

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico Instituto de Medicina Social

Antenor Salzer Rodrigues

Medo, neurose e doença psicossomática

Rio de Janeiro 2008

Antenor Salzer Rodrigues

Medo, neurose e doença psicossomática

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor ao Programa de Pósgraduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Plastino.

Rio de Janeiro

2008

CATALOGAÇÃO NA FONTE UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB-C

R696 Rodrigues, Antenor Salzer.

Medo, neurose e doença psicossomática / Antenor Salzer Rodrigues. – 2008. 197f.

Orientador: Prof. Carlos Alberto Plastino. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Medo – Teses. 2. Stress (Fisiologia) – Teses. 3. Corpo e mente – Teses. 4. Psicanálise – Teses. I. Plastino, Carlos Alberto. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 616.89-008.441

	Autorizo,	apenas	para	fins	acadêmicos	е	científicos,	а	reprodução	total	ou
parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.											

Assinatura	Data

Antenor Salzer Rodrigues

Medo, neurose e doença psicossomática

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor ao Programa de Pósgraduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovada em 28 de r	março de 2008.
Banca Examinadora:	Prof. Dr. Carlos Alberto Plastino (Orientador) Instituto de Medicina Social – UERJ
	Prof. ^a Dra Bianca Maria Sanches Faveret Departamento de Psicologia - UFJF
	Prof. Dr. Benilton Bezerra Jr. Instituto de Medicina Social – UERJ
	Prof. Dr. Jeremias Ferraz Lima Instituto de Psiquiatria - UFRJ
	Prof. Dr. Jurandir Freire Costa Instituto de Medicina Social – UERJ

Rio de Janeiro 2008

DEDICATÓRIA

Para

Elimar Jacob Salzer Rodrigues.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor e Orientador, Dr. Carlos Alberto Plastino, cuja postura séria e acolhida cordial converteram a prática acadêmica em uma inspiração intelectual.

Aos Professores componentes da banca, Doutores Bianca Maria Sanches Faveret, Benilton Bezerra Jr., Jeremias Ferraz Lima e Jurandir Freire Costa.

À minha mãe, Alice Salzer Rodrigues, fortaleza moral e afetiva.

À minha mulher, Elimar, por tudo, sempre.

À Dalva e ao Ademar Eustáquio Rodrigues, irmã e cunhado, que, ao longo desses anos de vida acadêmica, vêm sempre suprindo as minhas deficiências nas questões familiares.

À Elisabeth Rodrigues Trigo, Paula Jacob Pimenta e Manuela Jacob Ferreira, pelo amor e pela alegria da convivência familiar.

Às minhas referências afetuosas de sempre: Gê e Emir Jacob, Elma Jacob, Luiza Ribeiro, Vanda Arantes do Vale, Douglas Fazolatto, Maria Angélica Perantoni, Flávia Falci Loures, Regina Castelo Prudente e Márcia Mota.

À Divina de Fátima Garcia Nunes e Mônica Aparecida Alves Santos, pelos cuidados diários e dedicação incansável.

Três psicanalistas deixaram uma marca em meu trabalho clínico e a elas registro a minha gratidão: Doutoras Carmem Miriam Da Poian, Zélia Vilar e Daniela Ropa.

À Leila Rose Márie, por sua minuciosa revisão.

Aos colegas do curso de doutorado, em ordem alfabética: Adriana Lemos, Carlos Alberto Mattos, Elizabeth Palatnik, Gisela Cardoso, Jairo Gama, Luciana Kind, Marília Etienne Arreguy e Rafael Viegas, a turma de 2004, talvez a única a se manter unida nos quatro anos do curso e, por isso transformou uma atividade intelectual em uma experiência fraternal verdadeiramente relevante.

Provisoriamente não cantaremos o amor, que se refugiou mais abaixo dos subterrâneos.

Cantaremos o medo, que esteriliza os abraços, não cantaremos o ódio porque esse não existe, existe apenas o medo, nosso pai e nosso companheiro, o medo grande dos sertões, dos mares, dos desertos, o medo dos soldados, o medo das mães, o medo das igrejas, cantaremos o medo dos ditadores, o medo dos democratas, cantaremos o medo da morte e o medo de depois da morte, depois morreremos de medo e sobre nossos túmulos nascerão flores amarelas e medrosas. (Carlos Drummond de Andrade)

RESUMO

RODRIGUES, Antenor Salzer. *Medo, neurose e doença psicossomática*. 2008.197 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

Um dos termos empregados por Freud em sua metapsicologia que mais foram adulterados foi o vocábulo "Angst". Em português, este foi vertido para "angústia", "ansiedade", "medo" e "temor", e seu emprego se deu de forma tal que, em alguns dos textos de Freud, não se consegue saber, pela leitura da versão brasileira, o que ele tinha em mente quando empreendeu a sua elaboração. A partir da tradução da palavra alemã Angst para o vocábulo "medo", conforme a nova edição das Obras Psicológicas de Sigmund Freud, que a Imago Editora começou a publicar a partir de 2006, está sendo possível uma nova abordagem e compreensão da obra freudiana. A perspicácia clínica de Freud levou-o a constatar que o afeto do medo (Angst), que ele designou também por termos derivados ou sinônimos, assumia diferentes feições na vida de seus pacientes. As pessoas revelavam diversas formas de temor, de múltiplas coisas e em várias situações. A partir de 1926, ele definiu que seria essa emoção o sinal usado pelo ego como forma de mobilizar as defesas neuróticas. O afeto do medo, entretanto, não é um evento psíquico apenas. Ele causa profundas alterações fisiológicas e é, atualmente, reconhecido como a principal emoção desencadeadora do processo de estresse. Essas alterações orgânicas decorrentes do alerta fisiológico que caracteriza o estresse prolongado são, cada vez mais, relacionadas àquelas afecções denominadas doenças psicossomáticas. A presente pesquisa tem como objetivo descrever e catalogar as diferentes manifestações do medo e suas consequências psíquicas, conforme as elaboradas por Freud. Além disso, pretende relacionar as vivências emocionais amedrontadoras com as alterações fisiológicas corporais correspondentes e com o advento dos respectivos quadros patológicos orgânicos.

Palavras-chave: Psicanálise. Medo. Estresse. Doença psicossomática.

.ABSTRACT

One of the terms employed by Freud, in his metapsychology that most were adulterated was the word Angst. In Portuguese, it was poured for "anguish", "anxiety", "fear" and was used in such a way that in some of the texts of Freud, you can not know, for the reading of the Brazilian version, what he had in mind when he undertook their elaboration. The translation of the German word Angst for the word "fear", its original meaning, brings the possibility of a new approach and understanding of the Freudian work. The clinical acumen of Freud led him to conclude that the affection of fear [Angst], which he also appointed for terms derivatives or synonyms, took different features in the life of his patients. People showed various forms of fear, of many things in various situations. From 1926, he defined this emotion as the signal used by the ego as a way to mobilize the neurotics defenses. The affection of fear, however, is not a psychological event only. It causes profound physiological changes and is now recognized as the main emotion in the process of stress. The changes resulting from organic physiological alarming response that characterises the prolonged stress are, increasingly, those related disorders called psychosomatic diseases. The present study aims to describe and catalogue the various manifestations of fear and its psychic consequences, as Freud proposed. Furthermore, it seeks to relate these emotional experiences with the corresponding body and physiological changes with the advent of pathological organic diseases.

Keywords: Metapsychology. Fear. Stress. Psychosomatic disease.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACTH - Hormônio Adrenocorticotrófico

ADR – Adrenalina

CRH - Hormônio Liberador da Corticotrofina

DA – Dopamina

DHEA - Dehidroepiandrosterona

GC - Glicocorticóides

HHSR - Sistema Hipotálamo-Hipófise-Supra-Renal

NOR - Noradrenalina

SGA – Síndrome Geral da Adaptação

SNC - Sistema Nervoso Central

SR - Supra-renal

5-HT – 5 Hidróxi Triptamnina

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
1	MEDO, TEMOR E TERROR – RECORTES HISTÓRICOS	15
2	ANGST: VOCÁBULO PERDIDO	32
2.1	O termo angst	35
2.2	O conteúdo da <i>angst</i>	39
2.3	A hipótese final	44
3	NEUROSE DE MEDO E TRANSTORNOS DE ANSIEDADE	49
3.1	A neurose de medo	50
3.2	A conferência XXV	58
3.3	Crítica ao conceito de angstneurose	65
3.4	Neurose de medo e transtornos da ansiedade	76
3.5	A instabilidade das neuroses	80
4	ANGST E FOBIA	80
4.1	A crítica à "histeria de angústia"	87
4.2	O pequeno Hans	91
4.3	O caso clínico	94
4.3.1	O "pequeno Hans" e o "homem dos lobos"	103
5	AS VÁRIAS FACETAS DO MEDO	108
5.1	O estranho	110
5.2	A nova teoria da <i>angst</i>	114
6	O MEDO E A FORMAÇÃO DE NOVOS SINTOMAS	126
6.1	Medo e sintoma	132
7	REPERCUSSÕES FISIOLÓGICAS DO MEDO	148
7.1	O medo no corpo	149
7.2	A fisiologia do medo	151
7.3	Emoções, estresse e neurose	157
7.3.1	Os circuitos cerebrais	158
7.4	O estresse	162
7.5	O cortisol	165
7.6	Outra via	171
7.7	Estresse, neurose, alostasia e doenca psicossomática	174

7.8	O resultado	180
8	CONCLUSÃO	182
	REFERÊNCIAS	184

INTRODUÇÃO

Este trabalho é resultado de questões surgidas da experiência direta com os clientes na prática clínica ao longo dos anos, e também no exercício do estudo da construção teórica do fundador da psicanálise. O estudioso da psicanálise de língua portuguesa, pelo fato de ter que recorrer à versão da obra de Sigmund Freud produzida pela Imago Editora, é forçado a conviver com inúmeros equívocos causados pelo fato de os textos terem sido traduzidos do alemão para o inglês inicialmente e, apenas então, do inglês para o português. Esse périplo lingüístico é responsável não apenas por problemas de ordem interpretativa da obra de Freud pelos seus tradutores ingleses, como também pela versão errônea de numerosas palavras de importância fundamental para a compreensão de seu pensamento. Dentre os termos que mais sofreram adulteração está o vocábulo "Angst", uma vez que o sentido que lhe corresponde no original alemão foi desvirtuado, tanto pela edição inglesa quanto pela brasileira.

Em alemão, *Angst* quer dizer medo, temor, o estado de espera de que algo ruim aconteça. É uma palavra de uso comum e nenhum nativo tem dúvida quanto a seu emprego. A corrupção do sentido original de *Angst*, em língua portuguesa, perenizou-se de tal forma que foi absorvida pela cultura. Em conseqüência desse fato, constata-se, tanto na literatura produzida sobre o assunto quanto na linguagem dos pacientes, o uso freqüente dos termos "angústia" e "ansiedade" como referência ao afeto *Angst*. No caso dos pacientes, quando indagados sobre o sentido em que empregam esses vocábulos, verifica-se que eles se referem ou a vivências de cunho depressivo, no caso de "angústia", ou a quadros de agitação motora, quando se referem à "ansiedade".

Além das questões mencionadas acima, freqüentemente, o psicanalista recebe pacientes cujas queixas são desconcertantes, pois apresentam um quadro clínico misto, ou seja, têm um caráter ou sintomas que indicam uma histeria ou uma neurose obsessiva, mas, ao mesmo tempo, apresentam evidentes sinais de uma "histeria de angústia" ou de uma hipocondria, isto é, esses pacientes discorrem sobre vivências de medo intenso. Seriam, então, esses pacientes histéricos, obsessivos, fóbicos ou hipocondríacos? Há também aqueles pacientes que

apresentam quadros neuróticos sem sintomas fóbicos. Como se pode entender a presença ou a ausência da fobia na clínica da psicanálise?

No que diz respeito aos casos clínicos mistos, isto é, aqueles que apresentam uma fobia concomitante, surge a indagação do porquê da presença do sentimento de medo de maneira tão freqüente. Ampliando essa inquirição, pode-se perguntar ainda por que a presença do medo é quase onipresente na sintomatologia neurótica?

Um outro grupo de patologias também se mistura aos quadros neuróticos e confunde, muitas vezes, a avaliação dos analistas. Essas últimas, entretanto, são de natureza orgânica: as denominadas doenças psicossomáticas. Há muito, essas manifestações fisiopatológicas despertaram o interesse de alguns psicanalistas e se ligaram ao pensamento psicanalítico através de Franz Alexander (1891-1964). Em 1931, Alexander foi convidado para um cargo universitário e se estabeleceu em Chicago. Dez anos antes, ele havia concluído seu treinamento com Karl Abraham e Hanns Sachs, no Instituto Psicanalítico de Berlim, onde começou sua carreira. Já nos Estados Unidos, fundou a primeira cadeira de psicanálise numa universidade americana. Sua interpretação dos fenômenos psicossomáticos influenciou uma geração de psicanalistas. Estava estabelecida, então, uma tentativa de explicar alguns fenômenos somáticos do ponto de vista dos conflitos emocionais, conforme descritos por Freud.

Mais tarde, outras abordagens dessas afecções apareceram, contestando as diferentes teorias segundo as quais os sintomas psicossomáticos seriam simbolizações dos conflitos psíquicos e estabeleceram outros paradigmas, como o fisiológico, por exemplo.

Assim sendo, o sentimento de medo, presente tanto nas manifestações de forte temor. que caracterizam as neuroses. quanto nessas doenças psicossomáticas, constitui um ponto de contato entre elas. A partir da observação clínica, pode-se afirmar a comorbidade como uma constante e suspeitar-se de que haja um elo de ligação entre essas duas classes de enfermidades. As neuroses, principalmente na vida adulta, embora não se possa excluir a infância, estão freqüentemente acompanhadas de doenças psicossomáticas, nem que seja por episódios patológicos passageiros durante os processos de análise.

Nos seres humanos, como a vivência do medo e a fisiologia subjacente a esse estado estão também relacionadas às chamadas doenças psicossomáticas,

como se poderia descrever a relação existente entre as neuroses e essas afecções orgânicas?

Esta pesquisa não é, pois, apenas uma discussão teórica que tenha como intuito articular o conceito de *Angst* na obra freudiana, embora, de um lado, não ignore a importância desse aspecto do ponto de vista da pesquisa acadêmica, e, de outro, o contemple dentro de certas limitações. Esta foi inspirada pelo trabalho clínico e pretende ser uma contribuição à prática da psicanálise. Propõe-se também a reconhecer a relação entre as afecções psíquicas descritas por Freud e aquelas reações orgânicas denominadas doenças psicossomáticas.

Sustenta a proposição apresentada aqui, de verter *Angst* para medo, a nova edição das Obras Psicológicas Completas de Freud, que vem sendo realizada pela Imago Editora. Nessa, a palavra alemã *Angst*, anteriormente vertida para "ansiedade", "angústia", "medo" e "terror", assumiu sua forma correta de "medo". Essa correção serviu de suporte e definiu o ponto de partida para a pesquisa aqui empreendida.

Assim sendo, o objetivo principal deste trabalho é, a partir da tradução e da aceitação do termo *Angst* por medo, identificar como este se apresenta na clínica da psicanálise e estudar as conseqüências daí decorrentes e seus efeitos. Em outras palavras, estudar, em um paciente que esteja sofrendo a influência desse afeto, que representação haverá em sua organização neurótica e de como ele poderá afetar seu corpo.

A fim de desenvolver o tema proposto, no capítulo I, apresentam-se alguns breves recortes de uma possível história do medo, menos com a intenção de exaurir o assunto e mais com o objetivo de verificar, através dos séculos, como esse afeto atingiu os homens de diferentes eras.

O capítulo II apresenta uma discussão sobre o uso que Freud fazia do termo *Angst* e que evolução o conceito formulado encontrou em sua obra. Os capítulos III e IV tratam da criação de conceitos, tais como "neurose de medo" e "histeria de medo", além de discutirem sua legitimidade do ponto de vista da teoria e da prática clínica.

O capítulo V aborda os passos decisivos dados por Freud para a reformulação do conceito metapsicológico de *Angst* e a sua tese final, a qual é de fácil verificação no trabalho prático de qualquer psicanalista. Já o capítulo VI apresenta a hipótese de que o medo intenso desencadeia um novo sintoma

neurótico, o que confirmaria a teoria freudiana segundo a qual o medo é o afeto que o ego mobiliza a fim de convocar a defesa psíquica. O capítulo VII trata das repercussões fisiológicas desse afeto e as consequências patológicas surgidas no seu rastro.

Faz-se necessário destacar, também, que as citações apresentadas neste trabalho estão mantidas conforme a tradução da primeira edição brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, publicada pela Imago Editora, uma vez que a nova edição ainda não oferece ao público leitor todos os textos de Freud, e sua utilização causaria mais dúvidas do que esclarecimentos. Ressalta-se, ainda, que, nas citações dos textos de Freud em que apareçam as palavras "ansiedade" e "angústia", essas devem ser compreendidas como se estivessem se referindo ao vocábulo "medo", conforme a versão atual. Nas referidas citações, ao lado de cada uma dessas palavras mencionadas, ou sempre que o termo for importante para a compreensão dos argumentos aqui desenvolvidos, será apresentada uma nota de rodapé na qual se encontra o termo empregado por Freud em seu texto em alemão.

1 MEDO, TEMOR E TERROR – RECORTES HISTÓRICOS

Em seu deliro agônico, Brás Cubas foi levado por um hipopótamo à origem dos séculos, onde ele, então, encontrou-se com uma figura diáfana e de olhos rutilantes que lhe disse: "— Chama-me Natureza ou Pandora; sou tua mãe e tua inimiga" (ASSIS, 2004, p. 520). Essa sombra inatingível, que se descortinava aos olhos do moribundo, era a doadora da vida e a portadora da morte.

Se Natureza ou Pandora é mãe e inimiga, o medo é pai e inimigo. Ele protege o homem mas também o destrói. É fundamental à sobrevivência, contudo, sua presença constante adoece a alma e arruína o corpo. O medo apresenta-se de várias formas, desde um simples receio que cerceia os passos, um temor reativo a alguma ameaça, uma criação cultural explorada politicamente, até uma presença destituída de sentido concreto, de um objeto próprio que o justifique. Abanca-se quando não é convidado e ameaça o homem a partir de seu interior mais recôndito. Onipresente na história da civilização, ninguém jamais deixou de conhecer a sua presença indesejável. Dispensador de inquietações intermináveis, sempre se procurou uma explicação para esse afeto tão imperioso que escurece os dias e aterroriza as noites.

Assim, quando Tróia, Knossos, Miscenas e Tirins não existiam mais, Hesíodo registrou, em sua Teogonia, que o Pavor e o Temor eram filhos da luxúria (Afrodite) com a violenta guerra (Ares).

Sexo e furor pariram uma prole variada e sinistra, embora originassem também a Harmonia. Conforme Hesíodo (1992, p. 159) cantou em seus versos:

[...] E de Ares rompe-escudo Citeréia pariu Pavor e Temor terríveis que tumultuam os densos renques de guerreiros com Ares destrói-fortes no horrendo combate, e Harmonia que o soberbo Cadmo desposou.

Homero (2004, p. 171-172), poeta de corte e da elite, descreve o tenebroso grupo que, precedido por Ares, adentrava o campo de batalha, escoltado por sua irmã e tia, a Discórdia:

aos outros. O Terror e o Temor, a Discórdia acorriam (a Discórdia, sanha que não cessa, irmã e sócia de Ares, matador-de-gente; desponta diminuta e cresce e entesta com o céu, e calca a terra, dor e furor pelas tropas lançando).

Terror (*Deïmos*) e Temor (*Fobos*) não eram as únicas encarnações dos medos humanos. O cidadão comum sofria também de medos corriqueiros, provenientes de seu cosmo exterior, imediato ou não. Com certeza, uma, dentre as inúmeras perturbações que assombravam o homem do mundo antigo, era o temor dos mortos. Homero, por exemplo, registrou o terror que invadiu Odisseu quando ele fez a evocação dos mortos, na terra dos Cimérios, onde o sol jamais despontava.

Após cavar, com sua espada, um buraco de um côvado de largura e um de altura, Odisseu depositou ali libações de leite mesclado com mel, vinho e, depois, água. Finalmente, ele espalhou a alva farinha de cevada. Por fim, degolou animais sobre a cova, deixando que o sangue morno que revigorava os mortos a preenchesse. Os espíritos surgiram em seguida e ele apavorou-se: "[...] Acudiam em chusma, de todos os lados da fossa, soltando grande clamor, e eu me quedei pálido de terror" (HOMERO, 1981, p. 102).

Ao final da cerimônia, após haver encontrado vários espíritos de seus conhecidos, além do de sua própria mãe, quis aguardar que outros viessem beber o sangue que derramara no côvado. Novamente, o terror o assolou:

Eu fiquei ali, imóvel, aguardando que viesse algum dos heróis precedentemente falecidos. Talvez pudesse ter visto os varões das eras precedentes, que desejaria ver, Teseu, Pirítoo, ilustres filhos dos deuses. Mas, sem para isso me darem tempo, inumeráveis tribos de mortos se reuniram soltando gritos aterradores. Apoderou-se de mim um lívido pavor: seria que a veneranda Perséfone me enviaria, desde as profundas do Hades, a cabeça do terrível monstro Górgone? Sem tardar, voltei para a nau e ordenei aos companheiros que embarcassem e soltassem as amarras (HOMERO, 1981, p. 111).

Na Grécia antiga – um país de forte tendência agrária – uma entidade mitológica defendia os campos e os rebanhos e atemorizava os viajantes: o deus Pan. Proveniente do meio rural, tomou o seu posto nas cidades e ganhou inúmeras estátuas e santuários. Ainda tardiamente, Pan continuava sendo temido pelos

homens. No século II d.C., Pausanias¹ (1979, p. 464)² testemunhou a crença de seus contemporâneos quando afirmou que "Diz-se que o terror sem razão vem de Pan".

Em Roma, uma de suas figuras mais ilustres conheceu, de perto, o peso desse afeto. O poderoso imperador, Augusto Cezar, sentia seu corpo todo tremer quando ouvia o trovão, o que o obrigava a se refugiar no mais isolado canto de seu palácio, onde cobria sua cabeça para não ouvir os estrondos assustadores.

Décadas mais tarde, o filósofo Sêneca – estóico convicto – descreveu alguns dos medos que, ele entendia, compunham a vida e pelos quais nutria profundo desprezo, como de resto, por todas as demais paixões. Esses temores eram aqueles do mundo natural: de terremotos, de tempestades no mar, e, sobretudo da morte, contra o qual ele lutava com aparente tranqüilidade, mas com preocupação obsessiva. Recusava-se a se curvar diante da perdição e estava certo de que a existência é um espaço entre dois grandes silêncios. Em suas cartas a Lucilius, entretanto, ele faz lúcidos comentários sobre esse sentimento que deveria estar atormentando seu amigo:

Mas eu gostaria de compartilhar com você o benefício de hoje. Eu encontro, nos escritos de nosso Hecato, que a limitação dos nossos desejos ajuda também a curar os medos: "Pare de ter esperança", ele diz, "e você deixará de ter medo". "Mas como", você replicará, "podem coisas tão diferentes caminhar lado a lado?" Da seguinte maneira, meu querido Lucilius: Embora elas pareçam estar em desacordo, ainda assim elas estão ligadas. Do mesmo modo como a mesma corrente prende o prisioneiro e o soldado que o vigia, da mesma forma, a esperança e o medo, heterogêneos como são, seguem juntos; o medo segue a esperança. Eu não estou surpreso que eles ajam dessa maneira; cada um deles pertence, igualmente, a uma mente que se acha preocupada olhando em direção ao futuro. Mas a causa principal de ambos esses males é que nós não nos adaptamos ao presente, mas enviamos os nossos pensamentos muito além. Assim sendo, a previdência, a mais nobre benção da raça humana se perverte. As bestas evitam os perigos que elas vêem e quando deles escaparam, ficam livres de inquietações; mas nós, homens, nos atormentamos sobre o que está por vir, da mesma forma que fazemos com o que já passou. Muitas de nossas bênçãos trazem-nos a ruína, pois a memória recorda as torturas do medo, enquanto que a previdência os antecipa. Apenas o presente pode

¹ Esta tradução e as subsequentes das citações em inglês e alemão são de autoria de Antenor Salzer Rodrigues.

² "It is said that terror without a reason comes from Pan" (PAUSANIAS, 1979, p. 464).

não tornar um homem desditoso (SÊNECA, 2006, p. 23, 25).3

O desprezo pelas paixões e pela morte mostrado pelos estóicos sofrerá uma inversão radical no imaginário cristão. Enquanto as paixões carnais serão abominadas, os sofrimentos físicos e mentais serão supervalorizados e o culto da morte conhecerá uma notoriedade jamais vista. Haverá uma "proletarização" das benesses no além e, por volta do século XIII, todos os mortais poderiam adquirir palácios no Céu: "[...] 'São incontáveis no Céu os palácios que desde o começo do mundo estão preparados para os eleitos, palácios comprados apenas pelas preces, pela fé e pelas esmolas. As riquezas materiais não podem segui-los até o Céu'" (VARAZZE, 2003, p. 85).

Ao longo da Idade Média, a Igreja Católica empenhou-se na produção de uma linguagem simbólica que identificasse todo o continente europeu, embora esse fosse social e politicamente fragmentado, com uma variedade incontável de culturas e línguas diversas. No cerne desse novo universo simbólico, que marcou uma concepção unificadora desenvolvida pelo papado e patrocinada pelo poder real, estava o advento da figura do diabo e os horrores de uma vida no inferno após a morte. Decorreram daí formas eficientes de controle social das populações, ainda que de forma lenta, a partir do século XI. Segundo Muchembled (2001, p. 18):

Satã surge com toda a força em um momento tardio da cultura ocidental. Elementos heterogêneos da imagem demoníaca existiam há muito, mas é somente por volta do século XII, ou do século XIII, que eles vêm a assumir um lugar decisivo nas representações e nas práticas, antes de desenvolver um imaginário terrível e obsessivo no final da Idade Média. Longe de se limitarem aos domínios teológico e religioso, esses fenômenos estão diretamente ligados à dolorosa, mas sólida, emergência de uma cultura comum. [...] O movimento vem do alto da sociedade, das elites religiosas e sociais, que tentam amarrar esses múltiplos fios em feixes. Não é de forma alguma o demônio quem conduz a dança, são os homens, criadores de sua

³ "But I wish to share with you to-day's profit I find in the writings of our Hecato that the limiting of desires helps also to cure fears: 'cease to hope', he says, 'and you will cease to fear'. 'But how', you will reply, 'can things so different go side by side?' In this way, my dear Lucilius: though they do seem at variance, yet they are really united. Just as the same chain fastens the prisoner and the soldier who guards him, so hope and fear, dissimilar as they are, keep step together; fear follows hope. I am not surprised that they proceed in this way; each alike belongs to a mind that is in suspense, a mind that is fretted by looking forward to the future. But the chief cause of both these ills is that we do not adapt ourselves to the present, but send our thoughts a long way ahead. And so foresight, the noblest blessing of the human race, becomes perverted. Beasts avoid the dangers which they see, and when they have scaped them are free from care; but we men torment ourselves over that which is to come as well as over that which is past. Many of our blessings bring bane to us; for memory recalls the tortures of fear, while foresight them. The present alone can make no man wretched" (SÊNECA, 2006, p. 23, 25).

imagem, que inventam um Ocidente diferente do passado, esboçando traços-de-união culturais que viriam a ser consideravelmente reforçados nos séculos seguintes.

