

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**UMA VIA POSSÍVEL PARA O SUJEITO DIANTE DE SUA ANGÚSTIA - O
CASO JOÃO**

STALEN HUALANS MENEZES FELINTO

CAMPINA GRANDE – PB

2015

STALEN HUALANS MENEZES FELINTO

**UMA VIA POSSÍVEL PARA O SUJEITO DIANTE DE SUA ANGÚSTIA – O
CASO JOÃO**

Trabalho apresentado a Unidade Acadêmica de Psicologia do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da UFCG, Campus Campina Grande-PB em cumprimento às exigências para obtenção do título de Psicólogo, sob a orientação da Professora Dra. Gabriella Dupim.

CAMPINA GRANDE – PB

2015

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial “Tereza Brasileiro Silva”-
UFCG**

F315u

Felinto Stalen Hualans Menezes.

Uma via possível para o sujeito diante de sua angústia - o caso João/ Stalen Hualans Menezes Felinto. – Campina Grande, PB: O autor, 2015.

24 f. 21 x 27,9 cm

Artigo (Graduação em Psicologia) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Referências.

Orientador Gabriella Dupim, Dr.

1. Angústia. 2.Psicanálise. 3.Psicopatologia. 4.Caso Clínico. I. Dupim, Gabriella. II. Título.

BSTBS/CCBS/UFCG

CDU 159.964.2:616.89 (813.3)

STALEN HUALANS MENEZES FELINTO

**UMA VIA POSSÍVEL PARA O SUJEITO DIANTE DE SUA ANGÚSTIA – O
CASO JOÃO**

APROVADO EM: ____/____/____

NOTA: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Gabriella Dupim

Orientadora

Prof^ª. Isabela Lemos Arteiro

Examinadora

Prof^ª. Karynna Magalhães Barros da Nóbrega

Examinadora

RESUMO

O campo da psicopatologia na atualidade tem buscado compreender o sofrimento psíquico por meio de critérios descritivos, fenomenológicos e estatísticos. Tomando problemas éticos como se fossem desarranjos orgânicos ou bioquímicos, a solução para tais problemas parece ser simples e eficiente: a medicalização. Nesse contexto, a angústia é inserida como objeto do saber médico, sob a nomenclatura de transtorno de ansiedade generalizada, ou síndrome do pânico. No entanto, por considerar a angústia como um dos fenômenos fundamentais da existência humana, além de ser um afeto indissociável da experiência do sujeito. Este artigo tem por objetivo responder a seguinte questão: Haverá algum tratamento para a angústia, que não seja baseado meramente numa descrição de sinais e sintomas, mas que possua um construto teórico sobre sua etiologia e leve em consideração os modos de funcionamento do sujeito, sem excluir a subjetividade deste? Para responder à questão partiremos do pressuposto, que o tratamento indicado para a angústia se dê pela via da psicanálise. Após traçar um breve percurso teórico sobre como o conceito de angústia é desenvolvido na obra de Freud e no Seminário 10 de Lacan, articularemos a teoria com uma proposta de construção de caso atendido no serviço escola de Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande.

Palavras-chave: Angústia; Psicanálise; Psicopatologia; Caso Clínico;

ABSTRACT

The field of psychopathology today has sought to understand the mental suffering by means of descriptive criteria, phenomenological and statistical. Taking ethical problems as if they are organic or biochemical derangements, the solution to these problems seems to be simple and efficient: the medicalization. In this context, the anguish is inserted as an object of medical knowledge under the nomenclature of generalized anxiety disorder or panic disorder. However, considering the anguish as one of the fundamental phenomena of human existence as well as being an inseparable affection of the subject's experience. This article aims to answer the following question: Is there any treatment for anxiety , it is not merely based on a description of signs and symptoms, but that has a theoretical construct about its etiology and consider the subject of the operating modes, without excluding the subjectivity of this? To answer the question will assume that the treatment for anxiety be given by psychoanalysis track. After tracing a brief theoretical course on how the concept of anxiety is developed in the work of Freud and Lacan in Seminar 10, will articulate the theory with a case of building proposal attended the School Psychology Service at the Federal University of Campina Grande.

Keywords: Anxiety ; Psychoanalysis ; Psychopathology ; Clinic Case;

Sumário

1. Introdução.....	7
2. O fenômeno da Angústia na metapsicologia freudiana.....	10
3. O afeto que não engana: A angústia na concepção de Lacan	13
4. Por uma construção do caso clínico	15
5. O Caso João.....	16
6. Considerações finais	22
7. Referências Bibliográficas	23

1. Introdução

Desde o nascimento da psicanálise, há mais de 100 anos, inúmeras modificações ocorreram nas formas do existir humano: mudaram-se as formas de se conviver, de se relacionar com o amor e com o trabalho, bem como foram encontradas novas saídas para se lidar com o mal-estar inerente à civilização. Diferente da época vivenciada por Freud, época na qual a sociedade vivia sob constante repressão da moral vitoriana, atualmente presenciamos uma sociedade cada vez mais horizontalizada, marcada pela fragilidade dos laços sociais e pelo abandono dos ideais morais. Época esta que segundo Laurent (2007), revela que os significantes mestres que historicamente ordenavam a sociedade foram sucessivamente tornados desqualificados e que o culto ao dever cedeu lugar à encantação da felicidade. Fatos estes, que evidenciam claramente o declínio do ideal e a simultânea emergência das exigências de gozo. No entanto, uma das mudanças mais significativas advindas com a pós-modernidade, pode ser visualizada nas formas como se apresentam o sofrimento humano e nas saídas encontradas pelo sujeito diante do mesmo.

