

ANGÚSTIA E PÂNICO: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O MAL ESTAR CONTEMPORÂNEO

Maria Carolina de Araújo Marques

Diante da tarefa de encerrar a nossa primeira Jornada de Carteis no ano de 2017, venho apresentar um texto cujo objetivo é defender a psicanálise das teorias organicistas e positivistas que são tão hegemônicas na atualidade. Trago o tema da Angústia, que é o tema do cartel que faço parte, e tento relacioná-lo com o Pânico, mais precisamente com o Transtorno de Pânico ou Síndrome do Pânico, termos psiquiátricos, mas que são apropriados pelo léxico comum e fazem parte da vida dos leigos. Como não é possível escrever sem trazer algo de si nessa produção, esse texto não poderia ser diferente, e fiz essa escolha de tema não tanto para tentar esclarecer ou me aprofundar em conceitos teóricos, mas para tratar de algumas questões atravessam minha clínica. Considero essa uma oportunidade para tentar organizar essas minhas questões sob o imperativo da escrita e poder ouvir impressões de vocês sobre esse tema.

É evidente que a clínica psiquiátrica e a psicanalítica operam a partir de paradigmas completamente distintos, porém no que se refere ao sofrimento humano, se deparam com os mesmos fenômenos, e certamente com explicações diversas para tais. É o caso da angústia, que é a forma de mal-estar mais presente na contemporaneidade, tanto na clínica psiquiátrica como psicanalítica. Apesar desse viés atual, há na história da humanidade várias explicações sobre a angústia, mas Freud foi o primeiro que tentou explicar minuciosamente a causalidade desse afeto, destacando a dimensão subjetiva do mesmo e a direção da cura pela via da palavra. Por outro lado, a psiquiatria contemporânea destaca o seu caráter orgânico e denomina o fenômeno de “síndrome do pânico” ou “transtorno de pânico”, excluindo assim o sujeito do sintoma, e conduzindo o tratamento pela via medicamentosa. Mas afinal, estamos diante de um fenômeno subjetivo ou orgânico?

Para começar eu deveria tentar responder se existe uma correspondência entre esses termos. Para isso, irei me ater apenas ao que é observável e vou

considerar que uma crise de angústia é, portanto, correspondente, fenomenologicamente, a uma crise ou ataque de pânico, uma vez que os sintomas descritos nos escritos freudianos sobre a angústia são basicamente os mesmos presentes nos manuais nosológicos de psiquiatria, ou seja, um quadro exacerbado e de início agudo dos seguintes possíveis sintomas: taquicardia, sensação de falta de ar, desconforto ou dor torácica, vertigem, náuseas, sudorese, calafrios, medo, sensação de morte iminente, entre outros. Sendo assim, ainda não adentramos na compreensão, mas na observação deste fenômeno.

Do ponto de vista médico, sabemos que as medicações para este quadro clínico são úteis e que seus modos de ação interferem diretamente na fisiologia da ansiedade, minimizando os sintomas físicos da angústia, considerados tão paralisantes por aqueles que a vivenciam. Entendemos também o mecanismo fisiológico da ansiedade no organismo humano, assim como o fato de que todos os processos da vida envolvem diversas reações bioquímicas, que no caso da angústia, ou da ansiedade de uma forma geral, quando deflagradas irão culminar naqueles sintomas anteriormente citados. Isso não significa dizer que descrever os processos biológicos que estão envolvidos no fenômeno é compreender o mesmo, como nos alertou Freud no texto “Teoria geral das neuroses” em que trata da abordagem das escolas de medicina:

“Nelas, o interesse se volta sobretudo para os caminhos anatômicos pelos quais o estado de angústia se produz. (...) Lembro-me muito bem de quanto tempo me dediquei a seu estudo, anos atrás. Hoje, no entanto, não conheço nada que pudesse ser mais inútil ao entendimento psicológico da angústia do que o conhecimento da via nervosa percorrida por suas excitações.”(FREUD, 1917/2004)

Não vou descrever essa via nervosa percorrida pelas excitações presentes na angústia, pois, como vimos, não interessa, mas o fato é que elas acontecem. Então não podemos dizer que esse fenômeno não é orgânico. Mas também não podemos extrair disso, o entendimento de que ele é provocado por algum defeito nessa via nervosa, que, por algum distúrbio metabólico, neurológico ou genético,

os processos normais estariam alterados ocasionando excitações anormais e, conseqüentemente, os sintomas. Além disso, constatar que uma medicação tem a capacidade de minimizar os efeitos dessas reações fisiológicas deflagradas na angústia é apenas reconhecer que existe um processo fisiológico em funcionamento que pode ser estancado. Esse é o princípio da anestesia e da sedação, por exemplo. Não é de se estranhar que Freud iniciou seu percurso com o estudo da anestesia através da cocaína e depois o abandona para estudar a histeria.

