

A ANGÚSTIA NA CLÍNICA PSICANALÍTICA E NA PSIQUIATRIA

Sandra Chiabi¹

RESUMO: No presente trabalho foi realizada uma pesquisa em textos freudianos e lacanianos com o intuito de abordar a angústia, tema que se fez presente desde o início da psicanálise, destacando de que maneira a angústia é considerada. A partir daí, o trabalho busca localizar o conceito da angústia na psiquiatria contemporânea. Para isso utiliza a *Classificação Internacional de Doenças*, conhecida pela sigla CID, atualmente em sua décima versão, e também o *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM), publicado pela *American Psychiatric*. Nesse sentido, demonstra o interesse pela função que a psicanálise possa ostentar no contexto contemporâneo da psicopatologia. Destaca que o objetivo não é desconsiderar a clínica psiquiátrica, mas questiona se, em algumas situações clínicas específicas, não seria mais produtivo a psicanálise e a psiquiatria trabalharem juntas em prol do sofrimento psíquico. Sendo assim, as considerações conduzem esse trabalho sobre a angústia no sentido de que a psicanálise tem uma contribuição específica a dar, na medida em que permite uma abordagem racional do subjetivo e da singularidade sobre o sofrimento humano.

PALAVRAS-CHAVE: Angústia. Neurose. Psicanálise. Clínica. Psiquiatria.

¹ Psicanalista, membro dos Fóruns do Campo Laciano do Rio de Janeiro, graduada em Psicologia, pós-graduada em Psicanálise Clínica pela PUC-RJ, Mestre em Psicanálise, Saúde e Sociedade pela Universidade Veiga de Almeida – RJ. Av. Vieira Souto, 490/402 – Ipanema/RJ. CEP: 22420-000.
E-mail: sandrachiabi@gmail.com

Como é do nosso conhecimento, a psicanálise e a psiquiatria são dois saberes distintos, embora seus caminhos se cruzem permanentemente. A psicanalista e historiadora Elisabeth Roudinesco já se pronunciou há muitos anos sobre o fato do sofrimento psíquico se manifestar, atualmente, sob a forma da depressão.

Assim sendo, constatamos com Figueredo *apud* Montezuma 2007, uma crescente demanda ao pedido de remédios como solução química, tida como a mais rápida e válida, como se não houvesse outro remédio para o sofrimento. A questão é que tanto os médicos em geral quanto os psiquiatras, não deveriam desqualificar o sujeito do inconsciente arriscando todas as fichas em drogas que supõem garantir a felicidade anestesiando a dor psíquica de qualquer natureza.

Nesse sentido, sabemos que a psicanálise não conforta, não abrande e não traz de imediato o alívio provisoriamente proporcionado pela psicofarmacologia. A psicanálise, mais do que tratar de sujeitos doentes, lida com o mal-estar implicado no viver.

Sigamos Freud (1950 [1892-1899]) em seu *Rascunho E: como se origina a angústia*. Ele inicia seu Rascunho relatando que a angústia surge mediante o fracasso da descarga dos produtos sexuais. Freud, a partir de uma série de casos, ficou convencido da pertinência do coito interrompido na etiologia da neurose de angústia: “duas coisas poderiam originar o sentimento de angústia no *coitus interruptus*: na mulher, o medo de engravidar; no homem, a preocupação de seu artifício (preventivo) poder falhar” (idem, *ibidem*, p. 235).

Em *Sinopses dos escritos científicos*, Freud (1877-1897) assevera que o mecanismo da angústia reside no desvio da excitação sexual somática do campo psíquico e no conseqüente emprego anormal dessa excitação. Em seguida ele menciona: “a neurose de angústia é a libido sexual transformada” (idem, *ibidem*, p.241).