Se em “O Mal-Estar na Civilização” (1930), Freud já concebia que o conflito gerado na busca do homem pela felicidade, objetivava a evitação de qualquer tipo de sofrimento. O cenário atual, marcado pela exigência do gozo imediato, demonstra ainda mais uma ação coletiva de evitar e aplacar toda e qualquer forma de mal-estar e de angústia (BESSET, 2001). Em busca deste falso ideal de completo bem-estar para todos, se fez necessário a criação de um mercado, no qual há uma grande oferta de diagnósticos e medicamentos que prometem ser uma solução para este problema, solução inclusive para o sofrimento psíquico. No entanto, este processo de medicalização do psíquico, por ter seu início relativamente recente, demonstra como o pacto entre a indústria farmacêutica e a medicina se tornou lucrativo, ditando as regras do jogo, ou melhor, “indicando” quais seriam os métodos de tratamento eficazes.

Segundo Guarido (2007) é a partir de 1952 que acontece a primeira sintetização de um psicofármaco utilizado em tratamentos psiquiátricos. Ainda segundo esta autora, é em 1980, com a publicação da versão do DSM-III, que a então chamada psicopatologia geral rompe definitivamente com a psiquiatria clássica e com as influências da psicanálise e adere a objetivação dos critérios diagnósticos baseados em experimentações científicas e dados epidemiológicos. Logo, o discurso contemporâneo hegemônico no que diz respeito aos problemas do psiquismo humano, trataria essencialmente tais fenômenos em

termos de funcionamento orgânico ou bioquímico. Calazans e Lustoza (2008), afirmam categoricamente que este discurso de medicalização do psíquico é uma equivocada pretensão de tratar problemas éticos como se fossem de ordem orgânica, pois pretende a objetivação justamente daquilo que não é de forma alguma científico – o sujeito.

Sendo os psicofármacos cada vez mais potentes, eficazes e sedutores, estes acabam adquirindo o status de objeto de consumo. Mas como Besset (2001), questiona, como compreender a subjetividade humana isenta daquilo que lhe é inerente enquanto existência do sujeito na cultura? O mal-estar. Ao comprarmos tal ideologia pragmática e cientificista de que é necessário se manter um constante e completo bem-estar, incorremos no risco de promover uma anulação daquilo que faz cada homem diverso e singular, já que o sintoma é uma invenção singular do sujeito para se lidar com o mal-estar. A utilização de psicofármacos é inclusive mais uma mudança imposta pela contemporaneidade, da qual não poderemos recuar, mas manejar com certa destreza, ao ponderar as necessidades de cada caso, desde que a fala e a experiência do sujeito sejam preservadas (BESSET, 2004). Pois, como diriam Oliveira e Neves (2012), os remédios:

“não são tentativas de cura, mas uma maneira de conter o fenômeno sintomático, maneira essa que, embora possa auxiliar um tratamento, muitas vezes pode vir a esconder e calar o sujeito, uma vez que é através do sintoma que ele faz sua aparição clínica”. (OLIVEIRA E NEVES, p. 135-136).

Com base nestes fatos, e na forma como o discurso hegemônico sobre o sofrimento psíquico se apresenta na atualidade, é que gostaríamos de trazer à tona uma condição que permanece a mesma, apesar de atravessar os séculos e perseguir o homem das mais diversas culturas – a Angústia. Como veremos a seguir, a angústia é um afeto que testifica a divisão que caracteriza uma subjetividade, e apesar de não ter nada de patológico, pode trazer para o sujeito que a experimenta “um sofrimento que pode adquirir proporção insuportável” (BESSET, 2002, p. 19). Nos manuais diagnósticos estatísticos, este afeto está contido sob os signos de transtorno de ansiedade generalizada, síndrome do pânico e etc.

Contudo, ainda segundo Oliveira e Neves (2012), tal empreendimento de classificação de sinais e sintomas, por se intitular a-teórico (sob o pretexto de estabelecer um único código de linguagem para profissionais da saúde) abandona a única utilidade

fundamental de um diagnóstico: promover um apontamento no que se refere a direção do tratamento. E dessa forma, contribui para que o tratamento para a angústia se pautar por uma via meramente medicamentosa. Tal diagnóstico, pode inclusive servir para rotular e desresponsabilizar os sujeitos diante de seu desejo. Nessa perspectiva:

“os efeitos das práticas contemporâneas de medicalização da angústia têm se mostrado suficientemente eloquentes. Calando a angústia, elas não fazem mais do que mascarar e eternizar o sofrimento psíquico. Escolhem o caminho oposto daquele que Freud desbravou, calam o sujeito ao invés de dar-lhe a palavra.” (SANTOS, 2002. p.38)

É por perceber os rumos que o campo da psicopatologia tem tomado com base nos seus manuais estatísticos de diagnóstico, e por ter uma compreensão da angústia como o único afeto que não engana (BESSET, 2002), sinal de uma experiência subjetiva, que temos por objetivo deste artigo, desenvolver a seguinte questão – Haverá algum tratamento para a angústia, que não seja baseado meramente numa descrição de sinais e sintomas, mas que possua um construto teórico sobre sua etiologia e leve em consideração os modos de funcionamento do sujeito, sem excluir a subjetividade deste? Para tanto, partiremos do pressuposto, que uma via possível para se tratar este afeto, que não tenha como objetivo podar os sintomas, mas que inclua a experiência do sujeito, se dê pela via da psicanálise. Pois como aponta Veras (2002), enquanto que o discurso hegemônico tende a tratar os pacientes como objetos e “eliminar qualquer possibilidade de implicação ética” (p.200), caberá à psicanálise a função de resgate da subjetividade, e de retorno à singularidade do sujeito.

Diante disto, procuraremos traçar um breve percurso teórico sobre como o conceito de angústia aparece e é desenvolvido na psicanálise, partindo dos primeiros escritos de Freud, até mais exatamente o seminário 10 de Lacan. Posteriormente, tomaremos uma proposta de construção de um caso clínico, atendido no serviço escola de Psicologia da Universidade Federal de Campina Grande como proposta de discussão.