Do ponto de vista da psicanálise, a angústia não é de modo algum patológica e esse conceito ocupa um lugar fundamental na sua teoria, principalmente no que diz respeito à estrutura da neurose. Freud desenvolveu a sua concepção da angústia passando por vários momentos teóricos, e chega a definir a angústia como um “sinal de perigo no eu”. O que ela sinaliza? Sinaliza como um elemento da vida atual que não encontra lugar nas representações do sujeito pode se tornar tão ameaçador para o eu. Ou seja: “Sinal de angústia que, apesar de recebido pelo eu, endereça-se ao sujeito, isto é, ao inconsciente.” (CHIABI, POLLO, 2013)

Para entendermos melhor o que está em jogo na angústia, precisaríamos entender como se constitui um sujeito, o que cabe a uma outra discussão. Mas tenhamos em mente que o sujeito humano é marcado desde o nascimento pelo desamparo e pela dependência do Outro, que o inscreve numa rede de significantes. (CHIABI, 2014) Ele será para sempre marcado pela linguagem e seu organismo, ganha o estatuto de corpo, agora apropriado pelo sujeito e erotizado. Para não se alienar completamente a esse Outro, que podemos ilustrar como a mãe da primeira infância, e ficar colado como objeto de seu gozo, o sujeito será barrado, separado desse Outro. A partir de então o sujeito será dividido por essa barra, e conseqüentemente faltoso e desejante. Mas não é possível ficar totalmente separado desse Outro, uma vez que esse Outro é fundamentalmente a linguagem que nos constitui. Isso leva o sujeito neurótico a produzir uma fantasia inconsciente, que é uma negociação com esse Outro, uma solução simbólica, permeada pelo imaginário, capaz de fazer com que esse sujeito não seja totalmente referido ao Outro.

O que acontece, então, na angústia? Para a psicanálise, a angústia é um afeto. É o afeto por excelência, “aquele que não engana”, segundo Lacan. Ou seja, não há significação possível, e, portanto, não há negociação com o Outro. A fantasia já não basta e sem seu suporte, o desejo fica estancado. A angústia invade o corpo, pois sem as identificações sustentatórias o sujeito cai no desamparo absoluto. (RIBEIRO, 2009)

Sem essa negociação surge a pergunta: o que o Outro quer de mim? Ou o que sou eu no desejo do Outro? (CHIABI, 2014) “O sujeito, para advir enquanto tal, tenta encontrar uma resposta simbólica, lançando mão de recursos imaginários. Essa é uma operação que deixa um resto, sob a forma de uma incessante divisão. Um resto de angústia faz função de causa de divisão.” (CHIABI, POLLO, 2013)

Na análise, o sujeito irá retomar essa cadeia simbólica com sua fala endereçada ao analista, que fica no lugar de suposto saber e assim, garante a sustentação dessa cadeia através da transferência. Será necessária uma nova negociação, uma solução linguajeira, que proverá efeitos muito mais profícuos na vida de quem se submete à análise do que quem estanca essa operação psíquica com medicação. Nas palavras de Pollo e Chiabi: “Quando se alcança operar a passagem do Real pelos desfiladeiros do significante, conforme a bela expressão de Lacan (1964/2008), então o afeto deixa de ser angústia. Tem lugar uma pausa. Talvez um álibi.” (CHIABI, POLLO, 2013)

Sabendo disso, não apenas como psiquiatra e analista em constante formação, mas como analisante, e alguém que experimentou no corpo a angústia, tento tratar na minha clínica psiquiátrica os pacientes que chegam demandando por soluções medicamentosas com uma escuta que não faz calar a subjetividade. Evidentemente, não sou contra o uso de medicações, mas a medicação deve ser prescrita como a ferramenta paliativa que de fato é. Não digo que é tarefa fácil, pois o conforto imediato que traz a farmacologia é tentador não só para paciente, mas para o médico que não precisa se ater ao tempo da subjetividade, e nem se deparar com a sua angústia de não ter resposta para o sofrimento do outro. Além disso, é tarefa muito difícil convencer alguém que vai ao médico para se ver livre de seu sintoma, de que aquele mal-estar

dilacerante que ele vive tem algo a ver com o enigma de si mesmo e que deve ser tratado falando. A análise parecerá uma solução a alguns que já se inclinavam a questionar algo de si. O que não fará eco em outros. Mas para todos, a escuta certamente terá efeitos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

CHIABI, S. **A angústia na clínica psicanalítica e na psiquiatria.**

Psicanálise & Barroco em revista v. 12, n. 1: 135-147, jul. 2014.

CHIABI, S & POLLO, V. **A angústia: Conceito e fenômenos.** Revista de

Psicologia, Fortaleza, v. 4 - n. 1, p. 137-154, jan./jun. 2013.

FREUD, S. Teoria geral das neuroses. In: **Obras completas, volume 13:**

conferências introdutórias à psicanálise (1917). São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

LACAN, J. **Seminário livro 10: A Angústia (1962-1963).** Rio de Janeiro:

Zahar, 2015.

RIBEIRO, M M M C. **Neurose de angústia e transtorno de pânico.**

Reverso: Belo Horizonte ano 31, n. 58 , p. 43 - 52 . Set. 2009.