Faz-se necessário lembrarmos que Freud (1950[1895]), em *Projeto para uma psicologia científica*, apresentou o caso Emma, investigando sua fobia de lojas. Emma relata que não pode entrar em lojas, porém essa ideia permanece sempre em sua cabeça. Conta que, aos dozes anos, saíra correndo de uma loja onde entrara sozinha, porque se deparou com a fisionomia de riso dos vendedores. Após algum tempo, recorda outra cena em que, aos oitos anos, fora comprar doces em uma confeitaria onde o proprietário apalpara seus órgãos genitais por cima da roupa. Sendo assim, ela se recrimina por ter voltado, apesar disso, mais de uma vez a confeitaria. Freud constata que o riso dos vendedores na cena mais recente, a fez lembrar do sorriso do proprietário da confeitaria, acontecido no passado. Essa lembrança despertou o que ela seguramente não fora capaz de experimentar na primeira ocasião: uma

liberação sexual que se converteu em angústia. Devido a essa angústia, ela temeu que os vendedores da loja pudessem repetir o que já lhe havia acontecido.

Podemos dizer que, em psicanálise, as neuroses de angústia vão compor o quadro das chamadas neuroses atuais, próximo da neurastenia e da hipocondria, sendo afecções associadas à vida sexual do sujeito.

Além disso, observamos que para Freud (1895[1894]), a sintomatologia da neurose de angústia envolve vários sintomas. Destacaremos apenas os sintomas que compõem os chamados “ataques de angústia”. São eles: distúrbios respiratórios, tremores, calafrios, acessos de fome, diarreia sobrevindo em acessos, vertigem locomotora, etc.

Segundo Leite (2011), a definição freudiana dessa modalidade neurótica se assemelha ao que é designado pela psiquiatria contemporânea de transtornos de ansiedade, que abrangem os ataques de pânico e a ansiedade generalizada.

A esse respeito, abriremos aqui um parêntese para ressaltar de forma resumida a história da psiquiatria no que diz respeito às doenças e a sua classificação. O fato é que, a partir do século XVII, devido à disparidade da linguagem médica e aos critérios de diagnóstico usados nos diversos países, fez-se necessário criar um sistema único de classificação. Essa ideia deu origem à *Classificação Internacional de Doenças*, conhecida pela sigla CID, atualmente em sua décima versão. No entanto, em 1952, a CID foi avaliada como inadequada para a clínica e as pesquisas. A partir daí, a APA, *American Psychiatric Association* sugere uma nova classificação para os distúrbios mentais: o *American Psychiatric Association Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM). Então, nesse momento o modelo se inverte e o DSM passa influenciar a CID e toda a psiquiatria mundial. (PAOLIELLO, 2012).

É necessário, portanto, dizermos que o Manual Estatístico (DSM) foi instituído para o uso de instituições de insanos, que abrange 22 diagnósticos. Diante disso, a precisão de recolher informação estatística, foi o impulso inicial para a ampliação de uma classificação de transtornos mentais nos Estados Unidos. (DUNKER & NETO, 2011).

A primeira versão do DSM, ou seja, o DSM-I de 1952, teve como marca a noção de “reação”, termo que indica o fato de que a psiquiatria, à época, percebia a doença mental como uma reação aos problemas da vida. Como indicam Russo & Venâncio (2006), além da expressão acima, podemos considerar o uso frequente, ao longo do manual, de expressões como “conflito neurótico”, “mecanismo de defesa” e “neurose”. O DSM-I também sofreu forte influência do psiquiatra Adolf Meyer (1866-1950), que trouxe grandes contribuições no

campo da psiquiatria. A influência de Meyer resultou na oposição entre neurose e psicose, mas, além disso, a classificação dos transtornos de ansiedade foi modificada desde a primeira edição.

Porém, no DSM-II, em 1968, a noção de reação perdeu o seu valor e surgiram as influências dos pesquisadores em psiquiatria biológica. No entanto, o termo “neurose” é mantido. Passou-se a compreender a doença mental a partir da ideia de “níveis de desorganização psicológica”.