2. O fenômeno da Angústia na metapsicologia freudiana

Segundo Rocha (2000, p.16), a angústia, além de ser um dos problemas fundamentais da existência humana, aparece também como “ponto nodal, para o qual convergem as mais importantes questões da pesquisa psicanalítica”. Não é por acaso que esse tema permeia toda a obra freudiana e se constitui como fundamento importante de sua metapsicologia. Antes mesmo de seus escritos propriamente psicanalíticos Freud, já se indagava a respeito do enigma da angústia e de suas relações com as neuroses e com a sexualidade, a exemplo do seu questionamento no ‘Rascunho A’ (1996[1886-1899]): “Será a angústia das neuroses de angústia derivada da inibição sexual ou da angústia ligada a etiologia dessas neuroses? ”.

É no ‘Rascunho E’ (1996[1886-1899]), intitulado “Como se origina a angústia”, que encontramos um esboço das primeiras teorizações de Freud acerca da angústia. Nesse texto, ao associar a angústia de seus pacientes com a sexualidade, o autor concebia que a origem da angústia estaria enraizada na esfera física, como um fator da vida sexual. Ou seja, neste primeiro momento, a angústia é entendida como o resultado de uma conversão da tensão sexual acumulada, não elaborada psiquicamente.

No texto “Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada ‘neurose de angústia’” de 1895, Freud especifica este quadro clínico – neurose de angústia – com sintomas tais como: expectativa angustiada, irritabilidade geral, visão pessimista das coisas, ansiedade, distúrbios de atividade cardíaca, dificuldade de respirar, acessos de suor, tremores e calafrios, vertigem, desenvolvimento de agorafobia (pânico), e outros distúrbios de atividades digestivas. Como podemos ver, no início de sua teorização, a angústia teria uma etiologia sexual e inscrição no corpo, sendo o resultado de uma tensão somática acumulada, não elaborada psiquicamente e não ab-reagida adequadamente.

Mas é no texto da 25ª Conferência introdutória à Psicanálise (1917) que Freud irá concluir a sua primeira teoria sobre a angústia, considerando-a como um enigma, cuja solução poderia iluminar aspectos desconhecidos do psiquismo. É neste momento, coincidindo com a elaboração da primeira tópica freudiana, que Freud, relaciona a angústia com a pulsão e os conflitos que estão na base das psiconeuroses de defesa (principalmente na histeria de angústia). Como aponta Chediak (2007), é nesse contexto

que surge a percepção de que, os ritos obsessivos, fobias e sintomas histéricos seriam invenções feitas por neuróticos para escapar dos ataques de angústia produzidos pelo recalque. O recalque seria então considerado a causa da angústia, uma vez que esta surgiria automaticamente quando a libido fosse recalçada. Além disso, neste texto, Freud (1917) diferenciou dois tipos de angústia: A angústia realística e a angústia neurótica.

A angústia realística, estaria a serviço da pulsão de auto conservação, sendo basicamente uma reação racional e compreensível à percepção de um perigo externo, ou a um dano esperado, previsto e que estaria vinculada ao reflexo de fuga, funcionando como um ‘sinal’ – característica essa que permanecerá e marcará as teorizações seguintes. Mas que também poderia servir para agir ao contrário do esperado, dependendo da intensidade do desenvolvimento desta forma de angústia, deixando o sujeito paralisado, desamparado e incapaz de reagir frente ao perigo. Enquanto que a angústia neurótica é definida como um estado de angústia generalizado, uma “angústia flutuante” e por isso sem objeto, que estaria pronta a se ligar a qualquer conteúdo representativo, influenciando o julgamento do sujeito que se angustia sem saber exatamente o motivo, mas que permanece submerso neste estado de expectativa de desgraças iminentes.

É ainda neste texto de 1917, que Freud, fez talvez uma de suas elaborações mais importantes sobre a angústia, e que serviu de ponte para a segunda teoria sobre este afeto. Além de servir inclusive, de apoio ao pensamento laciano sobre a angústia: Freud associa o afeto de angústia à experiência prototípica do nascimento, que serviria de modelo de um efeito gerado pelo perigo de aniquilação e que, portanto, seria repetido sob a forma de angústia.

Em “Inibição, Sintoma e Angústia” (1926), Freud se distancia da primeira teoria da angústia, uma vez que já produziu uma passagem para a segunda tópica o que permite à sua teorização sobre a angústia um teor mais dinâmico e histórico do que meramente econômico. Aqui é ressaltada a situação do desamparo originário ocorrido no ato do nascimento, quando o recém-nascido passa de uma situação de homeostase no acolhedor útero materno, para um ambiente hostil e repleto de excitações e estímulos excessivos no mundo externo. Neste momento, o bebê não possui condições biológicas ou psíquicas de responder defensivamente a tais estímulos, e permanece num estado de total desamparo, passividade e impotência ao passar por esta experiência que se constituirá *a posteriori* como traumática e devastadora. Neste texto, a angústia é compreendida como a

reprodução da vivência prototípica do nascimento, vindo a ser reproduzida sempre que emergir uma situação de perigo:

“o estado de angústia é a reprodução de uma vivência [...] No ser humano, tal vivência prototípica é o nascimento; e por isso nos inclinamos a ver no estado de angústia uma reprodução do trauma do nascimento [...] A angústia surgiu como reação a um estado de perigo, e agora é reproduzida sempre que um estado desses se apresenta.” (FREUD, 1926, p.54-55)

Ao questionar a origem da angústia, Freud chega à conclusão de que, o Eu é na verdade, a genuína sede da angústia, e que esta é a reprodução de um estado afetivo segundo uma imagem mnêmica já existente. Ao desenvolver o pensamento acerca destes fatos, Freud dá uma guinada fundamental para a formulação de sua metapsicologia: não é o recalque que produz a angústia, mas a angústia que produz o recalque. Como aponta Chediak (2007, p. 27) “ao reconhecer uma situação de perigo de castração, o Eu dá o sinal de angústia que faz com que o recalque entre em movimento, inibindo assim as pulsões provindas do Isso”. Dessa forma, as formações sintomáticas seriam substitutos a fim de se evitar a manifestação da angústia. Seguindo esta lógica, é importante ressaltar que:

