18). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1921)
- Freud, S. (1996h). Inibições, sintomas e ansiedade. *In Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 20). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926 [1925])



- Freud, S. (1996i). Ansiedade e vida instintual. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 22). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1933)
- Menezes, L. S. (2006). *Pânico: efeito do desamparo na contemporaneidade – Um estudo psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1.ed. FAPESP.
- OMS - Organização Mundial da Saúde. (2007). *CID - 10*. Organização Mundial da Saúde; trad. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 10. ed. rev. - São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Pereira, M. E. C. (1999). *Pânico e desamparo: um estudo psicanalítico*. São Paulo: Escuta.
- Safatle, V.; Silva Jr, N.; Dunker, C. I. L. (2019). *Patologias do social: arqueologias do sofrimento psíquico*. Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Veras, M. (2002). Versões do pânico. In V. Besset (Org.), *Angústia*. São Paulo: Escuta.