De fato, nas duas primeiras versões do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM I e II), a nosologia da psiquiatria ainda era fundamentada na psicanálise. Somente com a publicação do DSM-III, em 1974, ocorreu uma radical modificação na classificação psiquiátrica. O panorama no qual esse manual foi produzido caracteriza-se por uma mudança de modelo havendo um embate pela hegemonia no campo da psiquiatria. A classificação visa ser composta por diagnósticos descritivos totalmente comunicativos se empiricamente verificáveis. Todavia, houve uma discussão sobre a manutenção, ou não, do termo “neurose”.

Contudo, foi na terceira revisão do DSM que ocorreu a importante substituição do conceito de neurose de angústia pelo de transtorno do pânico. Conforme Russo & Venâncio (2006), o DSM-III vinha a se compor num projeto com uma classificação a-teórica, neutra e generalizável para todos os tempos, porém na prática induziu a globalização da psiquiatria norte-americana. Assim sendo, a indústria farmacêutica preocupada com os medicamentos a serem colocados no mercado, passava a financiar esse tipo de pesquisa experimental que dominava na época.

Paoliello (2012) sublinha que a confluência das ciências com interesses capitalistas e as pesquisas científicas conduzidas pelos laboratórios farmacêuticos, excluíram a psicanálise da corrente central da psiquiatria americana e mundial.

De fato, a transformação presente no DSM-III, como dito anteriormente, atingiu a categoria da “neurose”, mas o termo foi mantido entre parênteses e ao lado de algumas ressalvas. Esta vitória dos psicanalistas, parcial e fictícia, foi de curta duração. Pois, na revisão seguinte do manual, ou seja, no DSM-III R, publicado em 1987, a categoria “neurose” foi definitivamente abandonada.

Ao que tudo indica, a partir da publicação do DSM-IV (1994) houve um aumento imediato do número de diagnósticos ocorrendo paralelamente à produção de novos medicamentos. (RUSSO & VENÂNCIO, 2006). Para tanto, percebemos o grupamento das

“neuroses” dissolvido e distribuído em grupamentos diversos e discretos. Nesse sentido, observamos que não existem mais neuroses, o que existem são transtornos.

No decorrer do processo que desembocou no DSM-IV e na CID-10, as classificações se transformaram em catálogos que almejam esgotar todas as maneiras possíveis de adoecer, causando um novo modelo que se poderia avocar da clínica da medicação. Parece-nos correta a perspectiva de Sartorius (*apud* OMS, 1993), segundo a qual uma classificação nada mais é do que “um modo de ver o mundo a partir de um ponto no tempo” (*idem, ibidem*, p. XIII), por isso não pode haver dúvida de que o progresso científico e a experiência com o uso dessas diretrizes irão requerer suas revisões e atualizações. Em relação à ansiedade sublinhamos que a classificação dos transtornos de ansiedade foi modificada desde a primeira edição. Desde então, no que se refere à ansiedade, verificamos que a psiquiatria tende a classificá-la, como normal ou patológica.

Pois bem, ainda na classificação psiquiátrica, observamos que, em 2014 o DSM com as sucessivas edições ao longo de 60 anos, tornou-se realmente uma referência para a prática clínica na saúde mental. Assim sendo no DSM-5, determinados domínios de sintomas, como depressão e ansiedade, implicam múltiplas categorias diagnosticadas e podem refletir vulnerabilidades subjacentes comuns a um grupo maior de transtornos. (KUPFER & REGIER *apud* DSM-5, 2014) Ora, é impossível deixar de notarmos que o DSM-5 também visa aferir, o que para Freud foi localizado como imensurável.

Nesse contexto questionamos: como localizar o afeto de angústia – afeto do sujeito- nesse modelo padrão da psiquiatria? Gostaríamos de marcar que não pretendemos desconsiderar a clínica psiquiátrica, mas indagamos se não seria mais produtivo que, em situações clínicas específicas, a psicanálise e a psiquiatria trabalhassem juntas para lidar com o sofrimento psíquico. Vimos que a exclusão da neurose de angústia foi uma opção política, pois nesse momento a psiquiatria fez desaparecer não só o sujeito do desejo, mas o sujeito que faz parte de toda história, seja ele da psiquiatria ou da psicanálise.