“além de uma angústia pulsional, deve existir uma angústia fundamental e originária que sirva de modelo arquetípico, para todas as angústias que se repetirão depois no decorrer da vida. O recalque é um dos mecanismos criados pelo Eu para defender o indivíduo contra as ameaças dessa angústia mais primitiva, que Freud identificou como a angústia que acompanha o ato do nascimento” (ROCHA, 2000, p.105)

Dentre outras observações significativas sobre a angústia apresentadas em “Inibição, Sintoma e Angústia” (1926), vale destacar, a comparação feita por Freud, deste estado afetivo com o funcionamento de uma vacina, que quando utilizada se aceita uma forma da doença amenizada, para que com a criação de anticorpos adequados, possa limitar a potência de um ataque implacável no futuro. Ou seja, ao se angustiar, o sujeito não estaria despreparado para uma possível irrupção de uma situação traumática. Ademais, outra característica da angústia enfatizada por Freud (1926), seria a relação desta com a expectativa, constituindo-se sempre como angústia diante de algo, apesar de ser considerada sem objeto. Logo a angústia tem a ver com “a expectativa do trauma” ao mesmo tempo que se configura como uma “repetição atenuada do mesmo” (p.86), tendo

o caráter de um sinal em busca de ajuda. Muito provavelmente, sinalizando algo que necessita de elaboração, o que tem uma importância decisiva no processo analítico (CHEDIAK, 2007).

No texto das “Novas Conferências introdutórias sobre Psicanálise” (1933), Freud retoma as elaborações edificadas na sua primeira teoria da angústia, ao recapitular a diferenciação entre angústia neurótica e angústia realística – articulando aspectos da angústia neurótica com a neurose de angústia, as fobias e a histeria; enfatizando o caráter sinalizador e seu contraponto paralisante, da angústia realística; além de acrescentar uma dimensão da angústia moral, que seria vinculada a relação conflituosa entre o Eu e as exigências impostas pelo Supereu. Este texto, também serviu para amarrar sua tese de que a angústia é: um estado afetivo, que é uma consequência do primeiro trauma; um sinal reprodutor de um acontecimento originário ameaçador, sinal este que está a serviço da auto conservação; produzido e sentido pelo Eu, razão pela qual é anterior e motivadora do recalque; cujas formações sintomáticas tendem a ser substituídas sempre por falhas de um ataque de angústia, e que por isso mesmo se justifica a necessidade de elaboração a aquilo que escapa a qualquer simbolização – o trauma.

3. O afeto que não engana: A angústia na concepção de Lacan

Em “O Seminário livro 10 – a angústia” (1962-1963/2005), Lacan afirma que seu ensino sobre a angústia se faz presente, de forma contida e velada nas elaborações dos principais textos de Freud. Ele inicia seu percurso retomando o que foi dito por Freud no texto de 1926 sobre a angústia e destacando que a considera um afeto. E que por ser um afeto, a angústia não pode ser recalçada (ao contrário dos significantes que a amarram), mas se desprende, ficando à deriva como um resto que voltará a fazer marca.

No entanto, diante da indeterminação do objeto da angústia na teorização de Freud, Lacan estabelecerá um avanço crucial a respeito de qual seria o objeto da angústia – para ele, a angústia não é sem objeto (1962-1963/2005). Ao afirmar que a angústia não é sem objeto, Lacan não quer dizer que o objeto da angústia seria acessível como um objeto qualquer - a exemplo dos objetos fóbicos que podem ser materializados na figura de um cavalo, ou na figura de outra coisa qualquer. Pelo contrário, para Lacan, o objeto da angústia, é constituído anteriormente a quaisquer objetos comuns. Sendo intitulado como objeto *a*, objeto causa de desejo.

O objeto *a*, como causa do desejo, é a condição mediante a qual se mobiliza o desejo, aquilo que faz o sujeito desejar e aponta para uma falta fundamental. Para tentar demonstrar como o objeto *a* funciona, Lacan (1962-1963/2005) faz uma analogia com um inseto que passeia pela superfície da banda de Moebius, capaz de representar tal superfície e de acreditar permanentemente que existe uma superfície ainda a ser explorada, mas que se encontra no avesso desta que ele passeia. A peça que lhe falta para compreender que o caminho que ele sempre buscará no avesso é justamente a superfície que está percorrendo, é o que Lacan denominou de objeto *a*: “é o fato de ela faltar que produz toda a realidade do mundo em que o inseto passeia” (LACAN, 1962-1963/2005, p. 152).

O objeto *a* e a angústia estão entrelaçados com a constituição do sujeito e a falta fundamental, no entanto, para melhor compreendermos como se dá essa relação, se faz necessário retomarmos brevemente ao estágio do espelho. Estádio este, proposto por Lacan (1962-1963/2005), que revela a importância do Outro, como tesouro dos significantes e portador de uma imagem especular que servirá para mediar as primeiras vivências de constituição do Eu. Tal experiência é fundamental para a estrutura do eu, mas deixará de fora algo que não é especularizável. Isto que permanece de fora, este resto que a imagem constituída a partir do Outro não comporta – será denominada por Lacan (1962-1963/2005) de menos phi ($-\phi$) que é o lugar próprio do objeto *a*. E é justamente neste lugar de ausência, que caso algo venha a comparecer, a falta vem a faltar – se irrompe a angústia.