Assim, a Igreja, pela via do Cristianismo, elaborou, articulou e impôs um simbolismo do bem e do mal, no qual abarcava tanto as insatisfações sociais revolucionárias quanto os rebeldes desejos humanos. Com a cumplicidade do Estado, o poder repressor da Igreja se esforçou para fazer desaparecer, paulatinamente, o que havia de mais renovador no embate entre as grandes diferenças culturais européias.

Com o passar dos séculos, essa nova visão não deixou de trazer conforto e alívio. Quando todos os males se concentraram no mundo exterior, eliminaram-se os conflitos interiores. Contudo, o que era assustador e inquietante era da responsabilidade do Maligno, que se fazia onipresente e eliminava, assim, qualquer responsabilidade do homem sobre si mesmo.

Essa nova regulamentação imposta pela Igreja e sustentada pelo Estado visava ao amansamento das almas e ao controle dos cidadãos não só pelo expediente da exploração do medo do maléfico, como também pela repressão da sexualidade.

No final do século XIII, Jacopo de Varazze, nascido em 1226 na cidade italiana de Varazze, escreveu, só ou com colaboradores, uma obra monumental intitulada **Legenda áurea**: vidas de santos (2003), com a qual pretendia fornecer material para os sermões dos padres dominicanos, congregação da qual fazia parte. Em seu livro, encontram-se as histórias das vidas dos santos da Igreja. Pela narrativa da vida de Santo André, toma-se conhecimento de um caso de incesto, no qual a mãe havia tentado seduzir o filho e morreu calcinada por um raio. De Santa Lúcia, aprende-se que o coração é a sede tanto da pureza quanto da corrupção. Assediada para abandonar as suas convicções religiosas e ameaçada de ser levada a um lupanar e violentada, ela teria declarado a seu infamante:

^[...] O corpo só é corrompido se o coração consentir, porque se você me fizer violentar, será contra a minha vontade, e ganharei a coroa da castidade. Jamais terá meu consentimento. Eis meu corpo, ele está disposto a toda sorte de suplícios. Por que hesita? Comece a me atormentar, filho do diabo (VARAZZE, 2003, p. 79).

Nos relatos desse autor, o sexo é a maior perdição do ser humano e deveria ser evitado até mesmo por aqueles que haviam recebido as bênçãos do matrimônio. Ao contar a história de São Tomé, Varazze registra que este abençoou um jovem casal que acabara de receber as bênçãos do matrimônio. Por sua interferência, Deus apareceu para os esponsais em sonho, antes da consumação carnal do casamento. Em seguida, São Tomé surge na presença dos recém-casados e lhes diz:

Meu rei acaba de manifestar-se a vocês, e introduziu-me aqui, apesar das portas fechadas, para que minha benção lhes fosse proveitosa. Guardem a pureza do corpo, rainha de todas as virtudes, e seu fruto, a salvação eterna. A virgindade é irmã dos anjos, é o maior dos bens, vence as paixões nefastas, é o troféu da fé, a fuga dos demônios e a garantia dos júbilos eternos. A luxúria engendra a corrupção, da corrupção nasce a mácula, da mácula vem a culpa, e a culpa produz a confusão (VARAZZE, 2003, p. 84).

Naqueles dias, a zoofilia parecia não ser algo raro entre as "perversões" mais comuns. Assim sendo, o demônio assumiu uma representação imaginária de animal, além dos Íncubos (demônio masculino) e Súcubos (demônio feminino) que perpetravam atos sexuais com os inocentes:

[...] Ora, o século XII registra mudanças decisivas nestes pontos. Por outro lado, desenvolve-se a idéia segundo a qual os íncubos e os súcubos podem realmente seduzir os vivos, apresentando-se, em geral, a eles sob a forma de um belo jovem ou uma encantadora jovem. Tais relações contra natureza encontram-se no mesmo momento definidas como bestiais e estreitamente ligadas às heresias. Os historiadores da Igreja assinalam as concordâncias com a ascensão do tema do purgatório, pois, se as almas podem ser punidas, os demônios têm igualmente liberdade para agir sexualmente sobre o corpo. Por outro lado, o mundo animal começava a tornar-se muito mais inquietante do que na alta Idade Média. A fronteira nítida entre homens e animais rompia-se a partir do século XII. O imaginário erudito rejeitava cada vez mais as relações sexuais entre as duas esferas. Tomás de Aquino (1225-1274) definia a bestialidade como o pior dos pecados sexuais, porque ela não preservava as referidas diferenças. A justiça da época estava, sem dúvida, muito mais preocupada com a homossexualidade, mas a idéia ia ter livre curso. Considerada como um crime capital em um códice espanhol, a partir do final do século XIII, a bestialidade levou a muitas execuções em Maiorca no século XV, ou foi declarada passível de morte na Inglaterra, bem como na Suécia em 1534 (MUCHEMBLED, 2001, p. 41-42).

Constata-se, assim, que o corpo passou a ser, cada vez mais, um lugar de luta entre o bem e o mal, uma vez que poderia ser possuído pelas sombrias forças de Satã. Isso levou, paralelamente, à construção de uma nova cultura do corpo no ocidente: havia não só o risco do contato sexual com as forças do mal, como também a possibilidade de o demônio invadir o corpo do pecador, arruinando-o com doenças. O mal vinha de fora, ansioso por tomar posse do infiel e corromper-lhe o corpo e a alma. Todo cuidado era pouco. O mundo virou um local de ameaças sobrenaturais e a prova definitiva de que a corrupção, na transitoriedade da existência, representaria a ruína na vida eterna.

O diabo impregnou de forma tal o imaginário popular que, em 1459, Alphonsus de Spina listou dez diferentes categorias de demônios: as Parcas, (Fates) cada uma das três deusas (Cloto, Láquesis e Átropos) que fiam, dobram e cortam o fio da vida; Poltergeists, também conhecidos como "duendes de casa", que fazem pequenas travessuras à noite, tais como quebrar objetos, puxar as cobertas e fazer barulhos estranhos; os Íncubos e os Súcubos, que abusam sexualmente: "Freiras são particularmente vítimas desses demônios. Quando elas acordam pela manhã, elas 'se encontram molhadas de esperma, como se elas tivessem dormido com um homem'" (NEWMAN, 2000, p. 8)4. Além desses, havia ainda os "marchadores" (marching hosts) que apareciam em hordas e faziam grande tumulto; os "demônios familiares", que tomavam refeições com a família; os demônios dos pesadelos, que tumultuavam o sono; os demônios formados pelo sêmem; os "demônios enganadores" (deceptive demons), que se mostravam ora como mulher, ora como homem. Também existiam outros que atacavam apenas os homens santos, denominados "demônios inocentes" (clean demons) e, ainda, aqueles que enganavam as mulheres velhas.

Mas, havia ainda temores pessoais que não estavam relacionados ao sobrenatural: Erasmo de Roterdão ficava aterrorizado se visse um peixe; Blaise Pascal tinha medo de coisas incontáveis; Isaac Newton receava se deparar com qualquer tipo de água; Mozart corria ao ouvir o som de um trompete ou de uma corneta de caça e Edgard Alan Poe, Musset, Schumann e Chopin tinham, todos eles, medo de escuro.

⁴ "[...] Nuns are especially subject to these devils. When they awake in the morning, they 'find themselves polluted as if they had slept with men" (NEWMAN, 2000, p. 8).

O medo – esse afeto tão imperioso – mereceu um ensaio de Montaigne (1987). Silva (2006) relata que os ataques de pânico eram tão comuns que, na França, no século XVI, já eram denominados *terreur panique*. Durante o Renascimento inglês, William Shakespeare (1564-1616) vivia ainda num mundo de entremeio, imerso na magia e no sobrenatural, mas já vislumbrando a luminosidade da razão. Assim retratou, como ninguém, esse universo com sua visão genial do ser humano. Ele sabia que os desejos também suscitam o medo no homem e deu-lhe voz através da fala de sua personagem Macbeth.

No drama que leva o seu nome, o intrépido Macbeth, que vivia num tempo de bruxarias, sortilégios e encantamentos, não vacilou diante das três feiticeiras que lhe revelaram parte de seu destino. Seu coração, entretanto, fraquejou e ele estremeceu quando as três parcas lhe contaram a sua sorte auspiciosa: ele se tornaria barão de Cawdor e rei. Sua reação foi tal, que Banquo, o qual o acompanhava, exclamou: "— Meu bom senhor, por que estremeceis, parecendo que temeis coisas que soam tão agradavelmente?" (SHAKESPEARE, 1981, p. 124).

Já no século XVII, no ano de 1621, Robert Burton (1577-1640) publicou o livro intitulado *The anatomy of melancholy*. Nessa monumental obra, esclarece que o nome da afecção deriva de sua causa material, a "*melano coli*", ou a "cólera negra", a bílis negra, conforme a classificação encontrada nos textos atribuídos a Hipócrates. Ele também explica a diferença entre a melancolia e a loucura: "[...] 'O medo e a tristeza' fazem-na se diferenciar da loucura. [...] O medo e a tristeza são os verdadeiros traços e os companheiros inseparáveis da maioria das melancolias, mas não de todas [...]" (BURTON, 2001, p. 170). Sobre o medo, afirma:

[...] Muitos efeitos lamentáveis são causados nos homens por esse medo, tais como ruborizar, empalidecer, tremer, suar; Ele traz calor ou frio repentino por todo o corpo, palpitações do coração, síncope, etc. Ele confunde muitos homens ao falarem ou se exibirem em assembléias públicas ou diante de grandes personagens; conforme Tully confessa sobre si mesmo, de que ele tremia paralisado no início de seus discursos; e Demósthenes, o grande orador da Grécia, frente a Philippus [...] Muitos homens ficam tão pasmados e atônitos com o medo, que eles sequer sabem onde estão, o que dizem, o que fazem e, o que é pior, ele os tortura muitos dias antes com terror e desconfiança. Ele impede os mais honoráveis esforços e faz seus corações doerem, tristes e pesados. Aqueles que vivem com medo

⁵ "[...] 'Fear and sorrow' make it differ from madness [...] Fear and sorrow are the true characters and inseparable companions of most melancholy, not all [...]" (BURTON, 2001, p. 170).

nunca são livres, resolutos, seguros e jamais estão alegres, mas em dor perene [...] (BURTON, 2001, p. 261-262).⁶

Ainda, segundo o autor, dentre as causas da melancolia, está o terror proveniente dos sentidos da visão e da audição, que são os mais terríveis: "Artemidorus, o filólogo, perdeu o juízo ao ver, inesperadamente, um crocodilo" (BURTON, 2001, p. 336)⁷; alguns homens entram em pânico pela visão de algum espectro, outros pela visão de uma ferida aberta, outros, ainda, pelo barulho estrondoso das batalhas e dos terremotos.

Mas o medo não é apenas causa, é também sintoma da melancolia. Alguns temem a morte, outros o demônio, algum perigo iminente, as perdas, as desgraças, andar sozinhos. Dentre os inumeráveis medos citados por Burton (2001, p. 386) como sintomas da melancolia, destacam-se:

Um terceiro não se aventura caminhar sozinho por medo de encontrar-se com o demônio, um ladrão, adoecer; teme todas as mulheres velhas como se fossem bruxas e todo cachorro ou gato negros que vê, pois suspeita⁸ serem o demônio; qualquer pessoa que dele se aproxima é maléfica; toda criatura pretende machucá-lo, aspira à sua ruína; outro não se atreve a passar em uma ponte, chegar perto de um lago, uma rocha, um precipício, antes, conservase deitado em um quarto trancado por medo de se sentir tentado a se projetar, afundar ou precipitar-se. Se ele está em um auditório silencioso, como em um sermão, tem medo de gritar alto, sem querer, alguma coisa indecente, inadequada de se dizer. Se ele está trancado em um cômodo fechado, teme sufocar pois deseja o ar e ainda carrega biscoitos, aquavital [...] por medo de desmaios ou doenças; [...] Alguns "temem ser queimados, ou que o chão irá afundar abaixo deles ou engoli-los rapidamente, ou que o rei irá

⁶ "[...] Many lamentable effects this fear causeth in men, as to be red, pale, tremble, sweat; it makes sudden cold and heat to come over all the body, palpitations of the heart, syncope, etc. It amazeth many men that are to speak or show themselves in public assemblies, or before some great personages; as Tully confessed of himself, that he trembled still at the beginning of his speech; and Demosthenes, that great orator of Greece, before Philippus [...] Many men are so amazed and astonished with fear, they know not where they are, what they say, what they do, and that which is worst, it tortures them many days before with continual affrights and suspicion. It hinders most honourable attempts, and makes their hearts ache, sad and heavy. They that live in fear are never free, resolute, secure, never merry, but in continual pain [...]" (BURTON, 2001, p. 261-262).

⁷ "Artemidorus the grammarian lost his wits by the unexpected sight of a crocodile" (Ibid., p. 336).

⁸ "A third dares not venture to walk alone, for fear he should meet de devil, a thief, be sick; fears all old women as witches, and every black dog or cat he sees he suspecteth to be a devil, every person comes near him is maleficiated, every creature, all intend to hurt him, seek his ruin; another dares not go over a bridge, come near a pool, rock, steep hill, lie in a chamber where cross-beams are, for fear he be tempted to hang, drown or precipitate himself. If he be in a silent auditory, as at a sermon he is afraid he shall speak aloud at unawares, something undecent, unfit to be said. If he be locked in a close room, he is afraid of beingstifle for want of air, and still carries biscuit, aquavital [...] for fear of deliquiums, or being sick; [...] Some are 'afraid to be burned, or that the ground will sink under them, or swallow them quick, or that the king will call them in question for some fact they never did' [...] 'and they shall surely be executed'" (Ibid., p. 386).

chamá-los devido a algo que eles nunca fizeram" [...] "e que eles serão seguramente executados" [...].

Na seara da Filosofia, as visões dos fenômenos humanos começavam, lentamente, também a mudar. Interessados no estudo da consciência e na relação desta com o mundo, os filósofos modernos começaram a descrever o que percebiam da subjetividade. Em 1689, o médico inglês John Locke (1632-1704) publicou o famoso livro *An essay concerning human understanding*.

Conforme sua convicção, as paixões são dependentes, ou seja, têm seu ponto de apoio principal nas idéias de prazer e de dor e naquilo que lhes dá origem, o bem e o mal. As paixões são: amor, aversão, desejo, êxtase, tristeza, esperança, medo, desespero, raiva, inveja. Dentre essas, o medo é definido como "uma inquietação da mente sobre o pensamento de um mal futuro provável de se abater sobre nós" (LOCKE, 1997, p. 218).9 Esse estado de inquietação (*uneasiness*) é a principal, se não a única, fonte para a industriosidade e as ações humanas. Assim sendo, o medo é também um agente promotor de mudanças.

Essa idéia do medo, como uma inquietação sobre um mal que está por acontecer, tornou-se comum no pensamento ocidental, e esse afeto passou a ser entendido como a antecipação do perigo, ou a preparação para ele.

Se, durante a Idade Média e parte da Idade Moderna, a Igreja Católica explorou o sentimento de medo como forma de controle ideológico e político, aos poucos, essa situação mudava. Enquanto perdurou essa influência da religião, os medos humanos estavam cristalizados na realidade exterior e no além: as diversas forças do mal, as bruxas e feiticeiras, o demônio, que assumia as mais diferentes formas, inclusive as de animais. Magia negra, encantamentos e ameaças sobrenaturais justificavam as fobias e os terrores dos ataques de pânico, assim como a possibilidade da danação na vida além-túmulo, amargurada no inferno de sofrimentos perenes, justificava as culpas pelos desejos e pelas ações no reino dos vivos. Mesmo no livro de Burton, embora ele já prepare um discurso naturalista dos medos humanos, ainda se encontram traços bastante destacados desses medos sobrenaturais cultivados pela religião.

Essa realidade, confortavelmente ameaçadora, poupava o indivíduo de se confrontar com seu próprio interior revolto, já que seus temores existiam

-

⁹ "Fear is an uneasiness of the mind, upon the thought of future evil likely to befall us" (LOCKE, 1997, p. 218).

concretamente numa natureza criada por Deus, mas dominada pelo diabo. A emergente visão científica e materialista da natureza transformou o mundo, até então espaço mágico, numa realidade quantificável e mensurável, sem a presença dos anjos e demônios.

Nessa perspectiva histórica, quando os anjos e os demônios desertaram da Terra, a subjetividade humana ganhou a cena e encarnou novos medos. Não mais o diabo ou as feiticeiras, não mais os encantamentos e feitiços, não mais o inferno, nem todas as ameaças sobrenaturais que pairavam sobre os seres vivos. A partir daí, o homem passou a ser o enredo que suscita o terror.

Dessa forma, desprovido da magia e dos rigores da religião, o intempestivo mundo interior perdeu seus antigos referenciais. O homem ficou sem ter a quem responsabilizar, culpar ou pedir clemência e tornou-se, pela primeira vez, o protagonista do bizarro e aterrador drama da vida. Segundo Corbin (2003, p. 565), na segunda metade do século XIX:

Após o traumatismo da Comuna, à medida que se dissolve pouco a pouco o medo da violência proletária, avoluma-se a presença do selvagem: o verdadeiro perigo brota agora das profundezas da pessoa. O monstro agacha-se no coração do organismo; pode irromper até no delírio da imaginação. É o retorno do ancestral, sempre compreendido como mórbido, que passa a constituir a mais angustiante ameaça.

A partir daí, o medo passa a se referir às ações do próprio homem e de seus incompreensíveis fenômenos orgânicos e psíquicos:

[...] Horripilantes casos de crimes, o parricida Pierre Rivière; a ogra de Sélestat que, em 1817, devora a coxa de seu filho após cozinhálo com couves brancas, tendo o cuidado de guardar um pedaço para seu marido; o vinhateiro Antoine Léger, que, em 1823, suga o coração da garotinha que acaba de desventrar atestam a proximidade entre o homem e a besta. Os pasquins se regalam com estas histórias cruéis que lançam uma luz sombria sobre as angústias da vida privada (Ibid.).

A compreensão do medo como uma característica natural do homem acompanhou essa longa história imaginária elaborada pela "civilização" ocidental. Ao longo do tempo, a cultura erudita, por intermédio de seus luminares, desconheceu esse caráter natural do medo e consagrou uma fórmula que equacionava o temor e

a covardia, de um lado, com a coragem e a bravura, de outro. As almas intrépidas, realizadoras das ações nobres e destemidas, encarnavam nos nobres, que valorizavam a coragem, principalmente a valentia militar, fonte de poder. Os humildes, ao contrário, estariam propensos à covardia, que revelava sua origem insignificante. Delumeau (2007, p. 40-41) assim se expressa sobre o assunto:

[...] O medo era então qualificado como o destino vergonhoso e ordinário — e, portanto, como legitimação da submissão — dos pobres. Estes, com a Revolução Francesa, conquistaram o direito à coragem. Mas o novo discurso ideológico copiou, a seu modo, o discurso antigo, camuflando o medo para exaltar o heroísmo dos humildes. A preocupação com a verdade psicológica teve, assim, dificuldade em abrir seu caminho, mas foi vencendo pouco a pouco. Dos *Contes* de Maupassant aos *Dialogues de Carmélites* de Bernanos, passando por *La Débâcle* de Zola, a literatura progressivamente deu ao medo seu verdadeiro lugar, enquanto a psiquiatria se debruçou sobre ele, a partir de então, com mais atenção.

A progressiva assunção da subjetividade no espaço público, e à medida que o real se tornava mais científico e natural, revelou, de forma transparente, um mundo interior no qual o desconforto da própria condição humana não encontrava mais espaço externo seguro onde se alojar. Paralelamente, os progressos da individuação dos cidadãos, em sociedades cada vez mais ordenadas hierárquica e economicamente, trouxeram aos indivíduos aquilo que Corbin (2003, p. 563) denominou "a elaboração de imagens de si mesmo". Nessa época de grande mobilidade social, como foi o século XIX na Europa, com a ascensão progressiva da burguesia pela via do trabalho, o estabelecimento de uma personalidade pública significaria a aceitação social ou a crítica alheia, o que poderia referendar ou ameaçar a conquista material, o prestígio e a notoriedade desejada. Essa nova condição do indivíduo no seio de uma coletividade organizada supostamente para protegê-lo, mas que, na verdade, o ameaçava, passou a ser uma fonte permanente de desconforto e de medo.

Antes disso, porém, no final do século XVIII, a crítica literária romântica forjou uma nova concepção da subjetividade, rompendo com uma tradição milenar que se iniciara com Platão e Aristóteles e fora resgatada pelo Renascimento, que concebia a mente como um espelho refletor das imagens de uma realidade indubitável. A nova "ideologia romântica", sustentada pelas inovadoras idéias estéticas e

filosóficas, firmou a concepção da mente como uma luz, um farol que iluminava a realidade, impregnando-a, ao mesmo tempo, com seu sentido humano. Assim sendo, as emoções que coloriam o mundo exterior, e ao mesmo tempo revelavam o interior, ganharam destaque e passaram a ser as condutoras da jornada do homem no mundo (ABRAMS, 1971).

Segundo Praz (1979), a literatura romântica apresenta, como um dos seus aspectos mais característicos, a sensibilidade erótica. Para o autor, em nenhum outro período literário, o sexo representou tanto a inspiração central para os trabalhos da imaginação e um dos aspectos mais particulares dessa literatura seria a educação da sensibilidade erótica. O mesmo acontecia com o tema da morte, tão caro aos escritores românticos e que se revestia de uma característica peculiar: longe de se tratar de uma discussão sobre a finitude humana, tratava-se da erotização da morte e um gosto acentuado pelo fúnebre. Esse apego à morbidez foi ilustrado, dentre outros, por Alexandre Dumas, em **A dama das camélias**, e por Gustav Flaubert, em *Madame Bovary*, romances nos quais sexo e morte se unem para criar um contexto que mistura o erótico com o macabro, numa imitação da vida e da revelação da inquietante disputa de forças travadas no interior do homem.

A pedagogia da nova sensibilidade erótica a que Praz se refere, entretanto, está longe daquela própria dos encontros amorosos entre um homem e uma mulher. Ela não diz respeito apenas ao desejo erótico que une dois seres de sexos opostos e aos sentimentos afetuosos daí decorrentes. A sensibilidade erótica refere-se aqui àqueles aspectos mais sombrios do sexo, aos sentimentos soturnos que as regras sociais reconhecem e, hipocritamente, forjam o banimento.

Essa face obscura do sexo é aquela à qual Freud denominou "perversões" em seu texto "Três ensaios sobre a teoria da sexualidade", de 1905. Neste, ele descreve a sexualidade infantil como auto-erótica, isto é, voltada para o próprio corpo da criança e esta, como um "perverso polimorfo". Essa denominação justifica-se e não carrega nenhuma carga de valor moral, com o deslocamento da energia sexual, a libido, pelas diferentes "zonas erógenas" do corpo e o tipo de comportamento erótico que essas acrescentam à sexualidade infantil. Assim, na fase anal, encontram-se os pares sadismo-masoquismo e na fase fálica, o exibicionismo-voyerismo.

Seriam, então, esses componentes da sexualidade humana, juntamente com outros comportamentos desviantes, tais como a prostituição, a infidelidade conjugal e a promiscuidade erótica, dentre outros, que estariam no cerne da inspiração

romântica, tanto da poesia quanto da prosa que se realiza após 1830. Para os escritores do período, os pares de opostos seriam amor e dor, sofrimento e terror, prazer e agonia. Essa literatura teria trazido à luz do dia as trevas da subjetividade, aquelas características do espírito até então confinadas nos subterrâneos obscuros da alma humana.

Essas aberrações românticas eram envolvidas em auras de tal inspiração estética que adquiriam elevação. Nessa literatura, destacam-se ideais masculinos e femininos de composição essencialmente mórbida que embalavam o imaginário popular da época e fazia das letras a porta-voz de desejos onipresentes, mas censurados pelos padrões sociais que estimulavam, até então, um comportamento público voltado para a dissimulação, numa sociedade de frágil aparência.

Historicamente, durante os séculos XVIII e XIX, o papel da mulher, no âmbito social, estava longe de ser o de uma figura alienada ou impotente frente aos fatos econômicos e políticos. Ao contrário, ela apresentava-se engajada em diferentes processos sociais, em que muitas delas empenharam a própria vida. Michaud (1999) destaca que, na contramão dessa realidade sócio-política na qual se inseria a mulher européia, a literatura do período explorou um ideal feminino que oscilava entre a dignidade máxima e a corrupção extrema, em que se misturavam a beleza e o horror de sofrimentos intermináveis. Um belo rosto de mulher escondia uma alma sombria, sinistra, à mercê de um ciclo ininterrupto de fatalidades. As personagens encarnavam damas definhando de amargura, mulheres tuberculosas em minueto macabro com a morte. Essa alienação das personagens femininas da realidade histórica revela que o horror e a desdita, explorados ao extremo, eram fontes de prazer estético para os autores do período romântico.

O ideal feminino, presente nas obras dos escritores do período, revelava uma mulher bela e sofredora, marcada pela melancolia e pelo desespero, vítima das paixões avassaladoras: um rosto angelical à beira do abismo. Uma imagem magnética que capturava o coração do autor e dirigia-lhe a mão que empunhava a pena. Sobre o tema, Praz (1979, p. 40) assim se expressa:

Lindas empregadas ou mendigas, feiticeiras sedutoras, negras fascinantes, prostitutas degradadas – todos esses temas que os escritores do século XVIII trataram com leve ânimo e com 'jeux d'esprit', serão encontrados novamente, mas impregnados com um gosto amargo da realidade nos autores românticos e, especialmente,

no poeta em quem a musa romântica destilava seu veneno mais sutil – Baudelaire.