Seja como for, a psicanálise não pode deixar de reconhecer a anterioridade lógica da medicina em relação a seu campo. Sabemos que Freud nunca deixou de reconhecer as conexões com outros campos de saber, pois essas trazem importantes contribuições para o estudo de processos mentais inconscientes.

Desse modo, continuemos com Freud, em 1926[1925], ao escrever *Inibição, sintoma e angústia*. Nesse texto ele reformulou sua teoria, articulando a ideia de desamparo, definindo a angústia como um estado efetivo (*quantum de energia*), como um caráter

marcante de desprazer que é desprendido na vivência traumática, sinal de perigo ao *eu*, cuja função é impedir reviver a situação traumática. Sinal de angústia que, apesar de recebida pelo *eu*, dirige-se para o sujeito. Vemos, desse modo, que ele considerou essa angústia como angústia automática e de sinal de perigo no *eu*, porém essa última é posterior ao recalque. Dito de outra maneira, o sinal de angústia é um mecanismo psíquico, que trabalha como símbolo mnêmico e consente ao *eu* reagir por meio de uma defesa. Mas vejamos: se a angústia é um sinalizador, o que ela sinaliza? O que ela assinala é como a representação do mundo pode se tornar dilacerante quando não localiza espaço para um atual elemento. Logo, é sempre em vão tentar curá-la apenas com psicofármacos, pois ela é inseparável da dialética do desejo. Podemos dizer que a medicação, como o único tratamento para esse sofrimento psíquico, só terá como efeito reforçar esse estado de dor. (FLESLER, 2012)

De fato, Freud, em um primeiro momento, discorreu que o afeto da angústia era um efeito, um resultado do recalque. Entretanto, Freud revira ao avesso a relação entre angústia e recalque, retifica-se dizendo que não é o recalque que acende a angústia, mas a angústia que desencadeia a ação do recalque sobre a pulsão, fazendo o sintoma aparecer como substituto dessa satisfação pulsional. O interessante é que, desde que Freud percebe que a angústia é o verdadeiro motor do recalque, isso implica que é a angústia que funda o inconsciente do sujeito neurótico (SOLER, 2012). Contudo, vimos que Freud em (1926[1925]), traz com precisão, que a situação de perigo é a situação de desamparo reconhecida, rememorada, *esperada*. A angústia, reação originária ao desamparo no trauma, é reproduzida a seguir na situação de perigo, como sinal de alarme.

Diríamos então, que a angústia sinal adquire a forma de amparo para o sujeito. Consequentemente, ela pode acabar por avivar as defesas neuróticas, levando-o a abdicar de sua capacidade de desejar. Ou, até mesmo, a se beneficiar de uma atitude de inibição que evita os riscos presentes na vida. Portanto, aquilo que a clínica psiquiátrica diagnostica como transtorno de pânico pode ser considerado, na clínica psicanalítica, o indício da ativação de um quadro neurótico. Nele, a repetição das crises de angústia é o resultado de uma história do sujeito do desejo, que havia sido progressivamente excluído.

Vale ressaltarmos que Freud, em 1916 e 1917, proferiu para um público, tanto de médicos como de leigos, várias conferências sobre *Psicanálise e Psiquiatria*.

Freud (1916-1917) escreve:

[...] a psicanálise procura dar à psiquiatria a base psicológica de que esta carece. Espera descobrir o terreno comum em cuja base se torne

compreensível a consequência do distúrbio físico e mental. Com esse objetivo em vista, a psicanálise deve manter-se livre de toda hipótese que lhe é estranha, seja de tipo anatômico, químico ou fisiológico, e deve operar inteiramente com ideias auxiliares puramente psicológicas. (idem, ibidem, p.30).