É nesse momento, em que algo vem a comparecer no lugar do objeto *a*, que a angústia comparecerá sinalizando para o perigo do encontro com o desejo do Outro – perigo de tornar o sujeito desejante, em objeto próprio que falta a preencher no Outro. A angústia, portanto, comparece sempre que o sujeito é confrontado com o obscuro desejo do Outro. Para demonstrar tal operação, Lacan (1962-1963/2005) propõe mais uma metáfora – a do louva-a-deus gigante: imaginemos um sujeito portando uma máscara de um animal (a qual não permite que ele consiga identificar qual animal seria), diante de um louva-a-deus gigante. Como não é possível saber qual máscara estará usando, e devido ao hábito que uma louva-a-deus fêmea tem de devorar seus parceiros após a coabitação, o sujeito não consegue ficar tranquilo, uma vez que poderia induzir ao erro de sua identidade e ser devorado pelo enorme inseto. Aqui o sujeito não teria outra saída, a não ser se angustiar diante do perigo de ser reduzido a este dejetivo. Tal situação, representando

o temeroso encontro do sujeito com desejo do Outro, não deixa dúvidas de como a angústia, como o único afeto que não engana, pode se apoderar do sujeito de forma avassalora, lhe deixando sem recursos e reduzindo-o à puro objeto.

4. Por uma construção do caso clínico

Como percurso metodológico, nos utilizaremos de uma Construção do Caso Clínico, objetivando realizar intersecções com a teoria já estabelecida, partindo do que nos foi possível construir ao nos debruçarmos sob o saber do sujeito durante os atendimentos, após as sessões e também durante as supervisões.

Conforme Barroso (2003), a construção do caso, além de ser o caminho próprio da psicanálise para a construção de um saber clínico, é também um método viável e necessário. Já que desde o início das pesquisas freudianas a construção de caso esteve presente como forma de produção da teoria psicanalítica. Ainda conforme esta autora, a psicanálise admite a pesquisa clínica como uma eficaz produtora do conhecimento, ainda que esta seja orientada por critérios que não são os mesmos das pesquisas científicas, nem poderiam sê-los, como por exemplo, o estudo de cada caso individualmente, a construção de fatos que se referem ao caso e a inclusão da percepção do analista nesta construção. Além de que, o uso do caso na pesquisa implica a produção de um saber sobre o particular, daquilo que é singular o que torna o caso único.

Ao propor o método de construção do caso clínico, Carlo Viganò (1999) com o intuito de discorrer sobre o assunto, nos apresenta a origem etimológica da palavra “caso” e da palavra “clínica”. Segundo ele, *caso* advém o latim *cadere*, que significa cair para baixo, e que podemos toma-lo como ir para fora de uma regulação simbólica, encontro com o real, com aquilo que é indizível, insuportável. Enquanto que *Clínica*, decorre do grego *kline* quer dizer leito. Sendo assim, o saber clínico, é construído a partir do que se diz no leito, diante do corpo do paciente, com a presença do sujeito: “É um ensino que não é teórico, mas que se dá a partir do particular; não é a partir do universal do saber, mas do particular do sujeito” (VIGANÒ, 1999, p.40).

Moura e Nikos (2001) destacam que o espaço de uma supervisão, seria um ponto importante que torna possível a construção do caso clínico, servindo como uma interlocução entre o praticante da psicanálise e a alteridade supervisora. Dessa forma, o

supervisor cumprirá a função de alteridade na construção do caso clínico: “A hipótese metapsicológica será mais que uma teoria que se formula sobre determinado aspecto da clínica- será uma *práxis in status nascendi*.” (MOURA; NIKOS, 2001, p.74). Dessa maneira, outro aspecto a ser considerado nesta construção é a transferência que ocorre durante o tratamento analítico e posteriormente durante a supervisão do caso.

Vale salientar que o caso clínico não se trata de um relato de um acontecimento puro, mas de uma história reformulada na maioria das vezes após o término do tratamento, a partir da visão do analista e em consonância com a abordagem teórica adotada. À vista disso, Násio (2001) destaca basicamente três funções importantes que a construção do caso clínico propicia: (1) Função didática - que seria o caráter incontestável de sugestão e de ensino, proporcionando a transmissão da teoria de maneira ativa e concreta a partir do exemplo clínico. Facilitando assim, uma assimilação da teoria e favorecendo a empatia do leitor na medida que este é introduzido em universo abstrato de conceitos. (2) Função metafórica - que permite à ideia tornar-se paulatinamente, o próprio sentido de seu exemplo, proporcionando uma facilitação da compreensão de termos abstratos pelo simples fato da evocação de dado episódio da história de um caso. (3) Função heurística - que se trata do fato de o caso ultrapassar seu papel de ilustração e metáfora emblemática, e tornar-se um gerador de conceitos.

Assim sendo, mesmo diante das dificuldades e obstáculos encontrados em todo tratamento psicanalítico, a construção do caso clínico se revela como uma metodologia propícia e essencial para a construção e elaboração da teoria psicanalítica. Dito isto, podemos prosseguir para a discussão do caso João.

5. O Caso João

João, 40 e poucos anos, solteiro, artista, mora com a mãe próximo à casa de uma irmã. Durante sua vida, por duas vezes procura terapia. Desta vez, recorre ao serviço de Psicologia queixando-se de desorientação e angústia, sinalizando não saber o que fazer com a própria vida, com isso João procura alguém que lhe dê alguma orientação. O motivo que o impeliu a procurar terapia aconteceu no ano anterior, após a realização de um exame de toque retal – exame de “rotina” em virtude da idade e que no imaginário do paciente, poderia dizer algo sobre o sintoma de diarreia crônica.

No momento da consulta, o médico teria lhe dado um veredito: *Você tem Aids, é homossexual e certamente dorme com muitos homens!* (sic). Surpreso e em choque, João não tem nenhuma reação, senão ser tomado por uma imensa angústia, tontura e um pavor de que a palavra do médico esteja certa. Não conta nada para ninguém, paralisa diversas atividades, como o seu trabalho artístico no dia a dia, emagrece, fica debilitado, acorda durante as noites gritando, considera que não irá mais conseguir nenhum emprego, em suas palavras: *perde o ano*. Mesmo afirmando que não teria tido relações sexuais por muito tempo, inicia uma solitária jornada de exames em busca do diagnóstico de que seria soro positivo. Ao todo, realiza cerca de cinco exames, todos negativos.