Se a mulher se apresentava, então, como um ideal de beleza imerso em fatalidade, as personagens masculinas também são bafejadas pelo mal, inspiradas em um ideal satânico: o olhar revela tristeza e morte. Este herói decaído tem o encanto do rebelde indômito e a aparência empalidecida, denotando aparente fragilidade.

Constata-se, assim, que os medos da época estavam, na verdade, assentados no interior mais íntimo do indivíduo e, progressivamente, o mal que dali emanava foi se corrompendo, revelando uma crença imaginária que o terror seria decorrente da corrupção do homem, seja pela morte em vida, seja pela corrosão do caráter pela ciência ou pela criação de monstruosidades a partir da matriz humana. Atestam-no os romances do chamado período gótico, tais como *Dr Jekyll and Mr Hyde, Franckestein* e *Dracula*.

Sensualidade e terror, sexo e medo já estavam sobejamente evidentes na cultura popular quando Freud abriu seu consultório médico, naquele domingo de Páscoa, em abril de 1886, na *Rathauss Strasse*, em Viena; onde não se encontrava, de todo, alienado da magia, que retornava sempre no jogo semanal de Tarot.

Assim, após iluminar todos os arcanos, esse tenebroso afeto havia dado uma volta completa em torno da roda da fortuna: do terror e temor como rebentos da fúria e da luxúria que assombraram o mundo de Hesíodo ao medo como filho do sexo com a morte na literatura do século XIX. Faltava ainda o interesse da racionalidade pelo flagelo milenar, mas isso também não demorou muito mais. O medo, que cria histórias e visões assustadoras, foi, por fim, apreendido pelas malhas da episteme, da qual ainda não conseguiu se desvencilhar. Revestido de uma linguagem fria, peculiar às ciências, e desprovido da aura de sobrenaturalidade que o marcou pela passagem dos séculos, o medo suscita grande interesse e incontáveis pesquisas.

Para o psiquiatra francês, Christophe André (2007), sob o termo "medo", que é uma emoção fundamental, deve-se entender vários estados afetivos, tais como a ansiedade, a angústia, o susto e o pânico, dentre outros. O pânico, o susto e o terror são estados exacerbados de medo, que podem surgir tanto na presença quanto na ausência de seu objeto disparador. Sobre a ansiedade e a angústia, o autor comenta:

Assim, a *ansiedade* é um medo antecipado. Ela é a vivência associada à expectativa, ao pressentimento ou à proximidade do perigo. A *angústia* é uma ansiedade com vários sinais físicos. Ambos são medos "sem objeto": o perigo ainda não está presente, mas já se sente o medo (ANDRÉ, 2007, p. 25).

Essa visão do medo como uma antecipação não é nova. Já foram citadas anteriormente as opiniões de Sêneca e John Locke que convergem para essa visão de preparação para algo nocivo ao indivíduo.

Wolff (2007, p. 20) também mantém esse aspecto de antecipação no medo, mas, ao abordar o problema do ponto de vista filosófico, ele define que todo medo se origina do medo da morte, que é o medo por excelência. Esse é, então, um medo do futuro, do que está por vir:

[...] Temos medo, por definição, não do que acontece no presente, mas daquilo que vai acontecer, ou melhor, daquilo que *pode* acontecer, daquilo que pode *nos* acontecer – o medo sempre contém algo de incerto, ou até de desesperador, como diz Descartes. Ter medo é sentir no momento presente um desconforto em relação à idéia de que sofrerei – talvez – mais tarde de algum mal. O medo é um sentimento negativo *presente* causado pela idéia de um sentimento negativo *futuro* ou *potencial*.

O psiquiatra alemão, Fritz Riemann (1902-1979), membro da *Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie* de Munique, após sua formação psicanalítica, dedicou-se também ao estudo e à aplicação da Fenomenologia Existencial. Assim, ao desenvolver suas idéias a partir de seu trabalho clínico, ele escreveu, dentre outros, o livro *Grundformen der Angst*, título que pode ser traduzido por **As formas básicas do medo**.

Nessa obra, Riemann (2006, p. 8) comenta sobre o termo: "O medo¹º é sempre um sinal e um alerta de perigo, que traz consigo, concomitantemente, uma convocação, a saber, um impulso, de superação"¹¹ e destaca ainda que, embora esse seja um afeto universal e atemporal, ele assume as características da época mas que, independente da cultura, é sempre o mesmo afeto que subjuga o homem. Segundo o autor:

-

¹⁰ Angst.

¹¹ "Angst ist immer ein Signal und eine Warnung bei Gefahren, und sie enthalt gleichzeitig einen Aufforderungscharakter, nämlich den Impuls, sie zu überwinden" (RIEMANN, 2006, p. 8)

Há também o medo¹² independente da cultura e do grau de desenvolvimento de um povo ou de um indivíduo – o que ele altera é de um lado, meramente o objeto que, em dado momento, desencadeia o medo, e, por outro, o meio e a disposição de que lançamos mão para lutar contra ele. Assim, em geral, não temos mais medo de trovão nem de relâmpago; os eclipses do sol e da lua tornaram-se um espetáculo natural interessante e não mais uma experiência de medo, já que sabemos que eles não significam o desaparecimento definitivo desses astros nem um possível fim do mundo. Por outro lado, conhecemos medos que culturas anteriores não conheceram – temos medo, por exemplo, de bactérias, de novas doenças ameaçadoras, de acidentes de trânsito, da velhice e da solidão (RIEMANN, 2006, p. 8).¹³

Finalizando, esse afeto, universal em seu conteúdo, mas plural em sua forma, não deixou de atrair a atenção de Freud, que dedicou grande parte de sua obra à tentativa de encontrar uma teoria que justificasse a sua evidente importância na vida psíquica. Cumpre ressaltar que este trabalho é um retorno ao esforço de Freud e uma tentativa de resgatar o sentido profundo que essa emoção fundamental teve para ele.

-

¹² Angst

¹³ "Angst gibt es auch unabhängig von der Kultur und der Entwicklungshöhe eines Volkes oder eines Einzelnen – was sie ändert, sind lediglich die Angstobjekte, das, was jeweils die Angst auslöst, und anderseits die Mittel und Massnahmen, die wir anwenden, um Angst zu bekämpfen. So haben wir heute im Allgemeinen keine Angst mehr vor Donner und Blitz; Sonnen- und Mondfinsternisse sind für uns ein interessantes Naturschauspiel geworden, aber nicht mehr ein Angsterleben, denn wier wissen, dass sie kein endgültiges Verschwinden dieser Gestirne oder gar einen möglich Weltuntergang bedeuten. Dafür kennen wir heute Ängste, die frühere Kulturen nicht kannten – wir haben etwa Angst vor Bakterien, von neuen Krankheitsbedrohungen, vor Verkehrsunfällen, von Alter und Einsamkeit" (RIEMANN, 2006, p. 8).

2 ANGST: VOCÁBULO PERDIDO

Certo dia, durante as aulas do curso de doutorado, no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, o professor Carlos Alberto Plastino comentou que "ser fiel a Freud é ir além de Freud". Este não era, entretanto, um comentário contestatório, ou, ainda, uma tentativa de depreciar ou banalizar a construção freudiana. Pelo contrário, era, antes, uma invocação para trabalhar uma obra aberta e fonte de sentidos sempre renovados. Era também o testemunho de que o legado monumental do gênio fundador da psicanálise era o marco de fundação de um campo de pesquisa que impunha sempre novas explorações e novos descobrimentos, ainda que isso custasse a indicação das hesitações e dos equívocos de seu descobridor, sem, por isso, alterar em nada o respeito e o reconhecimento de sua importância.

De fato, não há nada de contestatório na assertiva de que uma obra teórica, elaborada ao longo de mais de 45 anos, apresente incoerências e que sua análise criteriosa revele, dentre outras coisas, o apego que Freud mantinha por certos conceitos que, a partir de certo momento, teriam perdido seu sentido, mas dos quais ele jamais conseguiu se desvencilhar.

Assim sendo, cabe ao estudioso da psicanálise a execução desse trabalho minucioso de, partindo do texto de Freud para a clínica e desta retornando ao texto, entabular uma interlocução entre a teoria e a prática que seja reveladora de novas possibilidades de elucidação de pontos obscuros retidos na fonte teórica e, se possível, encontrar os esclarecimentos, ou as hipóteses mais viáveis, que permitam revelar uma nova contribuição.

Este trabalho tem, assim, a pretensão de ir "além de Freud", mas dentro do continente que ele mesmo demarcou e, ainda, contestar Freud a partir de sua própria obra, a fim de realçar sua descoberta mais importante.

Fez-se, então, necessário apresentar, neste estudo, uma revisão dos conceitos de "neurose de medo" (*Angstneurose*) e de "histeria de medo" (*Angsthysterie*), com o intuito de destacar a extensão do processo defensivo. Para atingir esse objetivo, foi necessário lutar contra a tradução errônea de alguns termos empregados por Freud, dentre esses, o vocábulo "*Angst*" que, em português, significa medo, mas que foi vertido para "ansiedade", "angústia" e "medo".

Importa destacar, sobre a tradução da obra de Freud, que o trabalho de James Strachey para a *Standard Edition* inglesa implicou um esforço grandioso e meritório. Seus comentários e notas de rodapé comprovam seu empenho e, em algumas passagens, ele próprio registra seu desagrado quanto à tradução. Não se trata, então, de apontar defeitos nem culpabilidades. Os problemas decorrentes de seu trabalho precisam e devem ser considerados e superados.

De fato, a tradução dos escritos de Freud tem merecido críticas severas. Bruno Bettelheim (1982) foi um dos primeiros a apontar as mazelas da edição inglesa. Em seu livro **Freud e a alma humana**, esse autor denuncia os inúmeros erros crassos presentes na versão de Strachey. Ele acredita que os graves equívocos que ali se encontram foram cometidos intencionalmente, com o objetivo de circunscrever a prática da psicanálise no domínio da medicina e destaca a necessidade de se resgatar o pensamento profundamente humanista de Freud que ficou perdido na abordagem fria, distante e enganadora da versão inglesa.

A Standard Edition brasileira também tem recebido incontáveis críticas e apresenta, de fato, erros grosseiros, alguns irrelevantes, outros de grande importância. Kemper (1997, p. 71) analisou os problemas de tradução de ambas as edições, conforme se pode ler em seu livro **Standard Freud**: uma avaliação crítica, do reducionismo nas edições da obra freudiana. Esse autor destaca dois aspectos importantes da edição inglesa. Em primeiro lugar, coloca em evidência o empenho de Ernest Jones de, intencionalmente, transformar a psicanálise em uma ciência biológica, restrita à área médica. Sobre isso, esclarece:

O reducionismo biológico de Jones é paradigmaticamente ilustrado em seu trabalho de 1930, *Psicanálise e biologia*, lido no Segundo Congresso Internacional de Pesquisa sobre Sexualidade para uma audiência constituída basicamente por biólogos. Nele, Jones afirma que a psicologia deve ser considerada como uma parte da biologia e a obra de Freud, a psicanálise, como uma contribuição para a biologia comparável em importância apenas à de Darwin.

Em segundo lugar, afirma que a *Standard Edition* inglesa seria, na verdade, uma interpretação de Freud, uma visão reducionista e materialista, da qual tanto Ernest Jones quanto James Strachey eram defensores. Com relação à edição brasileira, destaca que esta, além de perpetuar os equívocos da versão inglesa, ainda comete falhas tão graves de tradução que não só empobrecem o texto, como também comprometem seu entendimento.

Na primeira edição brasileira, de fato, freqüentemente, depara-se com os inúmeros problemas decorrentes de uma publicação descuidada, sem a consulta ao texto em seu idioma original. Algumas vezes, encontram-se, até mesmo, passagens pitorescas decorrentes da negligência com que o texto foi apresentado. Assim, por exemplo, ao descrever a mãe de seu paciente, que ficou conhecido como o "Homem dos ratos", Freud (1999, p. 419, v. VII) escreveu no texto em alemão: "[...] Sua mãe foi criada, como parente distante, em uma abastada família, que dirigia uma grande empresa industrial." A versão brasileira dessa passagem ficou assim: "[...] Sua mãe foi educada numa família saudável com a qual ela se relacionava com certa distância. Essa família administrava uma grande empresa industrial" (FREUD, 197-?, p. 201, v. X). Como se pode verificar, uma aberração! Outros equívocos, entretanto, são graves, como no caso da tradução da palavra *Angst*, cuja versão apropriada é de interesse fundamental para o presente trabalho.

Deve-se, entretanto, isentar os primeiros tradutores de Freud de grandes responsabilidades neste particular, afinal, é bem possível que tenha sido ele próprio o responsável, pelo menos em parte, pela confusão que se estabeleceu em torno desse termo.

Em 1895, Freud (1976, p. 86, v. III) publicou, em francês, um de seus três artigos escritos naquele idioma. O texto em questão é "Obsessões e fobias: seu mecanismo psíquico e sua etiologia." Conforme esclarece o editor inglês, Freud empregou termos franceses para substituir várias palavras alemãs. Dentre esses, aparecem *angoisse* (angústia), *anxieté* (ansiedade) e *peur* (medo) para o vocábulo alemão "Angst". É bem possível que esteja aí a principal origem do problema, pois, fundamentados pelo próprio texto freudiano, os tradutores puderam aplicar os termos "angústia" e "ansiedade" como equivalentes de *Angst*.

Evidencia-se que, a partir de 2006, a Imago Editora tem dirimido os erros da primeira edição, publicando uma nova versão, desta vez, diretamente do alemão, sob a coordenação de Luiz Alberto Hans. Sobre a tradução do vocábulo alemão em

questão, ele esclarece, na erudita apresentação que faz ao ensaio "Além do princípio do prazer", de Freud (2006, p. 133-134), que a versão correta do vocábulo é "medo" e acrescenta:

Seja qual for o termo que se opte por empregar na tradução, é importante que o leitor tenha presente que em *Angst*, mesmo quando se trata de um medo vago e antecipatório, ocorre um estado de prontidão reativa, visceral e intensa. Trata-se de um afeto vinculado à sensação de perigo e que pode transformar-se em fobia e em pavor. Todos, aspectos com implicações teóricas e clínicas de amplo alcance. Isto vale tanto para a primeira como para a segunda teoria freudiana de *Angst*.

É, pois, esse sentido de *Angst* como medo, em suas várias manifestações frente a qualquer tipo de perigo, interno ou externo, que se pretende resgatar e discutir neste trabalho.

2.1 O termo angst

Encontram-se, na obra freudiana, fora o uso coloquial da palavra, duas concepções diferentes sobre a origem e a função do medo. Este é ou decorrente de uma energia fisiológica descarregada diretamente, ou resultante do recalque da libido psíquica, a teoria econômica; ou, ainda, a idéia final de Freud, um sinal para a defesa psíquica, a teoria estrutural desenvolvida em "Inibições, sintomas e ansiedade" (FREUD, 1976, v. XX).

No início de sua teorização, Freud parece não ter sentido a necessidade de formalizar um termo que se referisse ao sentimento de temor que seus pacientes relatavam e que não havia sido desencadeado por qualquer tipo de ameaça, de perigo concreto. A experiência subjetiva vivida pelos que o procuravam em estado de padecimento psicológico indicava o sentimento de uma ameaça que estava longe de existir. Esse medo, desprovido de sentido concreto, impunha uma explicação incontestável com sua condição irreal. Ele atribuiu-o, então, a uma vicissitude do ou da deflexão direta da libido ou como fruto do recalque. Uma vez que o afeto em questão não passava de um subproduto do recalque, ele não possuía o lugar fundamental que viria ocupar mais tarde. Como tal, não envolvia o estabelecimento de um termo técnico.

Assim sendo, em sua teorização, Freud passou a fazer uso, de maneira sistemática, do termo alemão "Angst" (medo) como forma de descrever esse temor sem causa aparente; mas também recorria a sinônimos ou palavras de sentido aproximado, sem qualquer explicação, para se referir a essas vivências amedrontadoras, sempre tão presentes em sua clínica médica. Dessa maneira, ele empregou diferentes vocábulos de significado semelhante, tanto quando se referia ao afeto suscitado pelas situações de perigo concreto quanto pelo proveniente do produto do recalque da libido. Daí o reaparecimento constante de palavras, tais como "Furcht" (temor) e o uso do verbo "bangen" (temer, recear) e "Befürchtung" (temor, esperar pelo pior), por exemplo. No texto que escreveu em francês, já citado anteriormente, ele também não definiu um termo único para se referir ao afeto desencadeado pelas situações temerosas e empregou palavras como "angoisse", "anxieté" e "peur".

Um ótimo exemplo desse fato encontra-se no caso clínico de Frau Emmy von N., de seus **Estudos sobre a histeria** (BREUER; FREUD, 1974, p. 132 a 135, v. II), de 1895, no qual ele usa, indiscriminadamente, as palavras *Angst* (medo) e *Furcht* (temor). É, realmente, intrigante esse uso aparentemente displicente que ele faz nessa história clínica. Nesse mesmo ano, havia sido publicado também, em 15 de janeiro, "Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada 'neurose de angústia'" (FREUD, 1976, v. III), no qual ele havia definido que a *Angst*, o medo, seria fruto da energia sexual somática que não havia encontrado ligação psíquica. Assim, seria de se esperar que essa afirmação se constituísse numa teoria estabelecida. Mas, isso não se deu. Na história de Frau Emmy Von N., ao tratar dos sintomas fóbicos da paciente, que ele mesmo atribuiu a uma parcela de "neurose de medo" (*Angstneurose*), Freud emprega tanto a palavra *Angst* quanto *Furcht*.

Segundo seu relato, destacavam-se, nesse caso, inúmeras fobias no quadro neurótico da paciente, que ele entendeu serem aquelas "primárias dos seres humanos" e que ganharam relevo tanto em decorrência de vivências emocionais traumáticas quanto de experiências afetivas dolorosas. Assim sendo, a paciente apresentava: medo de animais (die Tierfucht), medo de tempestades (die Gewitterfurcht), temor de sapos (die Furcht von Kröten), medo de nevoeiro (die Furcht von Nebel), medo de asilos (die Angst vor dem Irrenhause), "[...] Seu medo¹⁴

¹⁴ Angst.

altamente específico de que alguém estivesse atrás dela foi determinado por um grande número de experiências apavorantes na mocidade e depois" (BREUER; FREUD, 1974, p. 133, v. II).

Pelo menos até a época em que escreveu o texto "Notas sobre um caso de neurose obsessiva" (1909), no qual ele trata do caso clínico do "Homem dos ratos" essa situação se mantém (FREUD, 197-?, p. 157- 317, v. X). Nesse texto, Freud utiliza duas palavras para se referir ao estado afetivo do paciente quando sanções apareceram, com o intuito de sustar seus pensamentos, desejos e ações: Befürchtung (medo, expectativa que algo ruim aconteça, temor) e Angst (medo). A leitura do texto em alemão não deixa dúvidas de que o que ele tinha em mente era uma experiência de natureza temerosa e não o estabelecimento de um termo técnico rígido.

Inicialmente, a fim de se contestar a hipótese aqui apresentada, poder-se-ia conjeturar que, no caso clínico em questão, Freud empregasse o termo *Befürchtung* (medo, temor), como um sentimento comum, anterior ao recalque. Entretanto, isso não se dá, pois, para ele, a *Befürchtung* também era decorrente do recalque:

([...] antes de a criança haver chegado à idade de seis anos), houve conflitos e repressões que foram surpreendidos pela amnésia, mas que deixaram atrás de si, como um resíduo, o contexto particular desse medo obsessivo)¹⁵ (FREUD, 197-?, p. 169, v. X).

Poder-se-ia, também, então, presumir que Freud emprega o termo *Befürchtung* para o período da infância do paciente. Este, entretanto, não é o caso. Ao se referir à sua vida adulta, ao seu medo obsessivo de que o castigo do rato seria impingido a seu pai, Freud (197-?, p. 172, v. X) afirma: "[...] Como seu pai havia falecido muito anos antes, esse medo obsessivo¹⁶ era muito mais disparatado."

Essa Zwangsbefürchtung, que assolava o paciente em sua infância quando ele tinha intensos desejos escopofílicos e se apresentava como medo da morte de seu pai, é que agia como o afeto forjador de uma sanção ao desejo do garoto de olhar mulheres nuas.

¹⁵ "Wenn wier anderswo gewonnene Einsichten auf diese Fall von Kinderneurose anwenden, so müssen wir vermuten, dass auch hier, also vor dem 6. Jahre, traumastiche Erlebnise, Konflikte und Verdrängungen vorgefallen sind, die selbst der Amnesie verfielen, aber als Residuum diesen Inhalt der Zwangsbefürchtung zurückgelassen haben" (FREUD, 1999, p. 390, v. VII).

¹⁶ "[...] Da sein Vater vor vielen Jahren gestorben ist, diese Zwangsbefürchtung also noch viel unsinniger ist als die erste, versuchte sie sich noch eine Weile vor dem Eingeständnis zu Bergen" (Ibid., p. 393).

Na explicação que dá ao paciente, quando comenta sobre seu medo obsessivo em relação à morte de seu pai, Freud (197-?, p. 183, v. X)¹⁷ esclarece:

> [...] Esses pensamentos surpreenderam-no muito, de vez que ele estava bem seguro de que a morte de seu pai jamais poderia ter sido objeto de seu desejo, mas apenas de seu medo [...] eu lhe disse, todo medo correspondia a um desejo primeiro, agora reprimido; por consequinte, éramos obrigados a acreditar no exato contrário daquilo que ele afirmara.

Nessa citação, Freud equipara Angst a Befürchtung, isto é, um sentimento de temor, de apreensão.

A versão da palavra *Angst* para outros idiomas causou inúmeros problemas. Ao tratar da tradução desse termo para o inglês *Anxiety*, em um apêndice localizado ao final do artigo "Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada 'neurose de angústia'", de 1895, de Freud (1976, p. 137, v. III), James Strachey ressalta:

> [...] Embora acentue o elemento antecipatório e a ausência de um objeto em 'Angst', as distinções que esboça não são inteiramente convincentes, e seu uso real está longe de obedecer-lhes invariavelmente. E isso é pouco surpreendente, de uma vez que 'Angst' é uma palavra usada comumente na fala alemã usual, não sendo de forma alguma exclusivamente um termo técnico psiguiátrico. Pode ocasionalmente ser traduzido por gualquer uma da meia dúzia de palavras inglesas igualmente comuns - 'fear' ('medo'), 'fright' ('pavor'), 'alarm' ('sobressalto') e assim por diante -, sendo, portanto, muito pouco prático fixar um único termo inglês como sua única tradução.

Strachey destaca, ainda, que o termo foi também empregado por Freud num sentido puramente psiquiátrico, especialmente nos casos de "Angstneurose" (neurose de medo) e "Angstanfall" (ataque de medo). Nesses casos, foi necessário o emprego de um termo em inglês que atendesse a esse uso específico da palavra. Denotando desagrado com a escolha do termo "anxiety" adotado pela tradução, escreveu:

¹⁷ "[...] Er verwundere sich sehr über diese Gedanken, da erganz sicher sei, der Tod des Vaters nur eine Befürchtung [...] Die Theorie behaupte dass solche Angst einen ehemaligen, nun verdrängten Wunsch entspreche, so dass man das gerade gegentail von seine Beteuerung annhemen müsse" (FREUD, 1999, p. 403, v. VII).

[...] A palavra universalmente, e talvez infelizmente, adotada com tal objetivo tem sido 'anxiety' ('ansiedade') – infelizmente, já que 'anxiety' tem também um sentido corrente, o qual só muito remotamente tem conexão com qualquer dos usos do alemão 'Angst' (FREUD, 1976, p. 137, v. III).

Apenas na lição XXV de suas **Conferências introdutórias sobre psicanálise**, de 1916-1917, Freud sentiu necessidade de, pela primeira vez, tentar definir um termo específico para designar aqueles estados temerosos que assolam os pacientes nas mais diferentes situações de vida.

2.2 O conteúdo da angst

No início de suas pesquisas clínicas, quando seus pacientes lhe traziam histórias de vida permeadas por um medo que ora se manifestava na forma de ataques de pânico, ora se fazia presente de maneira crônica e insidiosa, Freud viuse forçado a elaborar uma teoria sobre esse afeto, o qual, além de causar sofrimento psíquico, envolvia importantes reações fisiológicas. Nesses casos, não se tratava apenas de uma dor psíquica, como ele diria anos mais tarde sobre o sentimento de luto.

A teoria da *Angst* (do medo) defendida por Freud a partir de "Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada 'neurose de angústia'", de 1895, era aquela, segundo a qual, esse afeto seria decorrente da deflexão da energia sexual livre, isto é, da energia não ligada psiquicamente. Assim sendo, estaria sujeito às mesmas leis que caracterizavam a energia libidinal, isto é, poderia se apresentar na forma de energia livre, ligada na forma de sintomas fóbicos ou variar de acordo com o quadro clínico em questão.

Já em **A interpretação dos sonhos**, de 1900, a explicação de como surge a *Angst* se torna mais complexa. Ela passa a ser resultante de dois processos: um, fisiológico, no qual a libido não ligada psicologicamente seria descarregada pelas vias neurônicas e motoras na forma de medo; o outro seria proveniente do recalque da libido já ligada psiquicamente. Ao separar a idéia do afeto, esse último sofreria

uma vicissitude dupla: de um lado, formaria o sintoma; de outro, manifestar-se-ia na forma de medo.

A qualidade de energia pulsional deu à Angst as suas principais características nesse momento do pensamento freudiano: ela era, então, uma energia livre que ou não teria se ligado psiquicamente, ou teria sido "desligada" pelo recalque; não possuiria objeto próprio devido à sua plasticidade energética e se manifestaria quantitativamente.

A definição que Freud elaborou, poucos anos mais tarde, sobre as características do impulso libidinal, esclarece o que ele já tinha em mente nesse momento. Em seu "Três ensaios sobre a teoria da sexualidade", de 1905, pode-se ler:

> [...] Por 'instinto'18, deve-se entender provisoriamente o representante psíquico de uma fonte endossomática e contínua de excitação em contraste com um 'estímulo', que é estabelecido por excitações simples vindas de fora. O conceito de instinto é assim um dos que se situam na fronteira entre o psíguico e o físico. A mais simples e mais provável suposição sobre a natureza dos instintos¹⁹ pareceria ser que, em si, um instinto não tem qualidade e no que concerne à vida psíquica deve ser considerado apenas como uma medida da exigência de trabalho feita à mente. O que distingue os instintos²⁰ um do outro e os dota de qualidades específicas é sua relação com suas fontes²¹ somáticas e com seus objetivos²². A fonte de um instinto é um processo de excitação que ocorre num órgão e o objetivo imediato do instinto consiste na eliminação deste estímulo orgânico (FREUD, 1972, p. 171, v. VII).