Freud (1917[1916-1917]) acrescenta que os médicos só são adversários da psicanálise porque não prestam suficiente atenção no que lhes dizem seus pacientes. Ele os conclama a ouvir esse dizer na esperança de, com isso, diminuir a resistência à psicanálise. Ao abordar esse tema, Freud também coloca que quem se opõe à psicanálise são os psiquiatras e não a psiquiatria. Nesse sentido, pode-se dizer que o presente movimento de desaparecimento das entidades clínicas descritas pela psicanálise dos manuais de diagnóstico (DSM e CID) tolhe a proposta de interconexão entre psiquiatria e psicanálise desejada por Freud. (QUINET, 2001).

Contudo passemos a Lacan, pois foi como psiquiatra que ele se fez conhecer nos meios médicos e intelectuais. Para compreendermos o tema angústia em Lacan, é importante termos em mente a premissa de que o ser humano é caracterizado, desde o princípio, pelo desamparo e pela dependência do Outro. Nesse contexto, sabemos que estamos, desde o início da vida, enlaçados em uma rede de significantes. Eis o que determina a psicanálise. Sendo assim, interrogamos: quando surge a angústia?

Podemos elencar aqui Lacan (1962-1963), em *O Seminário, livro 10: a angústia*, momento em que ele verifica, através da clínica, que a angústia é o afeto do sujeito, mas é o único afeto que não engana, pois é o afeto que corresponde à queda do *objeto a*.

Acrescentamos que, segundo Lacan (1962-1963), a angústia não é sem objeto. No entanto, o que Lacan quer dizer quando faz essa afirmação? Ele faz referência à emergência do objeto *a*, momento em que falta a falta, ou melhor, falta desejo. Cabe aqui lembrarmos que o *objeto a* diz respeito aos primeiros objetos do sujeito, anteriores à constituição do objeto comum, comunicável, socializado. Esses objetos são representados pelo seio, olhar, fezes e voz. (LEITE, 2011).

Em *A terceira* (Lacan, 1975) nos diz que “a angústia é justamente alguma coisa que se situa alhures em nosso corpo, é o sentimento que surge dessa suspeita que vem de nos reduzirmos ao nosso corpo. [...] não é o medo de qualquer coisa da qual o corpo possa se motivar. É um medo de medo” (idem, ibidem, p.65).

Certamente, há uma diferença entre medo e angústia. Como sabemos, filósofos do último século diziam que o medo tem objeto, ou seja, esse objeto é um objeto do mundo, ao

passo que a angústia não tem objeto. Podemos ver essa questão claramente no caso do pequeno Hans (FREUD, 1909), acerca do qual Lacan (1962-1963) comenta que o objeto que vem para o lugar da angústia não é o *objeto pequeno a*, é um significante.

Passando para o seminário *RSI*, lição de 17 de dezembro de 1974, Lacan (inédito) põe inibição, sintoma e angústia em seu nó borromeano. Localizando a angústia entre o real e o imaginário. Verificamos, portanto, que ao apresentar seu novo esquema dos nós borromeanos não refere a angústia ao desejo, mas sim ao real (SOLER, 2012). Isso nos leva a pensar que ele juntou um novo estrato ao seu conceito da fonte da angústia. Já em *O Seminário, livro 10: a angústia*, Lacan (1962-1963) trata como primeira questão a castração, pois para ele a castração jamais termina. Freud (1924) enfatiza que a angústia era angústia de castração, ou seja, a angústia da falta.

Portanto a angústia não engana, porque não há negociação nesse momento. Ainda assim, podemos pensar que, verdadeiramente, a angústia é uma falha na fantasia, uma falha no desejo e no campo sexual.

Como ensina Lacan (1962-1963), em *O Seminário, livro 10*, a “angústia não é sem objeto” (idem, ibidem, p.101). No entanto, o que Lacan quer dizer quando faz essa afirmação? Ele faz referência à emergência do *objeto a*, momento em que falta a falta, ou melhor, falta o desejo. Como ele ensina “a angústia não é sem objeto”, ela tem objeto. É um objeto que comparece de forma invisível, que o sujeito não ouve, não vê e não sente. Nesse mesmo seminário, Lacan também marca a relação essencial da angústia com o enigma do desejo do Outro, destacando no grafo do desejo: “O que o Outro quer de mim?”. Dito de outro modo, o sujeito se interroga sobre o que ele é e o que representa no desejo do Outro.