Depois de passar por vários especialistas em busca de se certificar da palavra do primeiro médico e não encontrar nada (nem ao menos o olhar atencioso destes profissionais), procura terapia como último recurso e espera que o praticante da psicanálise lhe forneça uma orientação para a vida, e que não fique calado como uma *parede*. Logo nas primeiras sessões João associa sua atual condição angustiante com a forma de como viveu a infância, sendo *mimado, superprotegido pela mãe e pelo pai*, e vivendo num ambiente fechado, uma casa que tinha apenas uma entrada e uma saída, um *forte* aos seus olhos, que na verdade servia como comércio durante o dia.

Devido ao estado de angústia de João, e a sua grande necessidade de falar, acordamos realizar duas sessões por semana. Ao falar sobre a história dos diagnósticos médicos, e relatar o quão aterrorizante foi receber este ultimato do urologista, o paciente lembra da fala de sua professora da sétima série, sobre a época em que se manifestara a Aids. A professora dizia que em breve todos conheceriam alguém infectado com a doença e que, por conseguinte morreriam muitas pessoas.

Aparentemente tal fala da professora se tornaria traumatizante *a posteriori* para João, quando um vizinho, que segundo o paciente, era muito parecido fisicamente com ele, mas absolutamente diferente no que se refere aos seus relacionamentos – este era o *mulherengo da rua* – teria sido infectado pelo temido vírus, e morrido em decorrência de uma doença oportunista. Depois deste fato, João diz evitar relacionamentos amorosos e se proteger.

João que nunca procurou dispositivos de saúde, agora passara por vários médicos de diferentes especialidades (urologista, proctologista e infectologista) e se empenhou numa rotina de exames que perdurou mais de um ano. Neste período, alguns sintomas do

que seria de fato um *aidético*, se fizerem presentes em seu corpo – como a perda de apetite, emagrecimento, intensificação da diarreia. O paciente, pára de ir à academia, de se dedicar ao grupo artístico, ao qual considerava seu lar, além de a todo momento se martirizar pensando na possibilidade de infecção.

Diz estar paralisado, escondido e considera ter perdido o ano. Enquanto fazia os exames, e ao receber os resultados destes (todos negativos), João ainda tem dúvidas e não acredita mais na palavra dos médicos. Assim, resolve ir a uma gastroenterologista, a qual lhe transmite certa segurança e lhe diagnostica com intolerância à lactose. Os remédios receitados logo proporcionaram certa melhora de sua condição, a não ser pela sua angústia que permanecera diariamente presente nos pensamentos sobre a doença.

Desejando falar sobre questões mais íntimas e que envolvem seu quadro de saúde, em certo momento do tratamento o paciente parece deixar de lado este assunto e traz outras questões. Durante uma das sessões fala que não sabe porque lembrou desses episódios e começa a relatar situações em que se sentiu traído: primeiro ao ter conhecido um psicólogo *muito famoso* (sic) da cidade, que o teria o induzido para ser atendido em seu consultório. Este psicólogo parece ter exposto a história de um de seus pacientes para uma pessoa conhecida, demonstrando ser uma pessoa que não merecia confiança. Depois relatou algumas situações problemáticas que passou com pessoas em cargos de direção de grupos artísticos. Além de um sonho no qual estava passando por uma situação sufocante, e ao pedir ajuda a uma pessoa conhecida, esta revelou-se uma impostora. Nesta mesma sessão, quando se questiona sobre o motivo de ter lembrado desses fatos, fica perplexo com a intervenção do praticante da psicanálise: *Você está me dando um alerta para que não cometa os mesmos erros destas pessoas, pois bem, o recado já foi dado. Já podemos avançar.* Essa intervenção, deixa-o desconcertado, surpreso e pensativo, produzindo efeitos terapêuticos em seu tratamento.

João parecia tomar uma postura muito passiva diante da vida, dos pares, do trabalho, das escolhas. O mesmo parecia ser levado a trabalhar, unicamente a convite de outros, não tomava iniciativa por suas escolhas e se arrependera por ter perdido oportunidades de relacionamentos amorosos. No momento, não acredita ser capaz de voltar ao mercado de trabalho e apenas espera por propostas de secretários de pequenas cidades do interior do estado, onde já havia trabalhado antes. Nestas ocasiões, se sentira perseguido por gestores, secretários da prefeitura com problemas de corrupção e questões

partidárias. Mas no momento, teria expectativa de uma proposta de emprego para retornar a uma dessas cidades. Relata que gostaria de voltar a trabalhar por causa da arte, e que desde criança teria se encantado ao presenciar uma companhia de teatro se apresentando no meio da rua.

Quando se remete à sua infância, o paciente lembra que sempre fora muito apegado aos seus pais, mas principalmente à sua mãe. Mesmo não tendo muita atenção por parte do pai, relata que este seria uma pessoa bondosa e influente, e que devido à sua posição de comerciante e político, teria ajudado a todos os seus familiares. O paciente revela que quando criança sentia muito medo da polícia, de *papangu*, mas sobretudo sentia medo de *ir para o quartel*, pois no quartel iria *aprender a ser homem*, o que em sua opinião lhe causaria muito sofrimento.

No transcorrer do tratamento o paciente fala de sua relação com a praia e o litoral, conta que neste ambiente se sente livre para ser ele mesmo e que não se importa de estar sozinho. Além disso, declara não ter disfunções intestinais quando está no litoral, mesmo se alimentando de quaisquer produtos derivados do leite. Enquanto que na cidade onde reside, mesmo não comendo nada que contenha lactose, frequentemente tem diarreia. Em determinada sessão, o paciente se permitiu falar sobre sua orientação sexual pela primeira vez no tratamento. Não sem dificuldade, João fala sobre seus relacionamentos dando a entender que se sente atraído unicamente por pessoas do mesmo sexo, mas evitando ao máximo pronunciar quaisquer termos equivalentes à homossexualidade ou homoafetividade.