Como o impulso libidinal, por sua natureza energética, não tem objeto, esse pode variar. Segundo Freud (Ibid., p. 136):

> [...] Chamaremos a pessoa de quem procede a atração sexual de objeto sexual e o ato a que o instinto conduz, de objetivo sexual. A observação científica cuidadosa mostra, porém, que ocorrem desvios numerosos, tanto em relação ao objeto, como ao objetivo sexual.

Assim sendo, constata-se que, como vicissitude da pulsão libidinal, a Angst apresentava, tal qual o impulso, uma fonte somática, daí poder ser apenas a energia

¹⁸ Trieb.

¹⁹ Trieb.

²⁰ Trieb.

²¹ Quellen.

²² Zielen.

fisiológica não ligada; um fator quantitativo e caracterizava-se por não possuir um objeto específico que a suscitasse.

O medo [Angst] acompanhava de tal forma os relatos de seus pacientes que, para tentar entender essa onipresença, com o passar dos anos e o amadurecimento de seu trabalho clínico e teórico, Freud formulou os conceitos de "neurose de medo" (Angstneurose); "histeria de medo" (Angsthysterie), na qual ele incluiu as fobias e a hipótese das "neuroses mistas", isto é, a histeria e a neurose obsessiva que, além da sintomatologia própria, exibiam também sinais de "neurose de medo", já que a emoção do temor se destacava juntamente com os demais sintomas.

Essa teoria das "neuroses mistas" faz a sua primeira aparição ainda bastante cedo, em "As neuropsicoses de defesa", de 1894, quando ele, então, assim a definiu:

Talvez não seja supérfluo indicar que os três métodos de defesa aqui descritos, e juntamente com eles as três formas de doença que lhes correspondem, podem encontrar-se combinados em uma mesma pessoa. O aparecimento simultâneo de fobias e sintomas histéricos, freqüentemente observado na prática, é um dos fatores que dificultam separar nitidamente a histeria das outras neuroses, e que tornam necessária a postulação da categoria de 'neuroses mistas' (FREUD, 1976, p. 73, v. III).

Independente das explicações formuladas naquele momento, é digno de nota o fato de que ele havia registrado que os sintomas neuróticos podem se manifestar acompanhados de fobias, cujo afeto é o medo.

Com relação ao significado da palavra *Angst*, em pelo menos três de seus textos, Freud procurou estabelecer uma distinção semântica entre o vocábulo *Angst* e outros que lhe estão relacionados, como *Schreck* e *Fürcht*: na Conferência XXV, de 1916-1917, em "Além do princípio do prazer", publicado em 1920, e em "Inibições, sintomas e ansiedade", de 1926. Em cada uma dessas ocasiões, entretanto, ele abordou essa discussão com objetivos diferentes.

É fundamental para a compreensão do pensamento freudiano, nessa etapa de sua teorização sobre a *Angst*, ter-se em mente que essa hipótese do medo, como uma energia somática livre ou psíquica desligada do representante ideacional pela ação do recalque, é uma teoria "econômica", como o próprio Freud classificará anos mais tarde. Assim sendo, o que é relevante é o componente energético desse impulso libidinal, que sofrerá vicissitudes diversas.

Sobre a diferenciação que faz entre as palavras Angst, Furcht e Schreck, Freud (1976, p. 461, v. XVI)²³ afirma na Conferência XXV de suas **Conferências** introdutórias sobre psicanálise:

> Evitarei aprofundar-me na questão de saber se nosso uso idiomático quer significar a mesma coisa, ou algo nitidamente diferente, com a palavra 'Angst [ansiedade]', 'Furcht [medo]' e Schreck [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. Parece que 'Schreck', por outro lado, tem sentido especial; isto é, põe ênfase no efeito produzido por um perigo com o qual a pessoa se defronta sem qualquer estado de preparação para a ansiedade. Portanto, poderíamos dizer que uma pessoa se protege do medo por meio da ansiedade.

A questão de relacionar esses estados afetivos Angst, Furcht e Schreck a objetos seria totalmente desnecessária em relação à "Angst", uma vez que, por definição, esta se caracteriza por ser ou uma energia livre ou fruto do recalque. Isto quer dizer que esse afeto não teria relação direta com nenhum objeto, já que sua característica fundamental é a ausência de um objeto próprio e uma predisposição radical de se ligar.

Na Conferência XXV, o que Freud pretende, então, é outra coisa. Ele está preocupado, na verdade, não em definir um objeto causa desse afeto, mas destacar a relação do medo real com o medo neurótico e, consequentemente, distinguir três estados emocionais que, embora sejam semelhantes na forma, são dissimilares em seus conteúdos, visto serem decorrentes de três situações distintas.

Como não poderia deixar de ser, o que é aceito de maneira incontestável é que o temor – Furcht – refere-se a uma ameaça real e, assim sendo, possui objetos que desencadeiam essa reação. Um leão, por exemplo, é um objeto que desencadeia o temor. Não depende de nenhuma vicissitude energética para isso: diante da fera, o temor irrompe incontinente. Consequentemente, ele é considerado um medo concreto suscitado por um perigo real; por isso, Freud inicia sua discussão, tratando do "medo realístico", a Realangst, e prossegue sua argumentação tendo essa categoria como referência. Esse afeto seria, então, uma

²³ "Ich vermeide es, auf die Frage näher einzugehen, ob unser Sprachgebrauch mit Angst, Furcht, Schreck das Nämliche oder deutlich Verschiedenes bezeichnen will. Ich meine nur, Angst bezieht sich auf den Zustand und zieht vom Objekt ab, während Furcht die Aufmerksamkeit gerade auf das Objekt richtet. Schreck scheint hingegen einen besonderen Sinn zu haben, nämlich die Wirkung einer Gefahr hervorzuheben, welche nicht von einer Angstbereitschaft empfangen wird. So dass man sagen könte, der Mensch schütze sich durch die Angst vor dem Schreck" (FREUD, 1999, p. 410, v. XI).

reação à percepção de um perigo, quando então uma pessoa se prepara para fugir ou lutar. É uma manifestação do "impulso de autopreservação".

Por essa época, como se pode perceber, para Freud a *Realangst* é completamente diferente do medo neurótico, já que esse último é decorrente do recalque da pulsão libidinal, que se transforma, assim, em energia livre que pode ou se ligar a objetos ou a situações da realidade e se transformar em fobias ou, ainda, manifestar-se junto a sintomas neuróticos ou na forma de ataques. Ao contrário do medo realístico – que possui um objeto que o suscita, isto é, uma fonte de estímulo externo na forma de qualquer perigo concreto – a *Angst* possui uma fonte endógena, não depende de nenhum objeto para suscitá-la. É resultado ou de um processo orgânico ou resultado da defesa psíquica e independe da situação externa.

O susto, *Schreck*, por sua vez, é o estado em que uma pessoa se encontra quando não se preparou e sofreu um medo aterrador, enfim, uma situação traumática.

O texto em português citado anteriormente apresenta um erro de tradução importante. Em vez de "[...] uma pessoa se protege do medo por meio da ansiedade", deveria ser "[...] uma pessoa se protege do susto²⁴ mediante o medo²⁵"; esta última, sim, está de acordo com a idéia de medo como defesa contra o susto, que Freud desenvolve em seu texto e que já prepara e antecipa a sua reflexão para "Além do princípio do prazer". Já nesse ensaio de 1920, ele retoma as possíveis diferenças entre os termos em questão:

[...] 'Susto', 'medo' e 'ansiedade' são palavras impropriamente empregadas como expressões sinônimas; são, de fato, capazes de uma distinção clara em sua relação com o perigo. A 'ansiedade'²⁶ 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. Não acredito que a ansiedade possa produzir neurose traumática, nela existe algo que protege o seu sujeito contra o susto e, assim,

²⁵ Angst.

²⁶ Angst.

²⁴ Schreck.

contra as neuroses de susto (FREUD, 1976, p. 23-24, v. XVIII).²⁷

Essa segunda distinção empreendida por Freud é bastante intrigante. Embora se assemelhe à anterior, sua ênfase não recai em Angst, a energia livre, fruto do recalque. Nesse caso, a tônica se encontra em Schreck, no susto, que causa a neurose traumática. Esse é o ponto principal e a discussão girará em torno da "compulsão à repetição", cuja função seria repetir de maneira imperiosa o evento traumático, a fim de colocá-lo sob o domínio do "princípio do prazer" quando, então, poderia ser absorvido pelos processos psíquicos.

Com relação ao conceito de *Angst*, ela é, ainda, definida como uma energia livre, não tendo qualquer dependência da realidade externa e dos objetos concretos. Ela pode se ligar e virar uma fobia, mas o afeto é suscitado não pelo objeto.

Além dessa antiga definição, percebe-se aqui um outro sentido para o termo, pois ele já apresenta um aspecto de preparação para o perigo, o que indica uma antecipação da futura teoria da Angst como sinal de defesa, apresentada por Freud em 1926, em "Inibições, sintomas e ansiedade". Pode-se perceber, assim, que o próximo passo já estava sendo preparado por Freud.

2.3 A hipótese final

A hipótese definitiva elaborada por Freud (1976, p. 114, v. XX) sobre a Angst apareceu em 1926, quando ele próprio critica a antiga teoria econômica:

> [...] O problema de como surge a ansiedade²⁸ em relação com a repressão pode não ser simples, mas podemos legitimamente apegar-nos com firmeza à idéia de que o ego é a sede real da ansiedade²⁹, e abandonar nosso ponto de vista anterior de que a

²⁹ Angst.

²⁷ "[...] Schreck, Furcht, Angst werden mit Unrecht wie Synonyme Ausdrücke gebraucht; sie lassen sich in ihrer Beziehung zur Gefahr gut auseinanderhalten. Angst bezeichnet einen gewissen Zustand wie Erwartung der gefahr und Vorbereitung auf dieselbe, mag sie auch eine unbekannte sein; (grifo meu) Furcht verlangt ein bestimmtes Objekt, vor dem man sich fürchtet; Schreck aber bennent den Zustand, in den man great, wenn man in Gefahr kommt, ohne auf sie vorbereitet zu sein, betont das Moment der Überraschung. Ich glaube nicht, dass die Angst eine traumatische Neurose erzeugen kann; an der Angst ist etwas, was gegen den Schreck und also auch gegen die Schreckneurose schützt" (FREUD, 1999, p. 10, v. XIII).

²⁸ Angst.

energia catexial do impulso reprimido é automaticamente transformada em ansiedade³⁰.

Mas, isso não é tudo. Ele se propôs, ainda, a explicar o passo dado e justificar o abandono da antiga teoria. Estava respaldado pelas descobertas da década de 1920, em especial a segunda tópica de 1923, apresentada em **O ego e o id** (FREUD, 1976, v. XIX). Continuando a argumentação em **Inibições, sintomas e ansiedade**, ele afirma:

Isto nos leva a outra questão: como é possível, de um ponto de vista econômico, que um mero processo de retirada e descarga, como a retirada de uma catexia do ego pré-consciente, produza desprazer ou ansiedade, visto que, de acordo com nossas suposições, o desprazer e a ansiedade podem surgir somente como resultado de um aumento de catexia? A resposta é que essa seqüência causal não deve ser explicada de um ponto de vista econômico. A ansiedade não é criada novamente na repressão; é reproduzida como um estado afetivo de conformidade com uma imagem mnêmica já existente (FREUD, 1976, p. 114, v. XX).

Assim sendo, o ego passa a usar a energia de que dispõe para acionar o sinal de desprazer que é o medo. A imagem *mnêmica* a qual Freud se refere seria o nascimento. Ele irá explorar esse ponto profundamente nesse seu texto.

A nova teoria da *Angst* não é bem aceita ainda hoje. A hipótese antiga, segundo a qual a *Angst* seria uma energia livre, proveniente do recalque da pulsão sexual e, assim, disponível para se ligar a qualquer objeto, sempre pareceu ser mais profícua teoricamente do que a posterior. Laplanche (1987, p. 141-142), por exemplo, assim se manifesta sobre esse assunto:

Para concluir, sublinharei que a introdução do ego na teoria da angústia, em *Inibições, Sintomas e Ansiedade*, é essencial. Impunhase uma reformulação como essa, culminando na tese de que o ego é o verdadeiro *lugar da angústia*. Mas daí a dizer-se que o ego seja o *produtor da angústia* há um passo que não estou preparado a dar; não mais do que a propor a distinção, como Freud por vezes fez, entre uma angústia do id e uma angústia do ego, o que me parece ser o próprio modelo do absurdo [...].

Não vejo que se faça necessário, para introduzir as concepções tópicas, distinguir uma angústia do ego e uma angústia do id. Eu diria antes que toda angústia provém do id e se produz no ego. A angústia (para dar aqui algumas formulações apressadas) seria então o ego

³⁰ Angst.

entregue à pulsão, transbordado por ela, como o bebê – que não tem ainda ego mas que é o ego – é entregue ao transbordamento da energia interna. A angústia é, por conseguinte, o ego entregue ao ataque interno ou, melhor dito, ao ataque interno-externo; algo que se pode imaginar como implantado em sua casca, a que ele não pode fugir e que ele deve, bem ou mal, tentar assumir, e que e é a pulsão.

O que Laplanche descreve, na verdade, é uma situação traumática: o ego é violentamente invadido pelas pulsões. O medo, a *Angst*, seria, exatamente, o alerta que o ego emite quando se sente ameaçado por uma situação de tal monta. Para evitar o trauma, o ego produz o medo.

A idéia de uma invasão traumática de intensas cargas pulsionais que leva o ego a uma atitude defensiva já estava presente no pensamento de Freud muito antes de tratar do assunto, de forma ampliada, em "Inibições, transtornos e ansiedade." Em carta de 18 de fevereiro de 1919, ele respondeu a Ernest Jones sobre algumas questões teóricas (PASKAUSKAS³¹, 1993, p. 334-335)³². Nessa correspondência, Freud registra:

[...] A primeira parte, a teoria do "Ichkonflit" é coerente com as minhas declarações sobre este assunto durante o último encontro da Psi. Vereinigung (Associação Psicanalítica). Entretanto, parece que você está perdendo contato com o item da "Neurose Traumática", e o que você diz em relação à ansiedade narcísica é excelente, bem no ponto, mas é muito curto e talvez não impressione o leitor suficientemente. Deixe-me propor-lhe a seguinte fórmula: em

.

³¹ A partir daqui, será apresentada a correspondência entre Freud e Ernest Jones, contudo, a entrada das cartas, na lista de referência, será dada pelo organizador da correspondência, Andrew Paskauskas, na obra intitulada *The complete correspondence of Sigmund Freud and Ernest Jones, 1908-1939*, publicada em London, pela editora Belknap Harvard, em 1993, utilizando-se sempre a mesma edição.

³² "The first part, the theory of 'Ichkonflict' is congruous with my utterances on this matter at the last meeting of Pschychoanalisis Vereinigung. Latter on, it seems you are losing the contact with the item of the 'Traumatische Neurose', and what you say on the relation to narcisstic anxiety is excellent, hits the point, but is too short and may not impress sufficiently the reader. Let me propose to you the following formula: first consider the case of the traumatic neurosis of peace. It is a narcisstic affection like dem. Pr. etc. Mechanism may be guessed. Angst is a protection against shock (Schreck). Now the condition of the tr. N. seems to be that the soul had no time to recur to this protection and is [overrun] taken by the trauma unprepared. Its 'Reizchutz' is overrun, the principal and primary function of keeping off excessive quantities of 'Reiz' frustrated. Then narc. Lib. is given out in shape of the signs of 'Angst'. This is the mechanism of every case of primary repression, a traumatic neurosis thus to be found at the bottom of every case of Übertraggs-neurose.

Now in case of war there is the conflict in the Ego between the habitual and the fresh warlike ideal. The first is subjugated but when the 'shell' arrives, this old Ego understands, it may be killed by the ways of the Alter Ego. Its opposition leaves this new master of the Ich weak and powerless, and thus it, the Ego as whole, gets under the diology of the Tr. Neur. The difference between peace and war is, in the first case the Ego is strong bur surprised, in the second it is prepared, but weakned. In this way the War Neur. is a case of internal narciss. Conflict in the Ego, somewhat analogous to the mechanism of Melancholy exposed in the 4th Vol. of the Schriften, I sent you by care of Emden. – But I have made no analysis of a case of warshock" (PAKAUSKAS, 1993, p. 334-335).

primeiro lugar, considere o caso da neurose traumática de paz. Esta é uma afecção narcísica como a dem. pr. [Dementia precox] etc. O mecanismo pode ser conjeturado. Angst é uma proteção contra o choque (Schreck). Nesse caso, a condição da N. tr. parece ser que a alma não tem tempo de recorrer a esta proteção e é /assolada/ tomada despreparada pelo trauma. A sua "proteção contra o estímulo" é assolada, a função principal e primária de manter à distância quantidades excessivas de "Reiz" [estímulo] frustradas. Então, a lib. narc. é distribuída em forma de sinais de "Angst". Este é o mecanismo de qualquer caso de repressão primária, uma neurose traumática a ser encontrada no fundo de todos os casos de Übertraggs-neurose.

Agora, no caso de guerra, há o conflito no ego, entre o ideal habitual e o novo belicoso. O primeiro é subjugado mas quando a "concha" chega, este velho Ego compreende que ele pode ser morto nos modos do Alter Ego. Sua oposição torna o novo mestre do Ich fraco e sem poder, e assim ele, o Ego como um todo, se coloca sob a influência (gets under the diology of the) Tr. Neur. [neurose traumática] A diferença entre a paz e a guerra é que, no primeiro caso, o Ego é forte mas é surpreendido, no segundo, ele está preparado, mas enfraquecido. Nesse sentido, a Neu. de Guerra é um caso de conflito narcísico interno no Ego [...].

Essa carta chama atenção para a elaboração que Freud faz sobre a neurose traumática. Nesta, a energia narcísica atua como sinal preparatório. Em primeiro lugar, constata-se aí, já presente, o núcleo da teoria da defesa apresentado em 1926.

O outro ponto de interesse pela passagem da carta a Jones é o fato de que vislumbra-se a possibilidade de a neurose traumática ter estado, sempre, no centro da inspiração do pensamento de Freud. Historicamente, quando esteve em Paris, esta era o grande destaque nas aulas de Charcot. Quando de sua colaboração com Breuer, foi ela que lhes indicou o caminho para a "Comunicação preliminar", de 1893, e, quando reformulou seu pensamento, na década de 1920, foi novamente a neurose traumática que se apresentou como modelo para sua reflexão. A nova teoria da *Angst* é uma ampliação do conceito de trauma psíquico que, por sua vez, é uma reformulação do conceito de trauma mecânico, e, assim, é, pois, um retorno aos **Estudos sobre a histeria**, de 1895, quando o que adoecia era o trauma sem o choque mecânico.

Freud, após uma volta de mais de 40 anos, retornou a seu ponto de partida. Para explicar seu destino, pode-se recorrer ao filósofo de Éfeso, de quem, no fragmento 31, pode-se ler: "Tropos de fogo: primeiro, mar; do mar, a metade terra, a

metade vento ardente. O mar se estica de ponta a ponta e encontra sua medida de acordo com o mesmo Logos que era primeiro" (HERÁCLITO, 1980, p. 65).

3 NEUROSE DE MEDO E TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

No final do século XIX, apenas a neurastenia era reconhecida pelos médicos. Nesse quadro clínico, estariam em destaque os aspectos depressivos, as idéias antitéticas e a *folie du doute*, o que sugere que a neurose obsessiva ainda não havia sido descrita e seus sintomas principais estavam misturados com os outros que compunham esse quadro clínico, cuja causa etiológica seria uma exaustão nervosa.

Segundo a descrição de Freud, dentre as características dessa patologia, destacam-se um empobrecimento da função sexual, relativa impotência e debilidade sexual, sendo que esta última poderia ser inata e hereditária ou adquirida na juventude pelo excesso de masturbação, que causaria o esgotamento. Esta seria marcada, também, pela diminuição da autoconfiança, com expectativas pessimistas e certa tendência a idéias antitéticas aflitivas. No caso de uma histeria também compor o quadro clínico, esta seria resultante do recalque dos afetos correspondentes.

A neurastenia masculina, adquirida na puberdade pela prática da masturbação, manifestar-se-ia por volta dos 20 anos. Quando esta — um fator etiológico de primeira ordem — atua com intensidade por um tempo prolongado, a pessoa se transforma num neurastênico sexual, cuja potência sexual ficou enfraquecida. Quando esse fator etiológico não é suficientemente intenso, ele se torna uma tendência predisponente, facilitando a ação dos fatores predisponentes de segunda ordem, as variáveis tóxicas, as quais não causariam a neurastenia isoladamente.

Além da masturbação, há, também, uma outra influência que causa a neurastenia, a qual exerce seu impacto sobre o sistema nervoso alquebrado pela masturbação: o *onanismus conjugalis*, o coito incompleto – praticado a fim de evitar a concepção. A causa da neurastenia seria sempre algo da vida sexual concreta do paciente.

As explorações de Freud levaram-no a identificar uma outra manifestação patológica semelhante à neurastenia, mas que se diferenciava desta pela presença da *Angst*, do medo, que seria o sintoma central. Isso, segundo seu entendimento, justificava o estabelecimento de uma outra entidade nosológica, para a qual ele

propôs o nome de *Angstneurose* que, embora queira dizer "neurose de medo", foi traduzido e consagrado como "neurose de angústia". Em carta a Wilhelm Fliess, cujo editor é Jeffrey Mossaieff Masson³³, Freud esclarece:

[...] Todo caso de neurastenia é, sem dúvida, marcado por uma certa diminuição da autoconfiança, por expectativas pessimistas e por uma inclinação para idéias antitéticas aflitivas. Mas a questão é se a emergência desse fator /angústia/, sem que os outros sintomas estejam especialmente desenvolvidos, não deveria ser isolada como uma "neurose de angústia" independente, principalmente por ele não ser encontrado com menor freqüência na histeria do que na neurastenia (MASSON, 1986, p. 42).

O fenômeno do medo (*Angst*), presente nesses casos, manifestava-se com tal freqüência e pujança que, para Freud, por si só, justificaria o estabelecimento dessa nova nosologia. Assim, enquanto na neurastenia, além dos sintomas orgânicos, destacavam-se os conteúdos afetivos depressivos, na *Angstneurose*, os sintomas somáticos eram acompanhados de intensa emoção de medo.

3.1 A neurose de medo

Em 30 de maio de 1893, Freud escreveu a Fliess sobre a neurose de medo, indicando uma complexa concepção desta. Para ele, tanto as causas etiológicas fisiológicas da função sexual quanto os aspectos emocionais da vida do paciente poderiam precipitar o desencadeamento dessa neurose, uma vez que esses fatores impediriam que a libido se ligasse. A libido livre seria vivida como *Angst*.

Freud, nessa carta, assevera:

[...] Vejo uma boa possibilidade de preencher mais uma lacuna na etiologia sexual das neuroses. Creio compreender as neuroses de angústia das pessoas jovens, presumivelmente virgens, que não foram submetidas a abusos. Analisei dois casos desse tipo; havia um pavor preciente da sexualidade e, por trás dele, coisas que as pessoas tinham visto ou ouvido e entendido mal – portanto, a

-

³³ A partir daqui, será apresentada a correspondência entre Freud e Wilhelm Fliess, contudo, a entrada das cartas, na lista de referência, será dada pelo editor da correspondência, Jeffrey Mossaieff Masson, na obra intitulada **Sigmund Freud Briefe and Wilhelm Fliess**, publicada em Frankfurt am Main, pela editora S. Ficher Verlag, em 1986, utilizando-se sempre a mesma edição.

³⁴ Angstneurose.

etiologia é puramente emocional, mas, mesmo assim, de natureza sexual (MASSON, 1986, p. 49).

Nessa explicação da neurose de medo, Freud não faz menção ao coito interrompido. Além dessa causa etiológica, ele vislumbrava uma nova possibilidade que ganhou cada vez mais espaço em suas hipóteses: o medo da sexualidade em pessoas jovens que não estão bem informadas sobre esse assunto e cuja ignorância poderia desencadear a neurose de medo. Percebe-se, assim, a falta que a descoberta da sexualidade infantil fazia em suas especulações teóricas. As pessoas jovens ignorariam, ainda na adolescência, os aspectos principais da vida sexual. Pode-se presumir que, para ele, a sexualidade adulta surgia na adolescência e dependia também do aprendizado.

A primeira teoria da *Angst* dava a esta uma origem somática. A primeira evidência disso aparece em carta do dia 27 de novembro de 1893, na qual Freud escreve:

A questão sexual vai se consolidando mais firmemente e as contradições vão se desvanecendo, mas o material novo é muito escasso, por causa de uma falta muito incomum de pacientes nos horários de consultório. Quando recebo um caso para restauração minuciosa, tudo se confirma e, por vezes, quem procura acha mais do que deseja – a anestesia sexual, particularmente, tem sentidos múltiplos e bastante contraditórios. [...] Examinei um velho e alegre solteirão que não se recusa a nada e que produziu um clássico ataque de angústia, depois de se deixar seduzir pela amante de trinta anos a manter relações sexuais por três vezes consecutivas. Grosso modo, esbarrei na idéia de vincular a angústia não a uma conseqüência psíquica, e sim física, dos excessos sexuais. Fui levado a isso por um caso maravilhosamente puro de neurose de angústia subsegüente ao coito interrompido, numa mulher totalmente plácida e totalmente frígida. De outro modo, não faria nenhum sentido (MASSON, 1986, p. 61).

Mas, em suas elucubrações do período, o medo não aparece apenas como conseqüência dos excessos sexuais, pois o acúmulo de libido acarretaria o mesmo efeito. No "Rascunho E", que Freud intitulou "Como se origina a angústia" e que, segundo Masson, pode pertencer ao envelope de 6 de junho de 1894. O psicanalista retoma esse assunto e acrescenta:

[...] logo se tornou claro para mim que a angústia de meus pacientes neuróticos tinha muito a ver com a sexualidade; e, em particular,

impressionei-me com a precisão com que o coito interrompido, praticado na mulher, leva à neurose de angústia. Bem, a princípio, segui várias pistas falsas. Achei que a angústia de que sofrem os pacientes deveria ser encarada como um prolongamento da angústia experimentada durante o ato sexual — ou seja, que era a rigor, um sintoma histérico. De fato, os vínculos entre a neurose de angústia e a histeria são bastante óbvios. Duas coisas originariam o sentimento de angústia no coito interrompido: na mulher, o medo de engravidar; no homem, a preocupação de que seu dispositivo /preventivo/ viesse a falhar. Convenci-me então, com base em vários casos, de que a neurose de angústia também aparecia quando esses dois fatores não estavam em jogo, nos casos em que, basicamente, não tinha nenhuma importância para as pessoas envolvidas se elas teriam um bebê ou não. Assim, a angústia da neurose de angústia não poderia ser uma angústia prolongada, recordada, histérica.