Lembremos que para Freud (1926), a definição de angústia foi a de um sinal de perigo para o *eu*. No entanto, na teoria lacaniana vimos que a angústia é um sinal, é o sinal de que há um inevitável momento em que o sujeito tenta encontrar uma resposta simbólica, lançando mão de recursos imaginários para aparecer como sujeito em uma operação que deixa um resto que incessantemente o divide.

Entretanto, a angústia não é da ordem da linguagem e quando é significantizada, deixa de ser angústia. Em outras palavras, a especificidade da angústia é um afeto, não é da ordem da linguagem.

Efetivamente para Freud, não havia oposição entre psiquiatria e psicanálise. Longe de se excluírem, completavam-se. Para tanto, a questão é que na década de 1970, por parte da psiquiatria, a categoria neurose de angústia entrou no foco da questão do transtorno

de ansiedade. Deste modo, como denominam os médicos, são os ansiolíticos, as drogas de efeito sedativo-hipnótico, que passam a ocupar o cenário social da época. Enfim, a psiquiatria da contemporaneidade, ou seja, do século XXI, após peregrinar cem anos, volta ao século XIX, época em que o sujeito afoga-se na serotonina, e a psiquiatria, à medida que se alinha à medicina, converte-se em uma disciplina de imagens, quantificações estatísticas e generalizações. (PAOLIELLO, 2012).

Concluimos que instituir uma prática para tratamento com base no consenso estatístico de termos respectivos a transtornos, que, por conseguinte, devem ser eliminados com medicamentos, é desistir da clínica feita de sinais e sintomas que ligam a estrutura do sujeito. Logo, observamos que o profissional de saúde, seja psiquiatra, neurologista ou enfermeiro, já não tem tempo para se ocupar do psiquismo, porque, na sociedade liberal depressiva, seu tempo é calculado. (ROUDINESCO, 2000). Não resta dúvida que o resultado de uma série de revisões de DSMs, aboliu a própria subjetividade. Dessa perspectiva, nós, analistas, não devemos recuar, pois a angústia do sujeito vai permitir uma travessia capaz de fazê-lo descobrir suas possibilidades.

Referências:

ALBERTI, S.: “A estrutura e as redes”. In: ALBERTI, Sonia & FIGUEIREDO, Ana Cristina (Orgs.). *Psicanálise e saúde mental: uma aposta*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

DUNKER, C. I. L. I. L. & NETO, F. K. K.: “A crítica psicanalítica do DSM-IV- breve historia do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria”. In: *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, v. 14, n. 4, p. 611-626, dezembro.

FLESLER, A.: *A psicanálise de criança e o lugar dos pais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

FREUD, S.: *Obras completas ESB*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1895[1894]) “A sintomatologia clínica da neurose de angústia”, v. I.

_____. (1877-1897) “Sinopses dos escritos científicos do Dr. Sim. Freud”, v. III.

_____. (1909) “Análise de uma fobia em um menino de cinco anos”, v. X.

_____. (1917 [1916-1917]) “Conferências introdutórias sobre a psicanálise. Parte III. Conferência XVI: Psicanálise e psiquiatria”, v. XVI.

_____. (1924). A dissolução do complexo de Édipo, v. XIX.

_____. (1926[1925]). Inibições, sintomas e angústia, v. XX.

_____. (1926) “A Questão da Análise Leiga”, v. XX.

_____. (1950[1892-1899]) “Extratos dos documentos dirigidos a Fliess. Rascunho E: como se origina a angústia”, v. I.

_____. (1950[1895]) “Projeto para uma psicologia científica”, v. I.

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

_____. (1974-1975). *O Seminário, livro 22: R.S.I.* (inédito).

_____. (1975). “La Troisième”. In: *Lettres de l'Ecole Freudienne de Paris*. n. 16, 1975.

LEITE, S. 2011: *Angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS (DSM- 5): [American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ...et al.]; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ...[et al.], - 5 ed.- Porto Alegre: Artemed, 2014

MONTEZUMA, M. 2007: *Psiquiatria e Psicanálise: possíveis articulações*. *Revista Gêphos-Psicanálise*. Belo Horizonte, Minas Gerais, n.22, outubro.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) 1993: *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas.