Conta que depois de procurar orientações religiosas, orientações estas que não condiziam com a realidade de seu desejo, procurou se relacionar com algumas pessoas de ambos os sexos, porém sem êxito. Em certo momento de sua vida, o paciente passa a frequentar determinado local no litoral, que serviu como um ponto de encontro, propício para se ter relações sexuais com homens desconhecidos. No entanto, neste ambiente João não se daria a conhecer, apenas aceitava fazer sexo com parceiros diferentes.

Ao voltar para sua cidade, conta vivenciar o peso da realidade e se angustiar todos os dias, diz ter procurado se relacionar com pessoas pela internet, mas sempre com medo de se expor e ser violentado. E descreve dois sonhos angustiantes: no primeiro, João estaria sozinho num palco sendo visto por várias pessoas da plateia e não conseguia encará-las; enquanto que no segundo, estaria construindo a mesma casa onde mora, só

que na praia e que para ele este *não seria um lugar para se morar*. Ambos provavelmente revelando sua dificuldade em lidar com o seu desejo.

No decorrer do tratamento, João demonstrou ter sentimentos ambivalentes em relação à morte do pai e ao falar sobre uma queda que a mãe teria sofrido. Apesar da dor e do sofrimento causados pela perda do pai, e pela possibilidade de perder também a mãe, o paciente imagina que se tornaria mais fácil, assumir sua orientação sexual, mas que por enquanto tem se preparado para no momento certo assumir a responsabilidade pelo seu desejo. O que permite ao aprendiz da psicanálise assinalar: *“me parece que você está esperando sua mãe morrer para poder viver”*. Ele considera esta fala e afirma que aos poucos tem se permitido assumir esta identidade, apesar de não acreditar que seus parentes, conhecidos e amigos não saibam a verdade sobre sua sexualidade.

João fala que diante do seu conflito moral (assumir ou não essa sua sexualidade), teria pensado durante muito tempo, que a única solução para tal, seria a sua morte – e afirma imediatamente que não pensa isso atualmente. Ao que é questionado em seguida: *“Será mesmo que você não continua pensando dessa forma? Não seria isso [a própria morte] que você procura encontrar ao repetir os exames de HIV constantemente?”*. No momento, o paciente teria realizado ao todo sete exames, todos negativos. Ao escutar a indagação, o paciente nega inicialmente que pensaria de tal forma, mas posteriormente aparenta se dar conta de algo que também se repete em sua história.

O paciente não consegue estabelecer novos relacionamentos, novos trabalhos ou algo de bom na vida, a vida parece não dar certo nunca e depender exclusivamente dos outros. Parece que sempre que tenta algo, falha em algum aspecto, como se estivesse se autopunindo. Diante da pergunta *“Por que se boicotar”*, o paciente procura uma resposta no decorrer das sessões. Mas ao que parece, não responde com palavras. Na verdade, em determinado momento do tratamento, o paciente dá indícios de que algo estava acontecendo, uma possível mudança de posição diante da vida – talvez a resposta a tal pergunta tenha se dado nesta mudança de postura.

Ao término do tratamento, João parece ocupar uma outra posição diante dos relacionamentos amorosos, demonstrando não ser mais tão passivo e nem depender exclusivamente da vontade do outro. Está interessado em cursar psicologia, começa a encarar novos desafios em cursos de línguas estrangeiras – inclusive dando conta de avaliações orais, o que anteriormente seria improvável. João decide não esperar pelas

promessas de emprego, consegue abandonar o grupo artístico que permanecera durante grande parte de sua vida, mas que atualmente apenas promovia sofrimento. Além de conseguir entrar em um novo grupo artístico, e realizar novas e desafiadoras apresentações – uma grande conquista para o paciente. Vale destacar, que durante esse período de mudanças, o paciente não apresentara os sintomas de diarreia, mesmo não utilizando nenhum medicamento.

Com base no relato do caso acima, é possível verificar que o momento do surgimento da angústia atrela-se ao momento que recebera a notícia pelo médico de que era portador de HIV. O médico aqui, representou a figura do Outro desejante, que indagava o paciente em suas próprias certezas. Este proporcionou à João, o encontro com o real da própria aniquilação, algo impossível de simbolizar, mas que se fez presente no real do corpo por meio dessa crise de angústia – e que proporcionaria mudanças que paralisariam seu desejo e sua vida. João então, permanece nesse lugar de dejetos, enquanto espera pelo que seria a sua ruína – a confirmação de seu diagnóstico.

No entanto, cabe indagar se tal angústia na verdade não diria respeito a posição que sempre ocupou no desejo dos pais, que teria de *aprender a ser homem*, e que para isso teria de sofrer. É bom lembrar que provavelmente o primeiro tempo do trauma, teria se dado justamente com base na fala da professora da sétima série – alguém conhecido teria a “má sorte” de ser infectado pelo HIV. Aqui cabe mais um questionamento: porventura o amigo de João que foi infectado na adolescência, e que por sinal lhe era muito parecido fisicamente, não teria funcionado como um duplo? Causando estranhamento e angústia diante da possibilidade de padecer do mesmo mal futuramente?

Como podemos perceber, a partir do tratamento psicanalítico, pela fala, foi possível dar um lugar ao sujeito, possibilitando-o uma experiência com o inconsciente e algumas retificações em relação às próprias escolhas. É importante considerar, que a mudança subjetiva obtida ao final do tratamento, não se deu por acaso, mas sobretudo como efeito da própria manobra transferencial. Tendo em vista que o praticante da psicanálise suportou ser colocado no lugar de objeto, para que o paciente pudesse se situar a partir de sua posição de sujeito, mobilizando enfim o seu desejo. Dessa forma, concordamos com Lacan (1962-1963/2005) ao afirmar que o tratamento para a angústia é o desejo, e que este tratamento se dá por meio da fala – o que por sinal, constitui o método próprio da Psicanálise.