Um segundo aspecto extremamente importante tornou-se claro para mim a partir da seguinte observação: a neurose de angústia afeta tanto as mulheres que são anestésicas no coito quanto as que são sensíveis. Isso é altamente peculiar, mas só pode significar que a fonte da angústia não deve ser buscada na esfera psíquica. Por conseguinte, deve residir na esfera física: é um fator físico da vida sexual que produz a angústia. Mas que fator? (MASSON, 1986, p. 78).

A partir das considerações apresentadas nessa citação, fica evidente que, por desconhecer o circuito fisiológico das emoções, como se conhece atualmente, Freud associou os sintomas fisiológicos decorrentes do afeto de medo ao ato sexual, uma que as reações somáticas compartilham circuitos fisiológicos muito semelhantes. Alguns anos mais tarde, pela mesma razão, alguns de seus discípulos repetiram o mesmo equívoco e insistiram que as reações de medo, quando intensas, estariam relacionadas ao ato sexual, já que apresentava os mesmos sinais fisiológicos. Sobre a descoberta da repercussão somática das emoções, é importante lembrar que o trabalho pioneiro na área, desenvolvido por Walter Cannon e Philipe Beard, data da década de 1920. Ao tentarem identificar as conexões entre as glândulas e o sistema nervoso autônomo, eles descreveram um primeiro circuito fisiológico das emoções, no qual destacavam o controle de parte do sistema endócrino e nervoso autônomo pelo hipotálamo. Em 1937, James Papez ampliou os achados de Cannon-Beard, destacando a importância do tálamo na recepção e distribuição dos estímulos sensoriais. Somente em 1949, Paul D. Mc Lean promoveu uma revisão e ampliação da teoria de Papez e introduziu o termo "sistema límbico" em 1952. O conceito de sistema límbico foi, por sua vez, criticado e alterado pelos trabalhos de vários neurocientistas na década de 1990, dentre os quais, destaca-se Joseph LeDoux (1996), com a teoria das amídalas cerebrais na qual o autor considera serem essas as principais estruturas reguladoras da experiência emocional. Cumpre ressaltar que, tempos depois, Freud abandona a correlação com a atividade sexual e as associa às repercussões fisiológicas do ato do nascimento.

Assim sendo, Freud não possuía os elementos científicos suficientes que orientassem sua teorização. A semelhança de reações somáticas, tais como aumento do batimento cardíaco, alteração respiratória, sudorese intensa, dentre outras, comuns tanto ao ato sexual quanto à vivência de medo exacerbado, ou mesmo pânico, levaram-no a ligar uns sintomas aos outros, equivocadamente.

Na seqüência de sua reflexão, Freud faz um inventário de vários casos nos quais o medo se manifesta como um sintoma decorrente do ato sexual ou da ausência dele, ou ainda, de sua execução incompleta. São eles: medo em pessoas virgens, em pessoas intencionalmente abstinentes, em pessoas obrigatoriamente abstinentes, tais como mulheres abandonadas pelos maridos; mulheres que suportam o coito interrompido e homens que o praticam; homens idosos cujo vigor sexual está em declínio e homens que se abstêm ocasionalmente.

O ponto em comum entre todos esses casos, segundo Freud, é o acúmulo da tensão física, como se pode verificar a seguir:

[...] Esse acúmulo é conseqüência do bloqueio da descarga. Logo, a neurose de angústia é uma neurose de represamento, tal como a histeria, donde a semelhança entre ambas. E, uma vez que não há nenhuma angústia contida naquilo que é acumulado, esse fato também pode ser explicado /dizendo-se/ que a *angústia* surgiu da tensão sexual acumulada, por transformação (MASSON, 1986, p. 79-80).

Em seguida, ele relata também como a excitação se transforma em medo:

Mas, por que essa transformação em angústia quando há acumulação? Nesse ponto, devemos considerar o mecanismo normal para lidar com a tensão acumulada. O que nos interessa aqui é o segundo caso — o caso da excitação endógena. As coisas são mais simples no caso da excitação exógena. A fonte de excitação está do lado de fora e envia para a psique um aumento de excitação, que é tratado de acordo com a sua quantidade. Para esse fim, basta qualquer reação que diminua a excitação psíquica interna na mesma quantidade.

Mas as coisas são diferentes no que concerne à tensão endógena, cuja fonte reside no próprio corpo (fome, sede, impulso sexual).

Nesse caso, somente as reações *específicas* têm serventia – reações que impeçam a ocorrência adicional da excitação nos órgãos terminais envolvidos, quer essas reações sejam realizáveis com um dispêndio de energia grande ou pequeno.

Podemos aqui retratar a tensão endógena como algo que cresce contínua ou descontinuamente, mas que, de qualquer modo, só é percebido ao atingir um certo limiar. É somente acima desse limiar que ela se apresenta psiquicamente, entrando em relação com certos grupos de idéias, que então se põem a produzir as soluções específicas. Portanto, a tensão sexual física acima de certo valor desperta a libido psíquica, que leva então ao coito, e assim por diante. Quando a reação específica deixa de ocorrer, a tensão psicofísica (o afeto sexual) aumenta incomensuravelmente; torna-se perturbadora, mas ainda não há base para a sua transformação. Na neurose de angústia, contudo, tal transformação de fato ocorre, e isso sugere a idéia de que, nela, as coisas se desvirtuam da seguinte maneira: a tensão física aumenta e atinge o valor limítrofe em que é capaz de despertar o afeto psíquico; no entanto, por diversas razões, a ligação psíquica que lhe é oferecida permanece insuficiente: o afeto sexual não pode formar-se, pois falta algo nos determinantes psíquicos. Por conseguinte, a tensão física, psiquicamente ligada, transforma-se – em angústia (MASSON, 1986, p. 80).

Ainda, no "Rascunho E", Freud insiste que, na neurose de medo, deve haver um déficit no afeto sexual, isto é, na libido psíquica, esclarecendo como este mecanismo se enquadra nos casos citados anteriormente. Assim, o medo, nas pessoas virgens, é decorrente da ausência, ou da insuficiência das idéias apropriadas para capturar a tensão física, ou devido a uma recusa psíquica resultante da educação. Nas pessoas intencionalmente abstinentes, manifesta-se a defesa, uma recusa psíquica direta e a conseqüente impossibilidade de elaboração da energia sexual. Nas mulheres que praticam o coito interrompido, a excitação endógena não se origina espontaneamente. É induzida, mas não em quantidade suficiente para despertar o afeto psíquico. Nesse caso, promove-se uma alienação entre o ato físico sexual e sua elaboração psíquica. Quando a tensão endógena aumentar ainda mais por conta própria, não podendo ser elaborada, gera medo. Nessa situação, ou se apresenta a libido, ou o medo. Ambos não se manifestam ao mesmo tempo.

Em sua argumentação, ele afirma ainda que, nos homens, no caso do coito interrompido ou reservado, também se trata de um desvio psíquico, decorrente do momento em que a elaboração da tensão física é interrompida. Isto se dá quando a atenção do sujeito se volta para outro objetivo, desvinculando, então, a tensão física

daquele grupo de idéias mediante as quais essa tensão seria elaborada. Nos casos de potência masculina decrescente, comum na senilidade, o medo é causado também quando um desejo psíquico insuficiente é convocado para o ato. A repulsa também é causadora desse mesmo tipo de reação em homens.

Tem-se, então, o medo em várias situações. Não há uma causa particular para esse afeto. Essas são dinâmicas, resultantes da relação mente-corpo. Sempre que a energia física não é gasta em "ações específicas" e se acumula no corpo, a resposta é a mesma: medo. Freud, em carta a Fliess, estabeleceu, então, claramente, a sua concepção de como a energia física se transforma em libido (psíquica), mostrando que ambas atuam paralelamente:

[...] Quando há um desenvolvimento abundante de tensão sexual física, mas esta não pode ser transformada em afeto pela elaboração psíquica - por desenvolvimento insuficiente da sexualidade psíquica; ou por causa da tentativa de repressão desta última (defesa); ou por estar ela em decadência; ou por causa da alienação habitual entre a sexualidade física e a psíquica — a tensão sexual se transforma em angústia. Assim, um certo papel é desempenhado nisso pelo acúmulo da tensão física e pelo impedimento da descarga em direção psíquica.

Mas porque a transformação se dá especificamente em angústia? A angústia é a sensação do acúmulo de outro estímulo endógeno, o estímulo da respiração, estímulo este que não é passível de ser elaborado além da própria respiração: psiguicamente conseguinte, a angústia poderia ser empregada para a acumulação de tensão física em geral. Além disso, quando se examinam mais de perto os sintomas da neurose de angústia, encontram-se na neurose partes desconexas de um grande ataque de angústia, a saber, dispnéia simples, palpitações simples, a simples sensação de angústia e uma combinação desses elementos. Examinadas com maior precisão, essas são as vias de inervação que a tensão sexual física comumente atravessa, mesmo quando está em vias de ser psiquicamente elaborada. A dispnéia e as palpitações são próprias do coito; embora, comumente, sejam empregadas apenas como vias complementares de descarga, passam a servir, nesse caso, por assim dizer, como as únicas válvulas de escape da excitação. Essa é, novamente, uma espécie de conversão na neurose de angústia, tal como ocorre na histeria (outro exemplo de semelhança entre elas); na histeria, porém, a excitação psíquica que segue o caminho errado, rumando exclusivamente para o campo somático, ao passo que, aqui, trata-se de uma tensão física que não consegue penetrar no campo psíguico e, por conseguinte, permanece na via física. As duas frequentemente se combinam (MASSON, 1986, p. 82).

Assim, percebe-se que as duas energias atuam paralelamente. A tensão sexual física será empregada em "reações específicas" e será consumida durante o ato sexual, por exemplo. Já a tensão psíquica, o afeto sexual, a libido, será descarregada psicologicamente durante o coito. Quando não há uma ação harmônica que possibilite o gasto da tensão física e a descarga da tensão psíquica, ambas as energias envolvidas passarão por vicissitudes diferentes. A energia somática será experimentada como medo, com suas repercussões fisiológicas, e a energia psíquica sofrerá as vicissitudes próprias em resposta à defesa empregada para lidar com as cotas de afeto e com as "idéias incompatíveis".

Mas, as condições psíquicas também podem criar uma neurose de medo se promoverem uma "alienação entre o somático e o psíquico", ou seja, a excitação sexual física não pode ser descarregada e se transforma em ataques de medo se a libido psíquica e o grupo de idéias sexuais correspondentes não estiverem disponíveis, isto é, o psiguismo não oferece suporte ideacional à excitação somática.

Isso fica muito claro no caso do Sr. K., de 24 anos, sobre quem Freud comenta com Fliess em carta de 18 de agosto de 1894. Dentre os seus sintomas, ele apresentava: terrores noturnos, palpitações, aumento gradativo da excitabilidade geral, súbitos ataques de medo e ataques curtos de depressão. Esse paciente relatara a Freud que havia se apaixonado por uma moça, um ano antes, e levara um grande baque quando soube, tempos depois, que ela estava noiva de outro. Afirmou que não estava mais apaixonado por ela. Masturbara-se moderadamente dos 13 aos 16 ou 17 anos. Nunca tivera uma vida sexual muito intensa e fazia uso de preservativos nos últimos dois anos e meio por medo de infecções. Observou que a sua libido diminuíra muito naquele último ano.

Os comentários de Freud sobre esse paciente só aparecem na carta seguinte a Fliess, de 23 de agosto. O diagnóstico apresentado é de neurose de medo em resultado a um enfraquecimento da sexualidade. Sobre o assunto, o psicanalista assim se expressa:

A concomitância da libido *reduzida* com a neurose de angústia³⁵ enquadra-se prontamente em minha teoria. O que ela envolve é uma debilidade do domínio psíquico sobre a excitação sexual somática. Essa debilidade está presente há algum tempo e possibilita o

-

³⁵ Angstneurose.

aparecimento da angústia³⁶ quando ocorre um *aumento* acidental da excitação somática.

Como foi adquirido o enfraquecimento psíquico? Não há muito a deduzir da masturbação dele na adolescência; certamente não teria tido esse resultado, nem parece ter ultrapassado a medida habitual. Seu relacionamento com a moça, que o excitou muito sensualmente, parece bem mais apto a produzir uma perturbação no sentido necessário; de fato, o caso se aproxima das condições das conhecidas neuroses dos homens nos noivados /prolongados/. Acima de tudo, porém, não há como duvidar de que o medo da infecção³⁷ e a decisão de usar o condom lançaram as bases do que descrevi como fator de alienação entre o somático e o psíquico. Ele seria idêntico ao que ocorre no caso do coito interrompido. Em suma, o Sr. K. desenvolveu uma fraqueza sexual psíquica por ter estragado o coito aos seus próprios olhos e, como não houvesse nenhum prejuízo de sua saúde física e da produção de estímulos sexuais, essa situação deu origem à geração de angústia³⁸ (MASSON, 1986, p. 92-93).

O resultado dessas inquirições apareceu na forma do artigo "Sobre os critérios para destacar das neurastenias uma síndrome particular intitulada 'neurose de angústia'", de 1895. Neste, Freud denomina "neurose de medo" (*Angstneurose*) a um complexo de sintomas no qual todos os seus componentes se agrupavam em torno do sintoma principal do medo.

Conforme o autor, na clínica, o afeto pode manifestar-se de forma crônica, como "expectativa medrosa" (*ängstliche Erwartung*) ou a maneira de ataques, os ataques de medo (*Angstanfall*). Todos os demais sintomas componentes do quadro clínico são conseqüentes da presença desse afeto. O sintoma fisiológico mais característico que compõe o quadro é a irritabilidade geral aumentada, indicando um acúmulo de excitação ou a inabilidade em tolerar tal acúmulo. Um exemplo é a hiperestesia auditiva, "[...] uma supersensibilidade ao ruído – um sintoma que deverá irrefutavelmente explicar pela relação inata entre impressões auditivas e o terror" (FREUD, 1976, p. 109, v. III).

Na "neurose de medo" (*Angstneurose*), a "expectativa medrosa" (*ängstliche Erwartung*), a qual Freud caracteriza como o medo em sua forma crônica, pode ser ilustrada pela figura de uma mulher que, ao ver o marido tossir, pensará em uma pneumonia e imaginará, em seguida, o funeral dele ou, então, ao ver pessoas na porta de sua casa, pensará que um de seus filhos caiu da janela. Esse tipo de

.

³⁶ Angst.

³⁷ die Furcht vor Infektion.

³⁸ zur Entstehung der Angst Anlass.

paciente está sempre diante de uma ameaça aterradora e desenvolverá uma visão pessimista das coisas. Essa expectativa medrosa está presente no medo comum de maneira imperceptível, mas, no caso da neurose de medo, ultrapassa os limites corriqueiros e se impõe como uma compulsão.

Em seu outro aspecto, quando se manifesta em forma de ataque (Angstanfall), o medo intenso pode irromper na consciência ligado a algum encadeamento de idéias ou pode se caracterizar apenas como um "[...] sentimento de ansiedade³⁹, sem nenhuma idéia associada, ou então acompanhado da interpretação que estiver mais à mão, tais como idéias de extinção da vida, ou de uma pancada, ou de uma ameaça de loucura [...]" (FREUD, 1976, p. 111, v. III).

3.2 A conferência XXV

As explorações de Freud sobre a Angst continuaram ao longo dos anos. O medo era tão onipresente na sintomatologia neurótica que o levou a criar o conceito de "neurose de medo", de um lado, e tentar explicar o que se passava nos demais quadros clínicos, com a constante presença desse afeto tão perturbador, elaborando a hipótese de neuroses mistas. Assim, o medo seria uma manifestação da "neurose de medo" nas demais patologias. As fobias se faziam também presentes, mas, para algumas, dentre essas, ele criou uma nova entidade nosológica, a "histeria de medo".

A perspicácia clínica de Freud levou-o a constatar que o afeto do medo (Angst), que ele designou também por termos derivados ou sinônimos, assumia diferentes feições na vida de seus pacientes. As pessoas revelavam diversas formas de temor, de múltiplas coisas e em várias situações.

Diante desse fenômeno tão diverso, Freud percebeu que poderia caracterizar os diferentes tipos de neuroses de acordo com uma forma peculiar que esse afeto assumia em cada uma delas.

Na Conferência XXV, presente na obra Conferências introdutórias sobre psicanálise, de 1917-1917, Freud (1976, v. XVI) aborda, pela primeira vez, de forma profunda e elaborada, a questão da *Angst*, do medo. Ele reafirma, para a "neurose"

³⁹ Angst.

de medo", as suas hipóteses do texto de 1895, comentado anteriormente, e descreve a forma como esse afeto se fazia presente nas demais neuroses. As observações clínicas que ele faz sobre a emergência e as diversas formas que essa emoção assume, tanto na vida das pessoas quanto nos quadros patológicos, continuaram e continuam válidas até hoje.

Ele descreve, então, as diversas formas sob as quais o sentimento de medo se manifesta. Este pode ser um medo realístico (*Realangst*) ou uma das várias formas dos medos neuróticos: a expectativa medrosa (*ängstliche Erwartung*), os ataques de medo (*Angstanfall*) e as fobias que, por sua vez, são descritas em três tipos diferentes. Ressalta-se que essas duas últimas modalidades, bem como o medo realístico, serão tratadas nos próximos capítulos.

O primeiro dos medos neuróticos que Freud aborda é um caso particular que ele denomina neurose de medo (*Angstneurose*), que não é causada por nenhum conflito psíquico. Nesse quadro clínico, destaca-se o "medo expectante" (*Erwartungsangst*) ou o "estado de apreensão geral" (*Angstlichkeit*), os quais são decorrentes de acontecimentos atuais na vida sexual dos pacientes, isto é, depende da maneira como a libido é empregada, como nos diversos casos de excitação sexual não consumada, quando o desejo sexual não se realiza. Nesses casos:

[...] a excitação libidinal desaparece e a ansiedade⁴⁰ aparece em seu lugar, seja na forma de ansiedade expectante⁴¹, seja em ataques⁴² e equivalentes da ansiedade⁴³. A interrupção do ato sexual, como preocupação, se praticado em *régime* sexual, é a causa tão freqüente de neurose de ansiedade⁴⁴ em homens, mas mais especialmente em mulheres, que, na prática médica, é aconselhável, nesses casos, começar por investigar essa etiologia. Então se verificará, em inúmeras ocasiões, que a neurose de ansiedade⁴⁵ desaparece quando a irregularidade sexual se interrompe (FREUD, 1976, p. 468, v. XVI).

A primeira de suas manifestações é a "apreensão generalizada" (*algemeine Angstlichkeit*), que é uma espécie de "medo livremente flutuante" (*frei flottierende Angst*) pronto a se ligar a qualquer tipo de conteúdo ideativo que se preste a esse

⁴⁰ Angst.

⁴¹ Erwartungsangst.

⁴² Anfällen.

⁴³ Anfallesäquivalenten.

⁴⁴ Angstneurose.

⁴⁵ Angstneurose.

fim e que, segundo Freud (1976, p. 464, v. XVI): "[...] influencia o julgamento, seleciona aquilo que é de se esperar, e está aguardando qualquer oportunidade que lhe permita justificar-se. A esse estado denominamos 'ansiedade expectante' ou 'expectativa ansiosa'"⁴⁷.

Aqui, ele mantém o que dissera no artigo de 1895, intitulado "Sobre os critérios para destacar das neurastenias uma síndrome particular intitulada 'neurose de angústia'": as pessoas que padecem dessa forma de medo estão sempre apreensivas, sempre esperam pelo pior e interpretam todos os eventos como presságios de mau agouro. A sua manifestação está ligada a determinados acontecimentos na vida sexual dos pacientes, isto é, ao mau emprego ou à abolição da descarga da energia libidinal: "[...] Em tais circunstâncias, a excitação libidinal desaparece e a ansiedade aparece em seu lugar, seja na forma de ansiedade expectante, seja em ataques e equivalentes da ansiedade" (Ibid., p. 468).

A segunda forma de medo neurótico diferencia-se da primeira porque, nesse caso, o afeto está psiquicamente ligado e vinculado a determinados objetos e situações (psychisch gebunden und an gewisse Objekte oder Situationen geknüpft). É resultante do processo do recalque e é a forma de medo presente nas fobias que, por sua vez, são classificadas por Freud em três grupos distintos. Sobre a classificação dessas fobias, no quadro das neuroses, Freud destaca que: "[...] Devo acrescentar que classificamos todas essas fobias como histeria de angústia; ou seja, consideramo-las um distúrbio estreitamente relacionado com a conhecida histeria de conversão" (Ibid., p. 467).

Ao examinar o medo neurótico em sua terceira forma, o autor comenta que esse é um fenômeno intrigante, visto que a ligação do medo a algum perigo ameaçador não é perceptível. Embora seja típico tanto da neurose obsessiva quanto da histeria, Freud (Ibid.) destaca seu aparecimento na histeria:

[...] Por exemplo, a ansiedade pode aparecer, na histeria, como um acompanhamento dos sintomas histéricos, ou em alguma situação fortuita de excitação, na qual certamente esperaríamos alguma manifestação de afeto, mas jamais de ansiedade; ou pode surgir separada de quaisquer fatores determinantes e ser incompreensível tanto para nós como para o paciente, na forma de acesso de ansiedade isolado. Aqui não há nenhum sinal de qualquer perigo ou de qualquer causa que pudesse ser exagerada como perigo. E logo

⁴⁶ Erwartungsangst.

⁴⁷ ängstlich erwartung.

verificamos, a partir desses ataques espontâneos, que o complexo que descrevemos como um estado de ansiedade é passível de fracionamento. O ataque total pode ser representado por um único sintoma, intensamente desenvolvido, por um tremor, uma vertigem, por palpitação ou por dispnéia; e a sensação geral, pela qual reconhecemos a ansiedade, pode estar ausente ou haver-se tornado indistinta. Então, essas condições que descrevemos como 'equivalentes da ansiedade' devem ser igualadas à ansiedade para todos os fins clínicos etiológicos.

Nas psiconeuroses, esse medo inexplicável e sem causa concreta também se manifesta de três maneiras diferentes: pode exprimir-se junto com os sintomas; ou como um medo desvinculado em forma de ataque, ou, ainda, como uma condição crônica. Quando, anos mais tarde, Freud alterou as causas do surgimento do afeto do medo, ele não modifica esse quadro esquemático.

De acordo com Freud, a origem e a causa desse afeto neurótico são desconhecidas pelos pacientes que, então, vinculam essa emoção às primeiras fobias que lhes vêm à mente: medo da morte, de enlouquecer ou de ter um ataque. Foi descoberto, então, pelas análises dos pacientes, que esse tipo de medo se apresenta no lugar de eventos psíquicos que foram interrompidos:

[...] Se a situação, a partir da qual a ansiedade (ou os sintomas acompanhados de ansiedade) surgiu, é submetida à análise, podemos, quase sempre, descobrir que o curso normal dos eventos psíquicos deixou de ocorrer e foi substituído por fenômenos de ansiedade⁴⁸. Podemos expressar isso de outro modo: construímos o processo inconsciente, como ele teria sido se não houvesse experimentado repressão alguma e tivesse prosseguido, sem ser tolhido, rumo à consciência. [...] Assim, quando temos diante de nós um estado de ansiedade histérico, seu correspondente inconsciente pode ser um impulso de características semelhantes - ansiedade, vergonha, embaraco - ou, com a mesma facilidade, uma definida excitação libidinal ou agressiva, hostil, como raiva ou irritação. Portanto, a ansiedade constitui moeda corrente universal pela qual é ou pode ser trocado qualquer impulso, se o conteúdo ideativo vinculado a ele estiver sujeito a repressão (FREUD, 1976, p. 470, v. XVI).

A observação indica que haveria uma outra forma do medo neurótico se fazer presente nas psiconeuroses. A sua manifestação está suspensa e só se realiza em ocasiões especiais. Segundo Freud (Ibid., p. 471), é comum às neuroses obsessivas, cujos pacientes que delas padecem desconhecerem a presença desse

⁴⁸ Angstphänomen.

afeto que se encontra subjacente aos rituais e atos obsessivos. Quando esses são impedidos de serem realizados, surge o medo mais terrível que impele o paciente a retornar à sua compulsão:

[...] Numa neurose obsessiva, portanto, a ansiedade, que de outra forma se instalaria inevitavelmente, é substituída pela formação de um sintoma; e, se voltarmos à histeria, encontraremos uma relação semelhante: o resultado do processo de repressão é ou a geração da ansiedade pura e simples, ou a ansiedade acompanhada pela formação de um sintoma, ou a formação mais completa de um sintoma sem ansiedade. Assim, pareceria não ser errado, em sentido abstrato, afirmar que em geral os sintomas são formados para fugir a uma geração de ansiedade, de outro modo inevitável.

Fica claro, pela citação apresentada, que, como Freud ainda não tinha elaborado a tese do medo como sinal para a defesa neurótica, ele presume que a maneira como esse afeto se apresenta em algumas neuroses obsessivas seria um caso especial. Seu aparecimento indicaria uma falha no processo defensivo e a invocação de uma nova defesa. Da mesma forma acontece com as fobias, quando, longe do objeto fóbico, não há razão para o temor aparecer. Pode-se constatar, por meio dessa passagem, a intuição genial do psicanalista, que prepara o caminho para reformulação teórica. Na verdade, ele havia se deparado com uma defesa bem estabelecida, de forma tal que o medo não se fazia presente por não ser necessário. Essa descoberta, ele a fará alguns anos depois, mas o germe para a reflexão já havia sido apreendido.

Freud ainda argumenta que não se deve esperar que o medo se manifeste na clínica de uma única forma. Suas características variam de acordo com o quadro patológico em questão: surge em forma de ataques, acompanhado de sintomas ou, também, como uma condição crônica. Pode, ainda, ligar-se às fobias ou permanecer subjacente nos rituais obsessivos.

Sobre o desenvolvimento do medo, Freud acreditava, nesse momento, conforme já mencionado, que ele poderia surgir de duas maneiras diferentes. Na neurose de medo (*Angstneurose*), esse afeto é causado pela deflexão da libido de seu emprego normal para o nível somático. Na histeria e na neurose obsessiva, essa deflexão se dá em nível psíquico.