PAOLIEILO, G.: *A Histeria na contemporaneidade*. Trabalho apresentado na preparação para o VII Encontro Internacional FCCL- IPUB – 05 de julho.

QUINET, A. (Org.) 2001: *Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências*. Rio de Janeiro: Rios ambiciosos.

ROUDINESCO, E. 2000: *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

RUSSO, J. & VENÂNCIO, A. T. A.: “Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM-III”. In: *Revista Latino americana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo: v.9, n.3, 460- 483, setembro.

SOLER, Colette 2012: *Declinações da angústia*. São Paulo: Editora Escuta.

THE ANGUISH CONCEPT IN PSYCHOANALYSIS AND PSYCHIATRY

SUMMARY:

In this study a survey was conducted in Freudian and Lacanian texts in order to address the anguish, theme that is present from the beginning of psychoanalysis, emphasizing how the anguish is considered. From there, our work has been guided trying to find the concept of anguish in contemporary psychiatry. For this we used the International Classification of Diseases, known by the abbreviation ICD, currently in its tenth version. We also use Diagnosing Statistic Manual of Mental Disorders (DSM), published by the American Psychiatric. It does not stand out that our goal is to consider the psychiatric clinic, but we question if, in some specific clinical situations, it would be more productive psychoanalysis and psychiatry work together for the sake of suffering psychic? Our considerations lead this work on the anguish, in the sense that psychoanalysis has a specific contribution to make, in that it allows a rational approach to the subjective and the uniqueness of human suffering.

KEY WORDS: Anguish. Neurosis. Psychoanalysis. Clinical. Psychiatry.

L'ANGOISSE À LA CLINIQUE PSYCHANALYTIQUE ET À LA PSYCHIATRIE

RÉSUMÉ:

Pour le travail qui suit, une recherche a été réalisée dans des textes freudiens et lacaniens ayant comme but aborder l'angoisse, sujet présent depuis les débuts de la psychanalyse, tout en mettant en valeur la façon dont l'angoisse est considérée. A partir de cela, le travail en question cherche à situer le concept de l'angoisse dans la psychiatrie contemporaine. Pour autant, on utilise la Classification Internationale de Maladies, connue par le sigle CID, actuellement à sa dixième version, ainsi que le *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM), publié par American Psychiatric. Dans ce sens, cela démontre l'intérêt pour la fonction dont la psychanalyse peut proposer dans le contexte contemporain de la psychopathologie. Il faut souligner que le but n'est pas de mépriser la clinique psychiatrique mais plutôt de considérer si, dans quelques situations cliniques spécifiques, il ne serait pas plus rentable que la psychanalyse et la psychiatrie travaillent ensemble pour le bien de la souffrance psychique ? Cela étant donné, les considérations mènent ce travail sur l'angoisse à nous faire comprendre que la psychanalyse a bien une contribution spécifique à offrir puisque qu'elle permet un abordage rationnel du subjectif et de la singularité sur la souffrance humaine.

MOTS CLÉS: Angoisse. Neurose. Psychanalyse. Clinique. Psychiatrie.

Sandra Chiabi

Recebido em 18/02/2014

Aprovado em 02/05/2014

© 2014 *Psicanálise & Barroco em revista*

www.psicanaliseebarroco.pro.br

Núcleo de Estudos e Pesquisa em Subjetividade e Cultura – UFJF/CNPq

Programa de Pós-Graduação em Memória Social – UNIRIO.

Memória, Subjetividade e Criação.

www.memoriasocial.pro.br/proposta-area.php

revista@psicanaliseebarroco.pro.br www.psicanaliseebarroco.pro.br/revista