Sem dúvida alguma, ainda se faz necessário avançar no tratamento, mas ao que parece o sujeito conseguiu dar um novo destino à sua angústia ao sair da inércia, deixar de lado alguns sintomas (como a diarreia constante) e voltar a investir em áreas diversas na sua vida. Pois como diria Lacan (1962-1963/2005, p.88): “Agir é arrancar da angústia a própria certeza. Agir é efetuar uma transferência de angústia.”

6. Considerações finais

Apesar de ter se tornado objeto de medicalização e estar inserida no discurso biomédico, vimos que a angústia escapa a tal saber. Visto que não pode ser tomada apenas por uma clínica descritiva e fenomenológica, a angústia revela algo intrínseco à subjetividade do sujeito, tendo relação com o seu desejo. A angústia sinaliza para o sujeito, o encontro com o desejo do Outro, podendo tomar o sujeito de forma avassaladora, paralisando-o e reduzindo-o a posição de objeto.

Como vimos, segundo Lacan (1962-1963/2005), a angústia é o único afeto que não engana, justamente por se tratar daquilo que está fora da dúvida, por sinalizar o indescritível encontro com o real, com aquilo que não é passível de ser simbolizado. Por isso, é necessário dar um tratamento a este afeto, que considere a singularidade do sujeito, que considere a sua fala. No início indagamos, se haveria algum tratamento que levasse em conta, tal singularidade, e as formas de funcionamento do sujeito e que não se limitasse a fazer calar a angústia.

Tomando por base o viés psicanalítico, concordamos com Besset (2002) ao afirmar, que não se trata da cura da angústia o que se pretende, mas do acolhimento de sua presença. Nesse sentido destacamos como elementos fundamentais para o desenvolvimento deste caso: o desejo do praticante da psicanálise que sustentasse um lugar de causa de desejo para o paciente, sem atender prontamente sua demanda de eliminar a angústia. Isso só foi possível, pela flexibilidade no manejo da transferência e o cuidado com a dose de angústia que o paciente poderia suportar a cada sessão, abrindo possibilidade para o surgimento de um desejo.

7. Referências Bibliográficas

Barroso, S.F. (2003). Sobre o caso clínico: uma contribuição a metodologia de pesquisa em Psicanálise. *Almanaque de Psicanálise e Saúde Mental*. Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais.

Besset, V. L. (2001). Quem tem medo da angústia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 4(1), 11-18.

_____ (2002). A clínica da angústia: faces do real. In: Besset, V.L. *Angústia*. (p.15-30). São Paulo, Ed. Escuta.

_____ (2004). O tratamento psicanalítico no tempo dos psicofármacos. *Pulsional Revista de Psicanálise*, ano XVII, (177), 43-50.

Calazans, R., & Lustoza, R. Z. (2008). A medicalização do psíquico: os conceitos de vida e saúde. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(1), 124-131.

Chediak, G.F. (2007). Sobre a angústia: um ensaio psicanalítico (Dissertação de Mestrado). Universidade de Brasília, Brasília.

Guarido, R. (2007). A medicalização do sofrimento psíquico. *Rev. Educação e pesquisa*, 33(1), 151-161.

Freud, S. (1886-1899). Rascunho A. In: Freud, S. (1892-1899/1996). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1886-1899). Rascunho E. In: Freud, S. (1892-1899/1996). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago.

_____. (1917) 25ª Conferência Introdutória à Psicanálise. In: Freud, S. (1916-1917/2010). *Conferências Introdutórias à Psicanálise*. São Paulo: Companhia das letras.

_____. (1926). Inibição, Sintoma e Angústia. In: Freud, S. (1926-1929/2010). *Inibição, Sintoma e Angústia, O futuro de uma ilusão e outros textos*. São Paulo: Companhia das letras.

_____. (1930). O mal-estar na civilização. In: Freud, S. (1930-1936/2010). *O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos*. São Paulo: Companhia das letras.

_____. (1933). Novas Conferências Introdutórias à Psicanálise. In: Freud, S. (1930-1936/2010). *O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos*. São Paulo: Companhia das letras.

Lacan, J. (1962-1963/2005). O seminário, livro 10: a angústia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Laurent, E. (2007). A sociedade do sintoma: a psicanálise hoje. *Contracapa Livraria*. Rio de Janeiro;

Moura, A., & Nikos, I. (2000). Estudo de caso, construção do caso e ensaio metapsicológico: da clínica psicanalítica à pesquisa psicanalítica. *Pulsional Revista de Psicanálise*, 13(140/141).

Násio, J. D. (2001). *Os grandes casos de psicose* (Vol. 64). Zahar.

Oliveira, H. M. D., & Neves, T. I. (2012). O fenômeno e a estrutura: do diagnóstico desorientado ao diagnóstico orientado pela psicanálise. *Cadernos de psicanálise (Rio de Janeiro)*, 34(26), 125-143.

Rocha, Z. (2000). Os destinos da angústia na psicanálise freudiana. Editora Escuta. São Paulo.

Santos, T.C. (2002). Um estudo comparativo da angústia na neurose obsessiva e na histeria. In: In: Besset, V.L. *Angústia*. (p.37-52). São Paulo, Ed. Escuta.

Veras, M. (2002). Versões do Pânico. In: Besset, V.L. *Angústia*. (p.199-207). São Paulo, Ed. Escuta.

Viganò, C. (1999). A construção do caso clínico em saúde mental. *Revista Curinga–EBP-MG, Belo Horizonte*, nº13, 39-48.