Em suas **Novas conferências introdutórias sobre psicanálise**, de 1933, na Conferência XXXII, ao tratar do mesmo assunto, Freud (1976, p. 104, v. XXII)

confirmou e resumiu o que dissera em 1916-1917 sobre as manifestações clínicas da *Angst*, embora tenha alterado a sua origem e função:

Passamos depois à ansiedade neurótica e assinalamos que a observamos sob três condições. Em primeiro lugar, encontramo-la na forma livremente flutuante, um estado de apreensão difusa, pronta a vincular-se temporariamente, sob a forma do que se conhece como 'ansiedade expectante', a qualquer possibilidade que de imediato possa surgir — como acontece, por exemplo, numa neurose de angústia típica. Em segundo lugar, encontramo-la firmemente vinculada a determinadas idéias, nas chamadas 'fobias', em que ainda é possível reconhecer uma relação com o perigo externo, nas quais, porém, devemos considerar que o medo é exagerado, desproporcionado. Em terceiro e último lugar, encontramos a ansiedade na histeria e em outras formas de neurose grave, onde ou ela acompanha os sintomas, ou surge independentemente como ataque, ou como estado mais persistente, mas sempre sem qualquer base visível em um perigo externo.

Pode-se, aqui e ali, encontrar, em sua obra, passagens nas quais ele demonstra essas manifestações do medo. Assim, por exemplo, ele descreve, no caso clínico do "Homem dos ratos", um estado de expectativa medrosa, evidente pelo temor constante de que o pior estaria para acontecer, como, por exemplo, o medo ininterrupto do menino de que algo iria acontecer a seu pai, que este iria morrer.

Ao comentar o caso clínico do "pequeno Hans", em "Inibições, sintomas e ansiedade", ele escreveu sobre o sentimento de medo crônico, de "expectativa medrosa" (*ängstliche Erwartung*) que seria, segundo Freud, o estado em que se encontrava o pequeno Hans quando sua fobia começou:

[...] aquilo de que o menino sofria não era um medo vago⁴⁹ de cavalos, mas uma apreensão⁵⁰ bem definida de que um cavalo ia mordê-lo. Essa idéia, na realidade, esforçava-se por retirar-se da consciência e ser substituída por uma fobia indefinida na qual somente a ansiedade e seu objeto ainda apareciam (FREUD, 1976, p.123, v. XX).⁵¹

-

⁴⁹ unbestimmte Angst.

⁵⁰ ängstliche Erwartung.

⁵¹ "[...] Es handelt sich, wie wir bei genauerem Verhör erfahren, gar nicht um eine unbestimmte Angst vor dem Pferd, sondern um die bestimmte ängstliche erwartung: das Pferd werdw ihn beissen. Allerdings sucht sich dieser Inhalt dem bewusstsein zu entziehen und sich durch unbestimmte Phobie, in der nur noch die Angst und Ihr Objekt vorkommen, zu ersetzen. Is nun etwa dieser Inhalt der Kern des Symptoms?" (FREUD, 1999, p. 130, v. XIV).

Como Freud havia definido que o afeto do medo seria um subproduto do recalque da libido, certamente não sentiu necessidade de se aprofundar mais nesse assunto. O medo só adquiria interesse especial quando se ligava a objetos ou situações em forma de fobias, às quais ele se dedicou com interesse.

Há que se conservar em mente que a hipótese da *Angst* como resultante ou de um acúmulo causado ou pela abstinência, ou por práticas sexuais insatisfatórias, que resultaria na "neurose de medo" (*Angstneurose*), esteve presente no pensamento de Freud até o fim de sua obra. Em "Inibições, sintomas e ansiedade", o autor apresenta sua teoria definitiva do medo (*Angst*) como um sinal para a defesa psíquica. Aduziu argumentos a favor da manutenção dessa teoria fisiológica, uma vez que essa não seria incompatível com a reformulação apresentada naquele momento.

Freud (1976, p. 165, v. XX) afirma:

Vemos, então, que não se trata tanto de remontarmos aos nossos primeiros achados, mas de pô-los em harmonia com descobertas mais recentes. 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 psiguicamente, a ansiedade⁵² surge diretamente da libido; em outras palavras, que o ego 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 é então gerada. Mais uma vez aqui, embora o assunto seja de somenos importância, é bem possível que o que encontra descarga na geração da ansiedade é precisamente o excedente da libido não utilizada. Como sabemos, uma psiconeurose está especialmente sujeita a desenvolver-se com base em uma neurose 'atual'53. Isto se afigura como se o ego estivesse tentando poupar-se à ansiedade, que ele aprendeu a manter em suspensão por algum tempo, e ligá-la pela formação de sintomas.

Assim, a partir das considerações apresentadas, pode-se presumir que Freud entenda a situação libidinal descrita como sendo uma situação traumática para o ego.

⁵² Angst.

⁵³ Aktualneurosen.

3.3 CRÍTICA AO CONCEITO DE ANGSTNEUROSE

Por não se considerar devidamente a descoberta de Freud de que a *Angst* – o medo – se manifesta de várias formas na sintomatologia neurótica, a clínica da psicanálise viu-se empobrecida em seus avanços, pois passou-se a entender a *Angst* como se esta se tratasse de um fenômeno homogêneo, uma única forma do ego responder às situações de perigo. Entretanto, a prática indica que pelo menos duas formas se fazem presentes, com uma especial tendência para os "ataques de medo", ou de pânico (*Angstanfall*), que se manifestam na histeria e nos estados crônicos (*ängstlich Erwartung*), mais comuns nas neuroses obsessivas.

Com relação à manutenção do conceito "neurose de medo" (*Angstneurose*), chama atenção o fato de que, quando Freud estabeleceu essa hipótese e a denominou, junto com a neurastenia, "neuroses atuais", ele ainda ignorava os processos inconscientes, a natureza da fantasia, a sexualidade infantil e o recalque. Assim sendo, estaria justificada a existência de sintomas sem a presença de conflitos psíquicos. Tempos depois, quando descobriu a essência dos processos mentais inconscientes e a sexualidade infantil, ele não achou necessário alterar essa concepção.

Esse conceito de "neuroses atuais" suscitou dúvidas e discussões entre os discípulos e seguidores de Freud ainda na primeira década do século XX e, certamente, trouxe algumas incertezas, embora não profícuas, ao seu autor.

Falzeder⁵⁴ (2002, p. 25)⁵⁵, editor das cartas entre Freud e Karl Abraham, apresenta a carta de 29 de janeiro de 1908 que este escreveu a Freud, com o seguinte depoimento:

[...] Eu vi dois casos de neurose de ansiedade no mesmo dia, ambos homens, e foi como se eles tivessem conspirado para me dar uma demonstração dos principais fatores etiológicos de suas doenças. Em um dos casos, *coitus interruptus*, no *outro*, pode-se provar que a excitação sexual frustrada é o principal fator da doença.

⁵⁴ A partir daqui, será apresentada a correspondência entre Freud e Karl Abraham, contudo, a entrada das cartas, na lista de referência, será dada pelo organizador da correspondência, Ernest Falzeder, na obra intitulada *The complete correspondenc of Sigmund Freud and Karl Abraham: 1907-1925 com pleted edition*, publicada em London, pela editora Karnac, em 2002, utilizando-se sempre a mesma edição.

⁵⁵ "[...] I saw two cases of anxiety neurosis o the same day, both men, as if they had conspired together to give me a demonstration of the main aetiological factors of their illness. In one case coitus interruptus, in the other it can be proved that frustrated sexual excitement is the main factor in the illness" (FALZEDER, 2002, p. 25).

No dia 16 de fevereiro daquele mesmo ano, Freud respondeu a carta de Abraham, apresentando o seguinte relato sobre a neurose de medo (anxiety neurosis):

> Sobre a questão da redutibilidade do medo na neurose de medo, você encontrará informações completas no novo livro de Stekel sobre a histeria de medo (esperado para abril). Eu ainda consideraria a velha posição como sendo teoricamente incontestável, mas eu vejo que casos puros de neuroses de medo são grandes raridades e talvez, uma vez mais, apenas abstrações, e que aquelas fobias atípicas permitem e invocam uma resolução psicanalítica. Que há também, sempre, um pouquinho de histeria é como as coisas são. Na prática, o que acontece é que a terapia atual é tentada primeiro, e depois, o que se mostra resistente é manejado pela psicoterapia. Formar a própria opinião é justificado experimentalmente em cada caso (FALZEDER, 2002, p. 27).56

Conforme se pode constatar, Freud hesita entre sua antiga teoria e tenta justificar a ausência de casos puros de neuroses atuais.

O livro de Stekel, Conditions of nervous anxiety and their treatment, lançado originalmente em 1908, embora mereça muitas críticas, chama atenção para o fato de ele postular ali que não poderia haver a sintomatologia das chamadas neuroses atuais sem um conflito psíquico. Em sua primeira edição, o autor, conforme revela na edição inglesa de 1950, não confrontou a posição de Freud abertamente. Seu questionamento, entretanto, parece ter levado Freud a relativizar, pelo menos temporariamente, o conceito de afecções neuróticas sem conflito psíquico e elaborar, a partir desse momento, o conceito de histeria de medo (Angsthysterie).

Cumpre ressaltar que a obra de Stekel não foi muito bem recebida nem por Freud, nem por Ernest Jones. Após a publicação, Jones escreveu uma carta a Freud, datada de 8 de novembro de 1908, apresentando o seguinte depoimento:

> Eu não gostei muito dos Angstzustände, de Stekel, devido ao seu estilo. Ele se esquece totalmente para quem está falando ou seguer refletiu sobre isso, o que é um erro fatal. Se ele está escrevendo

⁵⁶ "As for the question of the reducibility of anxiety in anxiety neurosis, you will find full information in Stekel's new book on anxiety hysteria (to be expected in April). I woud still regard the old position as theoretically unassailable, but I see that pure cases of anxiety neurosis are great rarities and perhaps once again only abstractions, and that the not really typical phobias permit and call for a psychoanalytic resolution. That there is always a bit of hysteria is just the way things are. In practise what happens is that actual therapy is first attempted, and then, what turns out to be resistant, is tackled with psychotherapy. Forming one's own opinion experimentally is certainly justified in every case" (FALZEDER, 2002, p. 27).

para aqueles familiarizados com a psicanálise, então ele poderia ter dito tudo que quis em um pequeno artigo. Se ele está escrevendo para aqueles não-familiarizados com a psicanálise, então ele deveria ser mais inteligível. [...] Eu gostei muito da classificação que ele faz dos Angstzustände e suponho que tenha vindo do senhor. Ela deveria substituir a psicastenia, de Janet, o qual é um termo que cobre os casos de histeria, neurastenia e dementia pr[a]ecox, na minha opinião (PASKAUSKAS, 1993, p. 6).57

Freud respondeu a Jones em 20 de novembro de 1908. Sobre o livro de Stekel, ele comenta:

> Suas observações críticas sobre o livro de Stekel são, obviamente. verdadeiras. Você atingiu o ponto certo. Ele é fraco em teoria e em pensamento mas tem um bom talento para o significado do que está escondido e inconsciente. Seu livro não consegue nos satisfazer pessoalmente mas será muito bom com os leigos uma vez que o seu nível é muito próximo do deles (PASKAUSKAS, 1993, p. 8).58

Sobre as dúvidas de Freud em relação às neuroses atuais, outra troca de cartas, entre ele e Jones, revela o quanto o assunto não estava bem definido para ele. Em 2 de janeiro de 1910, Jones recorreu a Freud a fim de esclarecer algumas dúvidas e, na carta, pergunta:

> [...] Putnam e eu discutimos sobre os nossos ensaios para a Canadian Medical Assoc. no próximo mês de junho. Eu tratarei da classificação geral e da etiologia e, em vista disso, tenho algumas perguntas e gostaria muito de obter as respostas do senhor. O senhor ainda defende um asexuele Nervosität [nervosismo assexual] sem qualquer constituição sexual como base? Em caso afirmativo, como o senhor o diferencia clinicamente de uma leve neurastenia? O senhor já recebeu algum caso de neurastenia sem alguma Angstneurose [neurose de medo], e como ela está relacionada clinicamente com a depressão pós-gripe e exaustão? Eu gostaria imensamente de uma descrição completa dos sintomas clínicos de uma neurastenia pura. O senhor não acha que os distúrbios

⁵⁷ "[...] I did not like Stekel's Angstzustände much, because of his style. He quite forgets or has never thought whom he is speaking to, which is a fatal mistake. If he is writing for those familiar with psycho-analysis then he could say all he wanted to in a short article. If he is writing for those not familiar with psycho-analysis then he should be more intelligible [...] I like his classification of Angstzustände very much, and suppose it comes from you. It ought to supersede Janet's psychastenia which is a term covering cases of hysteria, neurasthenia and dementia pr[a]ecox in may opinion" (PASKAUSKAS, 1993, p. 6).

⁵⁸ "Your critical remarks on Stekel's book are obviously true, you have hit the mark. He is weak in theory and thought but has a good flair for the meaning of the hidden and unconscious. His book cannot satisfy us personally but it will do immensily good among the outsiders his level being so very much near to theirs" (Ibid., p. 8).

gástricos decorreram da Angstneurose? (PASKAUSKAS, 1993, p. 39-40).59

Em carta datada de 27 de janeiro, Freud responde:

- 1) Se eu ainda mantenho o nervosismo não sexual?
- Não eu apenas usei isso como um nome sem preconceito. Eu acho, e é o mesmo em sua essência, que o mecanismo sexual foi atacado por um agente não sexual. Mas, o fato é que eu não fiz mais nenhuma pesquisa desde então, quando eu estava acostumado a ver muito mais pacientes, embora superficialmente. Assim, você está livre para examinar e reconstruir o assunto como você puder.
- 2) E sobre a neurastenia? Não, eu não mudei minha opinião sobre isso, mas eu não posso dar melhor explicação do que já naquela época, uma vez que os casos de N. não se submetem à psicanálise. Todo esse assunto da N. tem que ser revisado inteiramente. Eu ainda acredito que ela é uma neurose atual, com os sintomas não sendo determinados por complexos mas pelo efeito imediato de intoxicação (ou algo parecido) mas eu suponho que o momento psíquico na N. tem sido subestimado e precisa ser introduzido com grande significação na patogênese da doença.
- 3) Certo, há casos de N. sem qualquer ansiedade, principalmente que tem a sua origem na polução, mas não muito freqüente. Mais comum em jovens (PASKAUSKAS, 1993, p. 42).

Algum tempo depois, Jones publicou um artigo, intitulado "A relação entre a neurose de medo e a histeria de medo⁶⁰", no qual comenta:

A causa fundamental de todas as formas de estados ansiosos consiste numa falta de satisfação psíquica da libido. A ansiedade nasce do instinto inato de medo, e o exagero de sua manifestação é a resposta defensiva ao desejo sexual recalcado. *Em todos os casos, os fatores psíquicos desempenham uma parte importante*, em alguns, de fato, são a única parte. Os fatores físicos geralmente trabalham em conjunto com eles mas não são, nunca, suficientes em si mesmos para induzirem um estado de ansiedade, além disso, esses fatores incluem um importante lado psíquico. Os fatores psíquicos são, certamente, mais proeminentes nas neuroses de ansiedade do que na histeria de ansiedade (fobia, etc.). A neurose de ansiedade deve ser apenas considerada como um simples

⁵⁹ "[...] Putnam and I discussed the subjects of our papers before the Canadian medical Assoc. next june. I am to take up general classification and aetiology, and in regard to that have some questions I should be very glad to have an answer from you on. Do you still hold to the asexuelle Nervosität, without any basis in the sexual constitution? If so how would you clinically differentiate ir from slight neurasthenia? Do you ever get neurasthenia without some Angstneurose, and how is it clinically related to post-influenzal depression and exhaustion? I should greatly like a fuller description of the clinical symptoms of pure neurasthenia. Don't you think the gastric disturbances came from Angstneurose?" (PASKAUSKAS, 1993, p. 39-40).

⁶⁰ "Die beziehung zwischen Angstneurose und Angsthysterie".

sintoma da histeria de ansiedade, que é o conceito mais amplo (JONES apud STEKEL, 1950, p. 163).⁶¹

Stekel (1950), ao discordar de Freud de que a *Angstneurose* seria destituída de conteúdos psíquicos, em seu livro *Conditions of nervous anxiety and their treatment*, apresenta vários casos clínicos nos quais, segundo ele, encontram-se apenas veladas as causas precipitantes dos sentimentos intensos de medo e conseqüentes repercussões fisiológicas. Esperava ele, mediante essas histórias clínicas, provar o equívoco cometido por Freud ao descrever a neurose de medo como sendo uma afecção destituída de conteúdos psíquicos e resultante de alguma prática indevida na vida sexual dos pacientes.

3.4 NEUROSE DE MEDO E TRANSTORNOS DA ANSIEDADE

A constatação de que as experiências as quais envolvem o sentimento de medo, que vão desde simples fobias até as crises de pânico, tem assumido tal importância na clínica médica que o **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais** (DSM-IV), uma publicação destinada aos psiquiatras, dedica um capítulo inteiro ao que denominou "transtornos da ansiedade", o qual se parece com uma tradução em linguagem alterada das concepções freudianas sobre a *Angst*.

Embora tenha adotado a palavra "ansiedade", por ser tratar de uma publicação originalmente de língua inglesa, não deixa de associá-la aos fenômenos do medo e todos os casos descritos envolvem, de algum modo, alguma manifestação desse afeto. Entre os psicanalistas, o conflito criado pelas traduções equivocadas levou-os a se afastarem dessa concepção originária de Freud, e eles passaram a ignorar a importância e a extensão do fenômeno, relegando a outra área

⁶¹ "The fundamental causes of all forms of anxiety conditions consist of a lack of psychic satisfaction of the libido, the anxiety arises from an innate instinct of fear, and the exaggeration of their manifestations is the defensive answer to repressed sexual desires. In all cases psychic factors play an important part, in some, in fact, the only part. Physical factors often work in conjunction with them, but they are never sufficient in themselves to induce a condition of anxiety; moreover these factors include an important psychic side. The psychic factors are certainly more prominent in anxiety-neurosis than in anxiety-hysteria (phobia, etc.). Anxiety-neurosis must only be considered as a single symptom of anxiety-hysteria, which is the wider concept" (JONES apud STEKEL, 1950, p. 163).

do saber aquilo que havia sido descoberto e descrito dentro das fronteiras de sua própria ciência.

Destaca-se que, uma das duas manifestações do fenômeno clínico que Freud denominou *Angstneurose*, ou neurose de medo – a ocorrência de crises agudas de medo sem que o paciente saiba a causa e que são acompanhadas de fortes sintomas somáticos – ainda hoje, merece cuidadosa atenção, uma vez que se mostra um fenômeno bastante freqüente tanto na clínica médica quanto na psicanalítica.

Silva (2006, p. 44), ao tratar dos "distúrbios de ansiedade", acrescenta:

[...] Sigmund Freud (o pai da psicanálise) foi um dos primeiros a fazer uma descrição minuciosa e apurada dos ataques de pânico; em 1884 [sic], ele os chamava de "ataques de ansiedade" em vez de ataque de pânico. Entre o final do século XIX e a década de 1980, podemos observar que tanto a medicina quanto a psicologia praticamente ignoraram os ataques de pânico. Finalmente, a partir de 1980, a Associação de Psiquiatria Americana (APA) incluiu os ataques de pânico na terceira edição do DSM (Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais) –, uma espécie de bíblia dos psiquiatras americanos para diagnosticar problemas relacionados ao comportamento.

Os comentários da autora não estão exatamente corretos. Pelo menos dois dos discípulos de Freud, Wilhelm Stekel e Ernest Jones, interessaram-se pelo tema e publicaram artigos e livros sobre ele, conforme comentado anteriormente.

A comparação entre as descrições de Freud e de Stekel e a classificação empreendida pelo DSM-IV indica que os fenômenos observados por esses autores tanto no final do século XIX quanto no início do século XX, e pela publicação americana, são muito semelhantes em todos os detalhes. Freud acreditava que os sintomas em questão seriam decorrentes de práticas sexuais insatisfatórias; já Jones e Stekel defendiam a tese da presença de um conflito psíquico subjacente ligado à sexualidade, e o DSM-IV não propõe nenhuma etiologia para essa manifestação clínica.

A questão do medo em humanos é bastante complexa. De um lado, revela a presença da forte marca biológica que caracteriza a raça e torna evidente a sua realidade de elo na cadeia evolutiva com outras espécies animais. As reações fisiológicas desencadeadas pelo medo em seres humanos quase não se diferenciam daquelas eliciadas por situações de ameaças comuns aos demais mamíferos. As

condições reais de perigo que colocam em risco a vida preparam os organismos para a luta ou a fuga, tendo em vista a sobrevivência.

No homem, entretanto, a reação de medo e as respostas subseqüentes não se resumem às ameaças concretas ou a perigos reais. Uma das mais importantes e duradouras contribuições de Freud foi a descoberta de uma realidade humana bastante complexa: a realidade psíquica. Os seres humanos, além de serem organismos biológicos, são seres simbólicos, isto é, substituem as necessidades concretas e situações reais por conceitos e fantasias, que adquirem o mesmo peso da realidade física material. Assim sendo, a espécie humana é a única que possui uma subjetividade e que responde a essa com reações e afetos de medo, transformando essa realidade interior em ameaça concreta à sua própria integridade psíquica.

O ser humano oscila, então, entre o medo concreto das ameaças objetivas e aquele que se pode denominar simbólico, uma vez que teme a sua própria realidade psíquica. Nesses casos, as reações orgânicas são as mesmas e as conseqüências fisiológicas também.

Atualmente, os médicos têm manifestado grande interesse pelo sentimento de medo, e as pesquisas empreendidas pela medicina têm conseguido revelar tanto o trajeto fisiológico para sua percepção subjetiva quanto para a extensão das reações fisiológicas desencadeadas por esse afeto. Uma vez que ele se manifesta de forma tão imperiosa na clínica médica, em especial na área da Psiquiatria, tornou-se necessária uma classificação que pudesse orientar os psiquiatras, por isso entidades nosológicas foram estabelecidas visando intuito. esse Contemporaneamente, o principal orientador do pensamento psiquiátrico na classificação das doenças ligadas ao medo é o DSM-IV (1995), não apenas nos Estados Unidos e no Brasil, como também na França (ANDRÉ, 2007).

Evidencia-se que, sob o título de "transtornos de ansiedade", o DSM-IV apresenta os seguintes: transtorno do pânico sem agorafobia, transtorno do pânico com agorafobia, agorafobia sem história de transtorno do pânico, fobia específica, fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno do estresse póstraumático, transtorno de estresse agudo, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de ansiedade devido a uma condição médica geral, transtorno de ansiedade induzido por substância e transtorno de ansiedade sem outra especificação. Embora não torne explícito nenhum conceito de ansiedade, relaciona

todos os transtornos citados ao afeto de medo, de várias intensidades que vai da expectativa temerosa ao terror e ao pânico e/ou a comportamentos de esquiva, os quais acontecem em resposta a situações de medo.

O DSM-IV (1995, p. 376) reconhece também que os ataques de pânico ocorrem no contexto de diferentes transtornos de ansiedade, listados neste estudo, embora não estabeleça nenhuma relação entre eles. A seguir, apresenta-se uma definição de "ataque de pânico, presente nesse Manual:

[...] A característica essencial de um Ataque de Pânico é um período distinto de intenso medo ou desconforto acompanhado por pelo menos 4 de 13 sintomas somáticos ou cognitivos. O ataque tem um início súbito e aumenta rapidamente, atingindo um pico (em geral em 10 minutos ou menos), sendo com freqüência acompanhado por um sentimento de perigo ou catástrofe iminente e um anseio por escapar. Os 13 sintomas somáticos ou cognitivos são: palpitações, sudorese, tremores ou abalos, sensações de falta de ar ou sufocamento, sensação de asfixia, dor ou desconforto torácico, náusea ou desconforto abdominal, tontura ou desrealização ou despersonalização, medo de perder o controle ou de "enlouquecer", medo de morrer, parestesias e calafrios ou ondas de calor.

Considera-se, ainda, que os ataques de pânico podem estar ligados à presença ou ausência de ativadores situacionais. Em relação a esse critério, eles se classificam em: ataques de pânico inesperados (não evocados) sem a presença de um ativador situacional; ataques de pânico ligados a situações (evocados) que ocorrem logo após a exposição ou antecipação a um fator evocador ou ativador situacional (ex. cobras, cães, etc.) e ataques de pânico predispostos pela situação, que, embora estejam relacionados ao evocador ou ativador situacional, não estão invariavelmente associados a eles e não ocorrem, necessariamente, após a exposição, como no caso em que "[...] os ataques tendem mais a ocorrer quando o indivíduo está dirigindo, mas existem momentos em que a pessoa dirige e não tem Ataque de Pânico ou momentos em que o Ataque de Pânico ocorre após dirigir por meia hora" (Ibid., p. 377).

O DSM-IV ainda define como "transtorno de pânico" ataques de pânico recorrentes, acompanhados de intensa preocupação com a possibilidade de repetição dos mesmos, por um período de, pelo menos, um mês, ou, então, seguidos de alguma alteração comportamental também relacionada com eles. Os

indivíduos que sofrem desse transtorno, freqüentemente, apresentam como característica uma expectativa catastrófica, isto é, "prevêem um resultado catastrófico" para os eventos em seu cotidiano (DSM-IV, 1995, p. 380). Essas expectativas temerosas se dão em decorrência de sintomas físicos leves ou em resposta a efeitos colaterais de medicamentos: "[...] uma dor de cabeça indica um tumor cerebral ou uma crise hipertensiva" (Ibid.). O transtorno do pânico está também relacionado a outros quadros clínicos:

O Transtorno Depressivo Maior ocorre com frequência (50-65%) em indivíduos com Transtorno de Pânico. Em aproximadamente um terço das pessoas com ambos os transtornos, a depressão precede o início do Transtorno de Pânico. Nos dois terços restantes, a depressão ocorre ao mesmo tempo ou após o início do Transtorno de Pânico. Um subconjunto de indivíduos, alguns dos quais podem desenvolver como consequência um Transtorno Relacionado a Substância, tratam sua ansiedade com álcool ou medicamentos. A comorbidade com outros Transtornos de Ansiedade também é comum, especialmente em contextos clínicos e em indivíduos com Agorafobia mais severa (Fobia Social tem sido relatada em 15-30% dos indivíduos com Transtorno de Pânico; Transtorno Obsessivo-Compulsivo, em 8-10%; Fobia Específica, em 10-20%; e Transtorno de Ansiedade Generalizada, em 25%). O Transtorno de Ansiedade de Separação na infância tem sido associado com este transtorno (Ibid.).

Ainda, segundo o DSM-IV, as pesquisas laboratoriais não revelam achados diagnósticos para o transtorno, e a idade de início para o quadro clínico varia muito mas está mais tipicamente relacionada ao final da adolescência e à faixa de 30 anos de idade. Alguns casos podem ocorrer ainda na infância e seu surgimento, após os 45 anos de idade, é incomum, embora seja possível acontecer.

Os sintomas de ansiedade também podem estar relacionados a uma condição médica geral, isto é, serem decorrentes de outras patologias conhecidas e oriundas de mecanismos fisiológicos conseqüentes de alguns quadros clínicos, tais como: condições endócrinas, por exemplo, hiper e hipotiroidismo, feocromocitoma, hipoglicemia e hiperadrenocorticismo; condições cardiovasculares, tais como a insuficiência cardíaca congestiva, embolia pulmonar, arritimia; condições respiratórias, tais como doença pulmonar obstrusiva crônica, pneumonia e hiperventilação; condições metabólicas em casos de deficiência de vitamina B12 e porfiria e condições neurológicas tais quais neoplasmas, disfunção vestibular e

encefalites (DSM-IV, 1995). Esses casos clínicos exigem um diagnóstico extremamente cuidadoso por parte do médico, pois este deve estabelecer, com clareza, que os sintomas de ansiedade estejam relacionados etiologicamente, mediante mecanismos fisiológicos próprios.

Os sintomas descritos sob a denominação de "síndrome do pânico" pelo DSM-IV são muito semelhantes aos que Freud descreveu para a entidade nosológica que ele denominou "neurose de medo" (*Angstneurose*). A semelhança das descrições é tal que merece a comparação. Sem dúvida, os dois quadros clínicos se referem ao mesmo fenômeno patológico.

É necessário relembrar que, do ponto de vista da teorização psicanalítica, conforme Freud (1976, v. III) esclarece em "Sobre os critérios para destacar das neurastenias uma síndrome particular intitulada 'neurose de angústia'", de 1985, ele denomina "neurose de medo" (*Angstneurose*) a um complexo de sintomas porque todos os seus componentes se agrupam em torno do sintoma principal do medo. Esse afeto pode, pois, manifestar-se de forma crônica, como "expectativa medrosa" (*ängstliche Erwartung*) ou em forma de ataques. Ressalta-se que os ataques de medo (*Angstanfall*) e os demais sintomas componentes do quadro clínico se agrupam em torno desse sintoma principal.

Na neurose de medo, encontra-se a inibição da função sexual acompanhada de medo (*Angst*). A depressão periódica é uma de suas formas. Em outros casos, a depressão se manifesta em ataques de medo e fobias, sendo resultante da inibição da função sexual, como, por exemplo, no *coitus interruptus*. Esses estados temerosos apresentam-se de duas maneiras: ou como uma crise de medo ou como um estado crônico. Os ataques de medo são mais comuns nas formas ligadas à histeria, nas mulheres, e os sintomas crônicos são mais freqüentes nos homens neurastênicos. Sobre os sintomas crônicos, Freud, em carta a Fliess, afirma:

Os sintomas crônicos são (1) angústia em relação ao corpo – hipocondria; (2) angústia em relação ao funcionamento do corpo – agorafobia, claustrofobia, tonteira das alturas; (3) angústia em relação às decisões e à memória (e portanto, às próprias fantasias, ao funcionamento psíquico) com respeito à *Folie de doute*, às ruminações obsessivas etc. (MASSON, 1986, p. 42).

Conforme se pode perceber pela citação apresentada, os sinais da neurose de medo (*Angstneurose*) são, em sua maioria, sintomas fóbicos e também alguns que mais tarde serão caracterizados como sintomas da neurose obsessiva, como a *Folie de doute* e as ruminações obsessivas.

Ainda, segundo Freud, outros sintomas que acompanham o afeto do medo podem estar ligados a uma ou mais funções corporais e podem se fazer presentes de forma crônica como os distúrbios da atividade cardíaca, dentre os quais se destacam as palpitações, ou a arritmia transitória ou com taquicardia de duração mais longa e a pseudo-angina do peito; os distúrbios respiratórios; as várias formas de dispnéia nervosa; os ataques, como os de crise asmática e equivalentes; a sudorese intensa, especialmente à noite; os ataques de tremuras e de calafrios; os ataques de fome devoradora; a diarréia em forma de ataques; a vertigem locomotora; os sintomas gástricos, como os de congestão e parestesias. Além desses, merece ainda destaque o acordar com medo à noite, o *pavor nocturnus* dos adultos, que se caracteriza como uma forma de insônia.

Os mesmos sintomas são listados por Stekel (1950), o qual afirma que os ataques podem surgir súbita e inesperadamente, envolvendo extensa reação orgânica ou como uma agudização de um ataque rudimentar mais leve. Os pacientes temem estar sofrendo um enfarte, acreditando que o coração vai parar de bater, que a morte está próxima, que há algo se passando em seus cérebros e que eles estão prestes a enlouquecer, além de apresentarem aparente dificuldade com a respiração. Além disso, o autor acrescenta:

[...] Todos aqueles sintomas que usualmente acompanham um afeto de medo ou de horror podem acompanhar um ataque de ansiedade. O paciente empalidece, perde o equilíbrio e precisa se deitar. Eles se debatem por palavras e por ar [...] Os braços e as pernas tremem como em febre. Muitos pacientes chegam a tremer violentamente, o suor irrompe de todas as partes do corpo, o cabelo se ouriça e sentem um frio na espinha⁶². Uma secreção anormal de urina leva a um esvaziamento involuntário da bexiga, ou um violento distúrbio dos intestinos leva a [...] espasmos e à diarréia; isso produz também uma evacuação involuntária. As pupilas dos olhos se dilatam [...] a secreção de saliva é interrompida e os lábios ficam secos. Freqüentemente, seguem-se ataques de fraqueza, enxaqueca, vertigens ou taquicardia intensa, muitas dores no coração, no peito e na cabeça; neuralgia, dor de estômago, dentre outros. Todos esses fenômenos podem se manifestar desde a forma mais simples à mais

.

⁶² cutis anserina.

grave, isolados ou em múltiplas combinações e variações (STEKEL, 1950, p. 15). 63

Percebe-se, pois, que tanto o DSM-IV quanto Freud e Stekel descrevem um elenco de sintomas não só semelhantes, como também decorrentes da vivência do afeto do medo.

A outra forma de o medo se manifestar, a expectativa medrosa (*ängstliche Erwartung*) também é considerada pelo DSM-IV (1995, p. 412), que descreve um fenômeno bastante semelhante ao identificado por Freud e o denomina "transtorno de ansiedade generalizada", caracterizando-o como:

A característica essencial do Transtorno de Ansiedade Generalizada é uma ansiedade ou preocupação excessiva (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias por um período de pelo menos 6 meses, acerca de diversos eventos ou atividades (Critério A). O indivíduo considera difícil controlar a preocupação (Critério B). A ansiedade e a preocupação são acompanhadas de pelo menos três sintomas adicionais, de uma lista que inclui inquietação, fatigabilidade, dificuldade em concentrar-se, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono.

3.5 A INSTABILIDADE DAS NEUROSES

Mas, como, então, justificar a presença do medo, seja em sua forma crônica, seja em sua forma aguda? Por que um determinado tipo de paciente apresenta ataques de pânico e outro tipo apresenta o sentimento de ameaça freqüente que, muitas vezes, intensifica-se e aumenta seu sofrimento?

A resposta parece ser a dada por Freud, para quem as patologias neuróticas não são estáveis e, assim sendo, a organização pulsional sofre alterações ao longo da vida.

⁶³ "[...] All the symptoms that usually accompany the affect of fear or horror may also accompany an anxiety attack. The patients pale, lose their balance, and must lie down. They fight in vain for words and breath [...] The arms and legs shake as in fever. Many patients shake violently, sweat breaks out from the whole body, the hair bristles, and the back creeps with coldness (cutis anserine). An abnormal secretion of urine causes an involuntary emptying of the bladder, or a violent disturbance of the bowels expresses itself in [...] spasms and diarrhoea; this also produces involuntary evacuation. The pupils of the eyes dilate [...] The secretion of saliva ceases to flow, and mouth becomes dry. Often there follows attacks of faintness, migraine, giddness or tachicardia of great intensity, various pains occur in the heart, chest, head; neuralgia, stomach-ache, ad so on. All these phenomena can appear ion the simplest to the gravest form, isolated, or in manifold combinations ad variations" (STEKEL, 1950, p. 15).

Em "Análise terminável e interminável", artigo já de 1937, Freud retoma essa questão da instabilidade das patologias neuróticas. Para o autor, enquanto os quadros decorrentes de traumas psíquicos têm grande chance de sucesso terapêutico, aqueles outros, ou seja, os que são decorrentes da instabilidade pulsional, são suscetíveis de recrudescimento ao longo da vida. Sobre isso, esclarece:

O material do outro lado [a força dos instintos] é igualmente sem ambigüidade. Duas vezes no curso do desenvolvimento individual certos instintos são consideravelmente reforçados: na puberdade e, nas mulheres, na menopausa. De modo algum ficamos surpresos se uma pessoa, que antes não era neurótica, assim se torna nessas ocasiões. Quando seus instintos não eram tão fortes, ela teve sucesso em amansá-los, mas quando são reforçados, não mais pode fazê-lo. As repressões comportam-se como represas contra a pressão da água. Os mesmos efeitos produzidos por esses dois reforços fisiológicos do instinto podem ser ocasionados, de maneira irregular, por causas acidentais em qualquer outro período da vida. Tais reforços podem ser estabelecidos por novos traumas, frustrações forçadas ou a influência colateral e mútua dos instintos. O resultado é sempre o mesmo, e ele salienta o poder irresistível do fator quantitativo na causação da doença (FREUD, 1975, p. 258, v. XXIII).

Pelos argumentos apresentados pelo próprio Freud, pode-se, então, concluir que as organizações neuróticas não são estáveis e demandam constantes esforços da defesa psíquica. Ora, segundo sua afirmação, no texto de 1926, o sinal que ativa esse processo defensivo é o afeto do medo. Logo, é de se esperar que este esteja também presente e da mesma maneira instável, nos quadros neuróticos.

Freud estava consciente de que essas duas formas do medo se manifestar estavam relacionadas e, no "Rascunho B", de 8 de fevereiro de 1893, afirma:

A neurose de angústia aparece sob duas formas: como um *estado crônico* e como uma *crise de angústia*. Os dois se combinam facilmente: o ataque de angústia jamais ocorre sem sintomas crônicos. Os ataques de angústia são mais comuns nas formas ligadas à histeria – mais freqüentes, portanto, nas mulheres. Os sintomas crônicos são mais comuns nos homens neurastênicos (MASSON, 1986, p. 42).

De fato, pode-se constatar na clínica que, se, de um lado, as duas formas mantêm alguma relação, de outro, elas são mais freqüentes em alguma forma

particular de neurose. Assim, os pacientes histéricos sofrerão, com mais intensidade e freqüência, do medo em forma de ataques de pânico mas também apresentam pequenas fobias. Seria o caso, por exemplo, de um paciente histérico que, além dos ataques de pânico com conversões concomitantes, ainda apresentar fobia a baratas, embora esta última seja praticamente insignificante no quadro de sua vida e cause uma inibição relativamente sem importância em seu cotidiano, como, no máximo, atravessar uma rua a fim de evitá-las.

Na neurose obsessiva, por outro lado, encontra-se mais comumente o medo em sua forma crônica. O paciente está sempre temeroso de que algo ruim vá acontecer: seu chefe vai se desentender com ele; se for a alguma boate, vai haver briga; os bailes de carnaval são ameaçadores pelo mesmo motivo, perderá a conexão internacional e, assim, faz uma viagem de avião de 10 horas apavorado. Ou então, se alguém da família fizer uma viagem de avião, esse cairá, viagens de carro causam acidentes, o namorado da filha é oportunista e não a fará feliz, etc.

Assim, pode-se afirmar que, no caso da neurose obsessiva, a relação entre essas duas formas de medo também aparece: os ataques de pânico fazem-se presentes se o paciente for exposto a seu objeto fóbico. Assim, de modo diferente dos quadros histéricos — nos quais os sintomas fóbicos são secundários — na neurose obsessiva, a fobia ocupa um lugar de destaque na vida do paciente e traz consigo alguma inibição importante para o mesmo: fobia de médicos, o que compromete a saúde do paciente, pois, esse prefere permanecer doente a se submeter ao tratamento necessário; medo de dentistas e a convivência com dores de dentes; fobia de falar em público, lembrando que isso é fundamental para as aspirações e a atividade profissional; inibição de uma área de atividade profissional por medo de alguma consegüência negativa decorrente de sua atuação.

Essas diferentes formas de medo são bastante evidentes na clínica da psicanálise e fundamentais, tanto para o diagnóstico quanto para o acompanhamento da ação do tratamento. Este último só será eficiente na medida em que houver uma redução e, mesmo, o desaparecimento desse afeto tão perturbador para os pacientes. Indicador de uma situação inconsciente, a presença do medo aponta para a manutenção do quadro neurótico. Somente mediante a superação do quadro de medo, poderá a análise prosseguir e progredir.

A partir das definições do DSM-IV, os distúrbios de ansiedade passaram a ser entendidos como entidades nosológicas de per si. São consideradas manifestações

patológicas próprias, afecções que atingem as pessoas e são passíveis de tratamento independente de quaisquer relações com algum quadro clínico mais complexo (ANDRÉ, 2007; SILVA, 2006).

Nesse particular, defende-se, aqui, a tese de que a sintomatologia presente nos chamados distúrbios de ansiedade e no conceito de neuroses atuais, uma vez que ambos se referem quase que aos mesmos sintomas, são, antes, manifestações de conflitos psíquicos que se apresentam quando as defesas psíquicas do paciente estão abaladas, já que o quadro, segundo Freud, é instável. Posteriormente, esse tema será abordado no capítulo VI, em conexão com uma das hipóteses sobre o medo aqui desenvolvidas.

4 ANGST E FOBIA

Em 1909, quando publicou "Análise de uma fobia de um menino de cinco anos", que ficou conhecido como o caso clínico do "pequeno Hans", Freud apresentou uma nova descrição nosográfica que ampliava o quadro das neuroses. Esta nova classificação patológica seria muito semelhante à histeria, pois, fruto do recalque, implicava um processo psíquico.

Essa nova entidade nosográfica diferenciava-se de uma outra forma de fobia, que seria primária e comum à espécie humana. Quando discutiu o caso clínico de Frau Emmy von N., nos **Estudos sobre a histeria** (BREUER; FREUD, 1974, p. 132, v.II), de 1895, Freud já havia comentado, a fobia dessa paciente. Segundo ele, então:

Algumas das suas fobias, é verdade, correspondiam às fobias primárias dos seres humanos, e especialmente dos neuropatas – em particular, por exemplo, o seu medo de animais (cobras e sapos, bem como todos os vermes de que Mefistófeles se gabava ser o senhor), de tempestades e assim por diante. Mas essas fobias se firmaram mais devido a acontecimentos traumáticos.

A explicação para a existência dessas "fobias primárias" seria a de que um "medo primário", ou um "temor instintivo" (*instinktive Furcht*) desempenharia, neste caso, o papel preponderante. Já no caso clínico de Hans, Freud descreve um fenômeno patológico que ele considerou diferente dessas fobias comuns à raça humana. Assim sendo, sob a classificação de "histeria de medo" (*Angsthysterie*), Freud pretendeu descrever um tipo especial de comportamento fóbico. Assim, ele o caracterizou:

[...] O termo encontra sua justificação na semelhança entre a estrutura psicológica dessas fobias e a da histeria – uma semelhança que é completa, exceto em um único ponto. Esse ponto, todavia, é um ponto decisivo e bem adaptado para finalidades de diferenciação. Na histeria de angústia, a libido, que tinha sido libertada do material patogênico pela repressão, não é *convertida* (isto é, desviada da esfera mental para uma inervação somática), mas é posta em liberdade na forma de *ansiedade*. Nos casos clínicos com os quais nos defrontamos, essa 'histeria de angústia' pode estar combinada em alguma proporção com a 'histeria de conversão'. Existem casos de pura histeria de conversão sem nenhum traço de ansiedade,

assim como há casos de simples histeria de angústia que exibem sentimentos de ansiedade e de fobias, mas não têm mistura de conversão (FREUD, 197-?, p. 122-123, v. X).

Em seus textos iniciais, Freud classificava quatro tipos diferentes de fobias: duas provenientes da "neurose de medo", uma própria da neurose obsessiva e outra ainda particular da histeria. As fobias presentes na "neurose de medo" (*Angstneurose*), as "fobias simples", por possuírem uma etiologia própria, que não envolveria nenhum processo psíquico, tudo indica, foram conservadas como sintomas próprios das "neuroses atuais". Já aquelas próprias das psiconeuroses, por representarem a presença do recalque de conflitos psíquicos, foram reagrupadas sob a definição dessa nova entidade nosológica.

A evolução do conceito e a explicação dos sintomas fóbicos no pensamento de Freud envolveram diferentes elaborações, o que indica que ele próprio não estava muito seguro quanto às suas próprias conclusões. Historicamente, foi em "As neuropsicoses de defesa", de 1894, que ele apresentou, pela primeira vez, de maneira mais extensa, a teoria da "defesa psíquica" como causa das doenças psicológicas. No artigo em questão, estabeleceu também que tanto a neurose obsessiva quanto a fobia compartilhavam o mesmo mecanismo de defesa, isto é, a "transposição do afeto". Na neurose obsessiva, formar-se-ia uma falsa conexão entre a idéia incompatível de fonte sexual e uma outra idéia que não suscitasse afetos penosos no paciente. Assim, a idéia obsessiva seria um substituto da idéia sexual insuportável:

Para suprir essa conexão secundária do afeto liberado, pode-se utilizar qualquer idéia que possa, por sua natureza, ser unida a um afeto da *qualidade* em questão, ou que se relacione de alguma forma à idéia incompatível, de modo que a faça parecer um possível subrogado dela. Assim, por exemplo, a ansiedade liberada, cuja origem sexual o paciente não deve lembrar, vincula-se às fobias primárias comuns da espécie humana quanto a animais, tempestades, escuridão, e assim por diante, ou quanto a coisas inequivocamente associadas, de um ou outro modo, ao que é sexual – tais como a micção, defecação ou, de um modo geral, a sujeira e o contágio (FREUD, 1976, p. 67, v. III).

Contrariamente a essas considerações, apenas um ano mais tarde, no artigo "Obsessões e fobias", de 1895, as fobias e as obsessões são apresentadas como neuroses distintas, com mecanismos e etiologias próprias. O interesse precípuo de

Freud nesse texto foi diferenciar a fobia de origem psíquica da neurose obsessiva e na histeria de uma outra comum à "neurose de medo" (*Angstneurose*). A neurose obsessiva apresentaria, como mecanismo, a "transposição do afeto"; já na histeria, o sintoma fóbico seria decorrente de lembranças traumáticas e a "neurose de medo" formar-se-ia a partir da energia sexual não ligada transformada em medo.

Em relação às obsessões verdadeiras, ficou determinado que duas características fundamentais comporiam o quadro: a própria idéia obsessiva que se impõe ao paciente e um estado emocional no qual se manifestam diferentes afetos, tais como a dúvida, o remorso, a raiva e a ansiedade (*l'anxiété*).⁶⁴

Na histeria, a principal característica seria a lembrança da experiência traumática, conforme a seguinte afirmação de Freud:

Quanto à classificação do assunto, proponho, em primeiro lugar, excluir um número de obsessões intensas que nada são além de lembranças, imagens inalteradas de eventos importantes. Como exemplo, posso citar a obsessão de Pascal: ele sempre pensava que via um abismo à sua mão esquerda 'depois que fora quase atirado no Sena em seu coche'. Tais obsessões e fobias, que podiam ser chamadas de *traumáticas*, são ligadas aos sintomas da histeria (FREUD, 1976, p. 89, v. III).

No caso das fobias conseqüentes à neurose de medo, o estado afetivo é sempre o mesmo e se caracteriza pela angústia (*l'angoisse*). Aquela substituição de uma idéia pela outra, comum nas obsessões, não é o seu traço dominante, e a análise não revela nenhuma idéia incompatível.

Como ficou determinado por Freud que nas fobias não se encontra nada além do estado emocional de medo, ele afirmou:

Espero poder demonstrar, em outra ocasião, que há razão para distinguir uma neurose especial, a 'neurose de angústia', cujo principal sintoma é o estado emocional. [...] As fobias são, então, uma parte da neurose de angústia, e quase sempre outros sintomas do mesmo grupo as acompanham (FREUD, 1976, v. III).

⁶⁴ "Il y a dans toute obsession deux choses: 1° une idée qui s'impose au malade; 2° un état émotif associé. [...] dans les obsessions vraies ce peut être au même titre que l'anxiété un autre état émotif, comme le doute, le remords, la colère" (FREUD, 1999, p. 346, v.I).

^{65 &}quot;Quant à la division du sujet je propose d'abord d'écarter une classe d'obsessions intenses, qui ne sont autre chose que des souvenirs, des images non altérées d'événements importants. Je citerai, par exemple, l'obsession de Pascal qui croyait toujours voir un abîme à son côté gauche, 'depuis qu'il avait manqué d'être précipité dans la Seine avec son carrosse'. Ces obsessions et phobies, qu'on pourrait nommer traumatiques, se rattachent aux symptômes de l'hystérie" (Ibid., p. 345-346).

^{66 &}quot;[...] Or dans la classe des phobies, cet état émotif est toujours l'angoisse" (Ibid., p. 346).

A ocasião para discutir a existência de uma nova neurose a que Freud se refere na citação acima era o seu artigo "Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada 'neurose de angústia'", de 1895. Aqui, ele apresenta um quadro bastante complexo das fobias e as classifica como típicas, que são aquelas da neurose de medo e atípicas, as presentes na neurose obsessiva. Além disso, ele as divide em três categorias, de acordo com a forma assumida pelo sentimento de medo nelas presente. Nesse mesmo artigo, ele já havia distinguido entre um medo crônico (expectativa medrosa) e os ataques de medo. Cada uma dessas modalidades características do afeto promoverá uma forma diferente de fobia em relação a seu conteúdo.

Segundo Freud (1976, p. 113-114, v. III):

(7) Com base, por um lado, na ansiedade crônica (expectativa ansiosa) e, por outro, em uma tendência a ataques de ansiedade, acompanhados de vertigem, dois grupos de fobias típicas se desenvolvem; o primeiro relacionado a riscos fisiológicos gerais e o segundo relacionado à locomoção. Pertencem ao primeiro grupo o medo de cobras, tempestades, escuridão, vermes, e assim por diante, tanto quanto o superescrúpulo moral típico e muitas formas da mania de duvidar. Aqui a ansiedade disponível é empregada simplesmente para reforçar aversões que estão instintivamente implantadas em toda gente. Em geral, porém, uma fobia que atua de modo obsessivo só é formada se se acrescentar a ela a recordação de uma experiência na qual a ansiedade pode manifestar-se – como, por exemplo, depois que o paciente experimentou, desabrigado, uma tempestade. É um erro tentar explicar tais casos como simples persistência de impressões fortes; o que torna essas experiências importantes, e sua lembrança duradoura, é afinal apenas a ansiedade que pode emergir no momento [da experiência] e que, da mesma maneira, pode emergir agora. Em outras palavras, tais impressões permanecem poderosas apenas em pessoas com 'expectativa ansiosa'.

Sobre as fobias decorrentes de ataques agudos de medo, Freud (Ibid., p. 114) registrou:

O outro tipo inclui a agorafobia com todas as suas formas acessórias, todas elas caracterizadas por sua relação com a locomoção. Achamos, com freqüência, que essa fobia se baseia em um ataque de vertigem que a precedeu; não penso, porém, que se possa postular tal ataque para todos os casos. Ocasionalmente constatamos que, após um primeiro ataque de vertigem sem

ansiedade, a locomoção ainda continua possível sem restrição, embora daí por diante seja constantemente acompanhada de uma sensação de vertigem; no entanto, a locomoção é suspensa de uma vez que, em certas condições – tal como estar sozinho ou em uma rua estreita –, a ansiedade seja acrescentada.

Sobre a relação dessas fobias com a neurose obsessiva, o autor esclarece:

A relação dessas fobias com as fobias da neurose obsessiva, cujo mecanismo esclareci em um artigo anterior neste periódico, é da espécie que se segue. O que elas têm em comum é que, em ambas, uma idéia se torna obsessiva porque a ela se liga um afeto disponível. O mecanismo de *transposição de afeto* mantém-se, portanto, para ambas as fobias. Contudo, nas fobias da neurose de angústia (1) esse afeto tem sempre o mesmo matiz, que é o da ansiedade; e (2) o afeto não se origina de uma idéia reprimida, mas mostra *não ser posteriormente redutível pela análise psicológica, nem equacionável pela psicoterapia*. Portanto, o mecanismo da *substituição* não se mantém para as fobias da neurose de angústia (FREUD, 1976, p. 114, v. III).

Essa concepção das fobias, como um sintoma presente em mais de um quadro clínico, sobreviveu mesmo depois da criação do termo "neurose de medo". Segundo Laplanche (1987, p. 64), as fobias são sintomas que podem ser encontrados nas mais variadas afecções psíquicas, tanto nas neuroses quanto nas psicoses, sem que sejam, necessariamente, patognomônicas. Para esse autor, mesmo na neurose de angústia, as fobias nada mais seriam do que uma contingência, a escolha de um objeto ao qual se ligaria uma "angústia de base", esta, sim, seria o ponto fundamental desse quadro neurótico.

Com relação às fobias, o próprio Freud fez um comentário semelhante em "Análise de uma fobia de um menino de cinco anos" (FREUD, 197-?, p.122-123, v. X). Ao justificar a criação do termo "histeria de angústia", ele declarou que até então não havia uma classificação para as fobias no quadro das neuroses e que aquelas eram compreendidas como síndromes que poderiam formar várias neuroses e que não eram classificadas como um processo patológico independente. Teria, pois, o seu empenho em criar uma nova entidade nosológica se justificado?

Por essa época, o que estava ainda em vigor era a teoria econômica do medo. Esse afeto seria resultante ou da impossibilidade de ligação da energia somática que, livre, seria defletida na forma de medo, ou do processo de recalque do impulso libidinal que, na forma de energia livre, buscaria alguma ligação psíquica,

nos mesmos parâmetros da energia libidinal que não sofreu recalque. Aliás, que a ligação às representações seria a única possibilidade da libido se manifestar na consciência. No caso clínico do pequeno Hans, Freud (197-?, p. 124, v. X) torna a repetir essa concepção:

[...] Desde o começo, na histeria de angústia, a mente está constantemente trabalhando no sentido de ligar psiquicamente, mais uma vez, a ansiedade que tinha se liberado; mas esse trabalho não pode nem efetuar uma retransformação da ansiedade em libido, nem estabelecer qualquer contato com os complexos que foram a fonte da libido. Nada lhe resta, a não ser cortar o acesso a todo possível motivo que possa levar ao desenvolvimento de ansiedade, erigindo barreiras mentais da natureza de precauções, inibições ou proibições; e são essas estruturas protetoras que aparecem para nós sob a forma de fobias e que constituem aos nossos olhos a essência da doença.

Assim sendo, como se deu a fobia de Hans por cavalos? Poder-se-ia considerar o cavalo, ao qual sua libido transformada em medo se ligou, um objeto da realidade? Parece que não.

Segundo Freud, o anseio (*Sehensucht*) de Hans por sua mãe poderia ter sido satisfeito e aplacado com a presença dela, o que, de fato, em um primeiro momento, aconteceu. Após o recalque de seus impulsos amorosos por ela, o medo (*Angst*) daí decorrente não desaparecia nem mesmo quando ela estava presente, visto que o menino começou a sentir medo mesmo em sua companhia.

Esse medo persistente, que se apresentava inicialmente na forma de ataques de medo sem explicação quando o menino chorava à noite, em casa, precisava, contudo, encontrar um objeto, visto que era libido transformada, energia livre. No passeio que fez com a mãe, o cavalo se tornou o objeto de seu temor.

Mas por que a escolha desse animal para elemento central de sua fobia? Porque a libido transformada em medo ligou-se não a um objeto da realidade mas, sim, a um elemento dos complexos ideativos de Hans, isto é, a um conjunto de idéias que relacionavam "pipis" e cavalos e que vinha se desenvolvendo em seu psiquismo. Sua história demonstrava que esse complexo estava investido de forte carga emocional.

Desde os seus três anos de idade, quando Hans perguntou à sua mãe se ela também tinha "pipi", começou a haver uma linha associativa que, cada vez mais, ligaria seu interesse pelo pênis a cavalos, de alguma forma. Nessa mesma época,

certo dia, quando estava com seu pai na roça, ao ver uma vaca sendo ordenhada, exclamou que estava saindo leite do "pipi" dela. Aos três anos e meio, sua mãe ameaçou-o de mandar o médico cortar-lhe o pênis se ele continuasse a colocar a mão nele. Quando ele estava ainda com essa idade, durante o verão, quando passeava com o pai e viu um cavalo urinando disse: "O cavalo tem pipi embaixo, como eu" (FREUD, 197-?, p. 24, v. X). Com três anos e nove meses, ao ver, na estação de trens, uma locomotiva, disse "[...] 'a locomotiva está fazendo pipi. Mas onde está o pipi dela?" (Ibid., p. 19). Certo dia, disse a seu pai que um cachorro e um cavalo têm "pipi" mas a mesa e a cadeira não. Tempos depois, perguntou ao pai se este tinha "pipi" e, em seguida, fez a mesma pergunta à mãe. Quando esta lhe respondeu afirmativamente, ele disse: "[...] Pensei que você era tão grande que tinha um pipi igual ao de um cavalo" (Ibid, p. 20).

Houve também um episódio em Gemundem, durante as férias do verão de 1907, quando Hans estava com quatro anos e meio. Quando Lizzi, uma menina que morava na casa vizinha, estava de partida, e uma carroça puxada por um cavalo branco veio buscar a bagagem, seu pai recomendou à filha que não apontasse o dedo para o cavalo, pois, se o fizesse, ele o morderia. Esse fato foi tão marcante para Hans que ele o relembrou e contou ao pai mais de seis meses depois, em 1º de março de 1908.

De acordo com a concepção de Freud nesse momento, a libido transformada em medo ligou-se ao complexo do cavalo, formando, então, uma psiconeurose.

Anos mais tarde, em "Inibições, sintomas e ansiedade" (FREUD, 1976, v. XX), Freud reformulou sua teoria da *Angst*, e, conseqüentemente, a explicação para as fobias. Essas não seriam mais resultantes de uma situação "econômica", mas, sim, resultantes de ocorrências estruturais. Não seria o resultado da energia sexual livre que se ligaria a objetos e complexos ideacionais. Em sua nova teoria estrutural, ou topográfica, o ego dispararia um sinal de medo para acionar a defesa neurótica.

Segundo essa nova hipótese, a resposta "medo", emitida pelo ego, estaria ligada ao desejo recalcado, à castração e ao superego e seria um sinal para a defesa. Essa resposta emocional estaria calcada em um sentimento de desamparo, de desconforto econômico ao qual o ego ficaria exposto se não se protegesse desses perigos que se insinuariam como ameaças avassaladoras, tal qual a experiência econômica do nascimento.

Assim sendo, por que não se poderia pensar nas "histerias de medo" e nas fobias, enquanto canalizadoras do afeto do medo, como apenas uma exacerbação desse sentimento ligado a alguma alteração no quadro pulsional dos pacientes e uma conseqüente convocação à defesa?

A clínica da psicanálise apresenta evidências de que não se pode esperar encontrar um quadro clínico de neurose de medo pura, apenas quadros fóbicos que se destacam do fundo de uma neurose bem estabelecida.

4.1 A CRÍTICA À "HISTERIA DE ANGÚSTIA"

Até hoje, parece haver uma grande confusão em relação à classificação das fobias. Greenson (1982) esforça-se para classificá-las como histeria de medo, mas apresenta exemplos clínicos nos quais se destacam sintomas obsessivos. Stekel (1950) e Fenichel (1979) insistem em considerá-las de acordo com a classificação freudiana de histeria de medo. No caso de Stekel, por exemplo, dentre os exemplos clínicos que relata, está o de uma cantora, que será tratado mais à frente neste trabalho, cuja sintomatologia não deixa dúvidas quanto ao fato de se tratar de uma paciente obsessiva. Mas, será que a definição de Freud de uma entidade nosológica denominada histeria de medo tem fundamento?

Conforme já citado anteriormente, em 1908, Freud comentou com Karl Abraham sobre o livro de Stekel, que ele aguardava para o mês de abril, no qual o autor apresenta a tese da histeria de medo. De fato, pode-se presumir que a interlocução com seu então discípulo tenha forçado Freud a elaborar o conceito e a cunhar um novo nome para um outro quadro clínico. O texto no qual ele defende a criação do termo "histeria de medo" é o caso clínico do "pequeno Hans", de 1909, logo, posterior ao aparecimento do livro de Stekel. Este último registrou, em sua obra, que todos os casos de neurose os quais havia tratado, todos sem exceção, manifestavam conflito psíquico e que jamais se deparara com as "neuroses atuais":

Eu transmiti esses fatos a Freud e ele propôs-se a distinguir dois tipos de neuroses de ansiedade: uma de base puramente somática, a genuína neurose de ansiedade de *Freud*, e uma de base psíquica,

a qual ele denominou "histeria de ansiedade" (STEKEL, 1950, p. 20).67

A afirmativa de Stekel é confirmada pelo próprio Freud (197-?, p. 122, v. X) quando, na história clínica do "pequeno Hans", afirmou: "[...] sugeri o termo para o Dr. W. Stekel, quando ele estava empreendendo uma descrição dos estados de ansiedade neuróticos, e espero que passe para uso geral."

Em um artigo de 1959, "Fobia, ansiedade e depressão", Ralph R. Greenson (1982, p. 154) destaca a crença da época de que as fobias seriam manifestações da histeria e que essa atitude, comum aos analistas seus contemporâneos, precisava ser reavaliada. Para isso, considerava fundamental rever as concepções coevas sobre a "ansiedade", "[...] uma vez que o ataque de ansiedade é preliminar à fobia". Sobre a natureza das fobias e a classificação freudiana, afirma:

Freud (1926a) acreditava firmemente que as fobias pertencem à categoria da histeria de ansiedade. Descobriu que o medo dominante era a ansiedade de castração, e que as lutas edípicas estavam no centro do quadro clínico. Utilizou o caso do pequeno Hans para demonstrar sua tese (1909b). Em anos recentes, outros autores descreveram fobias em outros tipos de quadros clínicos. As fobias têm sido descritas em neuroses obsessivas e em personalidades obsessivas por Glover (1939a) e Rangel (1952b). Glover também observou fobias em pacientes paranóides. Os trabalhos mais recentes de Ruth Mack Brunswick (1928) com o Homem dos Lobos enfatizou os elementos pré-genitais. Lewin (1952) em particular enfatizou os aspectos orais nas fobias (Ibid., p. 161-162, v. I).

Segundo o autor, em sua própria experiência clínica, ele não teria encontrado, dentre os casos clínicos que envolviam fobias, nenhum que pudesse ser classificado de histeria de medo (*Angsthysterie*).

Chama atenção a afirmativa de Freud de que as fobias pertencem à histeria. Talvez tenha se deixado influenciar pela natureza dos fenômenos somáticos presentes nos ataques de pânico e os entendesse como formas de conversão. Muito antes de criar o termo "histeria de medo" e discuti-lo no caso clínico do pequeno Hans, ele já havia definido a fobia ou como uma manifestação da "neurose de medo", ou ainda como uma das manifestações da neurose obsessiva e também afirmou que haveria um tipo especial próprio de alguns casos de histeria. Logo, o

⁶⁷ "I conveyed these facts to Freud and he proposed to distinguish two sorts of anxiety neuroses: one with a pure somatic basis, *Freud*'s genuine anxiety neurosis, and one with a psychical basis, which he terms 'anxiety hysteria'" (STEKEL, 1950, p. 20).

entendimento desse fenômeno clínico, como sendo uma variação da histeria comum, exigiu dele uma grande reformulação em suas concepções.

Em seus textos iniciais, entretanto, pode-se verificar a presença de três tipos diferentes de fobias: duas provenientes da neurose de medo e uma própria da neurose obsessiva.

Segundo o editor inglês, Freud terminou o seu artigo "As neuropsicoses de defesa" em janeiro de 1894. Nesse texto, ele apresenta a fobia como uma síndrome presente na neurose obsessiva. Ambas, aliás, são decorrentes da ação do mesmo mecanismo de defesa, isto é, a transposição do afeto de uma idéia à outra:

Para suprir essa conexão secundária do afeto liberado, pode-se utilizar qualquer idéia que possa, por sua natureza, ser unida a um afeto da *qualidade* em questão, ou que se relacione de alguma forma à idéia incompatível, de modo que a faça parecer um possível subrogado dela. Assim, por exemplo, a ansiedade liberada, cuja origem sexual o paciente não deve lembrar, vincula-se às fobias primárias comuns da espécie humana quanto a animais, tempestades, escuridão, e assim por diante, ou quanto a coisas inequivocamente associadas, de um ou de outro modo, ao que é sexual – tais como a micção, defecação ou, de um modo geral, a sujeira e o contágio (FREUD, 1976, p. 67, v. III).

Ainda segundo Strachey, embora o artigo de Freud "Obsessões e fobias", escrito em francês, tenha sido publicado 15 dias após o aparecimento de "Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada 'neurose de angústia'", este foi escrito anteriormente (Ibid., p. 85). No artigo em francês, Freud não aproxima mais as fobias das obsessões. Para ele, as fobias e as obsessões seriam neuroses distintas, com mecanismos e etiologias próprias. Ao contrário da neurose obsessiva, na qual outros afetos poderiam compor o quadro clínico, no caso das fobias, a emoção presente seria sempre o temor e a substituição de uma idéia pela outra, comum nas obsessões, não seria o seu traço dominante. A análise não revelaria também nenhuma idéia incompatível. Ele, então, destaca:

Entre as fobias, deve-se também diferenciar dois grupos, de acordo com a natureza do objeto temido: (1) fobias comuns, um medo exagerado de coisas que todos detestam ou temem em alguma extensão: tais como a noite, a solidão, a morte, doenças, perigos em geral, cobras, etc; (2) fobias contingentes, medo de condições especiais que não inspiram medo ao homem normal: por exemplo, agorafobia e outras fobias de locomoção. É interessante notar que

essas fobias não têm o traço obsessivo que caracteriza as verdadeiras obsessões e as fobias comuns. O estado emocional não aparece nesses casos, exceto em condições especiais que o paciente evita cuidadosamente (FREUD, 1976, p. 96, v. III).⁶⁸

Como nas fobias não se encontra nada além do estado emocional de medo, Freud afirma:

Espero poder demonstrar, em outra ocasião, que há razão para distinguir uma neurose especial, a 'neurose de angústia', cujo principal sintoma é o estado emocional. [...] As fobias são, então, uma parte da neurose de angústia, e quase sempre outros sintomas do mesmo grupo as acompanham (Ibid.).

O conceito de uma entidade nosológica própria para esclarecer o sintoma de medo intenso, presente tanto em crianças quanto em adultos, foi estabelecido em meio a um contexto teórico extremamente complicado, conforme se viu até aqui. O que fica evidente é o fato de Freud tentar reduzir uma manifestação que, como ele próprio percebeu, estava presente nos diferentes quadros clínicos que ele mesmo descreveu, em um ou dois casos específicos, dificultando, assim, a constatação da onipresença desse afeto e a necessidade de uma explicação que contemplasse as particularidades de cada patologia. Isso, entretanto, ele só pôde fazer mais tarde em sua obra.

4.2 O PEQUENO HANS

Em 1909, Freud (197-?, v. X) publicou "Análise de uma fobia de um menino de cinco anos", no qual relata a história clínica e a presumida cura de um garoto que ficou conhecido como "pequeno Hans". Este era, como se soube mais tarde, Herbert Graff, um célebre cenógrafo de óperas de muito sucesso, falecido em Genebra em abril de 1972, aos 69 anos de idade. Ele era filho de Max Graff

⁶⁸ "On peut discerner aussi parmi les phobies deux groupes, caractérisés par l'objet de la peur: 1° phobies communes: peur exagérée des choses que tout le monde abhorre ou craint un peu: la nuit, la solitude, la mort, les maladies, les dangers en général, les serpents, etc.: 2° phobies d'occasion, peur de conditions spéciales, qui n'inspirent pas de crainte à l'homme sain, par exemple l'agoraphobie et les autres phobies de la locomotion. Il est intéressant de noter que ces dernières phobies ne sont pas obsédantes comme les obsessions vraies et les phobies communes. L'état émotif ici ne paraît que dans ces conditions spéciales que le malade evite soigneusement" (FREUD, 1999, p. 351, v. I).

(1837-1958), importante músico e escritor vienense, componente do grupo de freqüentadores da casa de Freud.

Esse caso clínico apresenta inúmeros e insuperáveis problemas. O cabedal teórico que Freud tinha disponível, naquele momento, levou-o a interpretações duvidosas que só seriam esclarecidas à luz de suas descobertas posteriores. Além disso, o fato de a criança não ter participado de um tratamento convencional impede que se tenha conhecimento sobre o que de fato se passava com ela, suas fantasias mais íntimas, suas brincadeiras cotidianas, seus jogos. O pai poderia ter escamoteado vários dados importantes em relação à vida familiar que talvez estivessem relacionados com aquilo que culminaria, anos mais tarde, na separação do casal. A mãe de Hans jamais se manifestou oficialmente. Não se conhecem bem as relações de Hans com as empregadas, nem o que ele realmente fazia na companhia dos amigos em Gmunden. A história foi montada pelo pai, com hiatos e lacunas obscuras.

Além desses complicadores, na época da publicação desse texto, as observações sobre a sexualidade e as neuroses prosseguiam e Freud se esforçava para transformar suas descobertas em teorias. Assim, as fases do desenvolvimento sexual foram sendo descobertas aos poucos, com o passar dos anos, demonstrando, de um lado, sua fidelidade à observação clínica e, de outro, a dificuldade dessa tarefa devido a sua magnitude.

A fase anal acabara de ser descrita no ano anterior e aparecera no texto de Freud (1908, v. IX) intitulado "Caráter e erotismo anal", mas o estabelecimento da "fase fálica" ainda demoraria muitos anos antes de acontecer. Ilustra esse fato a observação do editor inglês em nota de rodapé, nesse mesmo texto de 1908 (FREUD, p. 177, v. IX), na qual ele comenta que o período de latência começava, para Freud, aos quatro e durava até os onze anos de idade. A alteração do início da latência para cinco anos só foi efetuada na edição de 1924 do citado texto. Assim, pode-se presumir que isso só se deu quando Freud tinha algo mais a acrescentar, uma nova fase, ao desenvolvimento sexual – a fase fálica que, de fato, ele estava começando a descrever na primeira metade da década de 1920.

Embora Freud já vislumbrasse algumas das características que mais tarde foram descritas como fase fálica, o erotismo fálico aparece nesse texto de maneira ainda muito incipiente, quase como uma suspeita, quando ele menciona uma certa relação entre uma ardente ambição em sujeitos que sofriam de enurese no passado

(FREUD, p. 181, v. IX). Além disso, ele destacou os pares de opostos voyerismo e exibicionismo, embora não os articulasse na história clínica.

Essa informação é importante para se ter noção dos esforços de Freud no sentido de esclarecer a neurose do "pequeno Hans" e também de indicar algumas dúvidas que esse texto suscita, pois a falta da fase fálica trouxe conseqüências às articulações de Freud, uma vez que ele descreveu as características desta ainda misturadas àquelas da fase anal.

No caso clínico em questão, Freud postulou que a *Angst* do menino seria resultante do recalque de dois de seus impulsos: inicialmente, esta se manifestou em decorrência de seus impulsos amorosos por sua mãe. Somente depois é que ela passou a congregar também o recalque dos impulsos hostis contra seu pai e seu medo da castração. Essa idéia de várias possibilidades desencadeadoras da "*Angst*" foi explorada por Freud em outros de seus textos, como em "O estranho", de 1919.

Tanto na história clínica do "pequeno Hans" quanto na do "homem dos lobos", Freud apresentou dois relatos de fobias infantis: Hans temia que um cavalo o mordesse e o paciente russo, que um lobo o devorasse. Sobre Hans, não se sabe nada esclarecedor de sua condição psíquica posterior à análise conduzida pelo pai e orientada por Freud. O "homem dos lobos", entretanto, logo após a fobia, desenvolveu uma neurose obsessiva com componentes religiosos bem evidentes. Nos dois relatos, pode-se destacar que os episódios fóbicos não foram exageradamente longos: o caso do paciente russo transformou-se em neurose obsessiva e, sobre Hans, Freud entendeu que a análise tinha sido um sucesso, já que a fobia havia desaparecido e o menino teria se curado de sua neurose.

Em 1908, época em que acompanhou o caso de Hans, os conhecimentos de Freud, elaborados a partir de sua experiência clínica, estavam ainda bastante incompletos e, cinco anos mais tarde, na época do russo, não tinham evoluído muito. Mesmo durante a década de 1920, com todas as suas descobertas e reformulações, ele não alterou o conceito de histeria de medo (*Angsthysterie*). Esta continuou a ser entendida como uma entidade nosológica legítima, fazendo parte da psicopatologia psicanalítica.

Têm-se procurado, neste trabalho, evidências que refutem a tese de uma histeria de medo pura, conforme os casos de Hans e do paciente russo. Pressupõese, aqui, que essas fobias, descritas por Freud como uma neurose, seriam apenas

episódios pontuais presentes tanto na infância quanto na vida adulta dos pacientes e que indicariam eventos especiais no processo neurótico desses.

A hipótese aqui desenvolvida é a de que, em vez de um quadro psicopatológico autêntico, a histeria de medo ou a fobia se configurariam como uma agudização de experiências subjetivas vividas pelos pacientes. Nos casos clínicos de Freud, os dois garotos estavam passando por momentos complexos do desenvolvimento sexual, estavam em pleno complexo de Édipo. A fobia seria, então, o sinal desse processo, o estágio anterior ao estabelecimento de uma neurose propriamente dita.

Anos mais tarde, em "Inibições, sintomas e ansiedade", Freud (1976, v. XX) apresentou a tese de que o medo estaria ligado ao desejo, à castração e ao superego. Este seria um sinal para a defesa e estaria calcado em um sentimento de desamparo, de desconforto econômico ao qual o ego ficaria exposto se não se protegesse desses perigos que se insinuariam como ameaças avassaladoras, tal qual a experiência econômica do nascimento. Não poderiam as histerias de medo e as fobias, como canalizadoras do afeto do medo, serem apenas uma exacerbação desse sentimento ligado a algum desses desencadeadores?

Ainda no texto de 1926, Freud também reconheceu que inúmeras manifestações neuróticas ocorridas durante a infância tendem a desaparecer. Ele entendia que algumas fobias infantis, uma vez que são manifestações de um medo natural nas crianças, são freqüentes, passageiras e comuns nessa etapa da vida. Mesmo reconhecendo essas reações de medo como episódios comuns à infância, ele insistiu em manter a "histeria de medo" como uma entidade nosológica em vez de considerá-la apenas uma ocorrência passageira nos quadros neuróticos em geral, decorrentes de uma agudização do processo, de uma falha na defesa ou de um temor do superego. Sobre a transitoriedade do medo, ele assim se expressa:

Num grande número de casos, os antigos determinantes da ansiedade realmente declinam, após terem produzido reações neuróticas. As fobias de crianças muito tenras, temores de ficarem sós ou no escuro ou com estranhos – fobias que podem quase ser chamadas de normais –, em geral desaparecem depois; a criança 'sai delas crescendo', como dizemos sobre algumas outras perturbações da infância. As fobias de animais, de ocorrência tão freqüente, sofrem o mesmo destino e muitas histerias de conversão dos primeiros anos não têm continuidade em anos posteriores da vida. Ações cerimoniais surgem com extrema freqüência no período de latência, mas somente uma percentagem muito pequena delas se

desenvolvem posteriormente numa neurose obsessiva completa (FREUD, 1976, p. 171-172, v. XX).

Na medida em que a presença do medo deixar de representar uma vicissitude da pulsão libidinal e se tornar um sinal emitido pelo ego, isto é, passar a ter uma característica estrutural, independente do resultado do recalque, conforme será discutido no capítulo V, adiante, como se poderia entender a manutenção de um conceito nosológico estabelecido a partir de características econômicas da pulsão que foram abandonadas mais tarde? Como se poderia entender o afeto do medo que caracterizaria as fobias, quando esse afeto não for mais descrito como uma energia livre decorrente do recalque? Sem o "deslocamento libidinal", resultado do que seria o processo econômico que geraria a fobia, como manter essa definição das fobias como sintomas tanto da "neurose de medo" (*Angstneurose*) quanto da "histeria de medo" (*Angsthysterie*)?

4.3 O CASO CLÍNICO

A história clínica de Hans teve início quando ele estava com três anos de idade e começou a manifestar um grande interesse seu pênis, o seu "pipi", além de também tocar o seu membro. Sua mãe, vendo-o assim proceder, ameaçou-o: "Se fizer isso de novo, vou chamar o Dr. A. para cortar fora seu pipi" (FREUD, 197-?, p. 17, v. X). Para Freud, foi nesse momento que ele adquiriu o seu complexo de castração. Essa explicação apresenta-se lógica dentro do raciocínio de Freud para quem a latência começava aos quatro anos de idade e era seguida pela fase genital, uma vez que não tinha, ainda, descrito a fase fálica.

O interesse de Hans pelo seu "pipi" não apenas continuou como também evoluiu para os animais e ele tinha curiosidade de ver os pênis dos bichos em geral. Por essa época, três anos e meio, aconteceu o que Freud chamou de o grande evento de sua vida: o nascimento de sua irmãzinha Hanna.

Aos três anos e nove meses, Hans fez seu primeiro relato de um sonho: "Hoje, quando eu estava dormindo, pensei que estava em Gmunden com Mariedl'" (Ibid., p. 22). A menina era uma das companheiras de Hans durante as férias do

verão de 1906 naquela cidade, e ele havia se afeiçoado a ela. Sobre as relações afetivas do menino desse período, Freud afirma:

Estaríamos fazendo uma injustiça a Hans se tivéssemos de delinear apenas os aspectos auto-eróticos de sua vida sexual. Seu pai possui informações detalhadas a nos fornecer acerca do tema de suas relações amorosas com outras crianças. Destas podemos discernir a existência de uma 'escolha de objeto'⁶⁹, como no caso de um adulto; e também, temos de confessar, um notável grau de inconstância e uma disposição à poligamia (FREUD, 197-?, p. 25, v. X).

Por causa desse sonho, Freud considerava que, por volta de três anos e meio, Hans já fizera uma escolha objetal semelhante à dos adultos. Observa-se que, no que deveria ser o apogeu de seu erotismo anal, Freud indicou uma escolha de objeto, o que, mais tarde, ele levantou a hipótese de ser um acontecimento típico do complexo de Édipo, por volta dos cinco anos de idade. Constata-se, assim, a falta que a descrição da fase fálica fazia em suas articulações desse período.

Por volta dos quatro anos de idade, Hans recebeu a visita de um primo de cinco anos e fazia demonstrações explícitas de afeto por ele. Nessa mesma época, a família mudou-se para um outro apartamento e o garoto ficou fascinado com uma menina de sete ou oito anos, sua vizinha. Seus impulsos amorosos oscilavam ora entre o primo e a menina sua vizinha, ora entre o pai e a mãe. Esse fato não é também enfatizado por Freud. Interessava-lhe caracterizar uma escolha objetal já bastante definida pelo sexo feminino e um complexo de castração já bastante estruturado a fim de fundamentar suas hipóteses.

Com quatro anos e três meses, durante o banho, Hans pediu a sua mãe que colocasse o dedo em seu pênis. Nessa época, ele teve um outro sonho: "'Sabe, ontem à noite pensei assim: *Alguém disse*: 'Quem quer vir até mim?' Então alguém disse: 'Eu quero'. Então ele teve que obrigar ele a fazer pipi" (Ibid., p. 29).

Nessa passagem, Freud acrescentou um comentário no qual ressaltou que o fato de alguém ter que lhe colocar para urinar e, assim, manipular-lhe o pênis, seria um processo prazeroso. O fato de, muitas vezes, ser o seu pai, daria ao menino a chance de viver seus impulsos homossexuais na figura paterna.

Pode-se presumir, entretanto, que, aos quatro anos e meio mais ou menos, Hans estava em plena fase fálica, conforme Freud veio a descrevê-la mais tarde. Ele

69

⁶⁹ Objektwahl.

não somente apresentava impulsos voyeristas de ver os genitais das pessoas, crianças ou adultos e, até mesmo, dos animais, como também exibicionistas, como se verá mais adiante; interesse pelo próprio pênis e prazer erógeno quando lhe estimulavam a região. É bem verdade que teve um sonho exibicionista e este indica já um processo de recalque fálico, mas, apenas nesse momento, Hans estaria em pleno complexo de Édipo e de castração e não desde os três anos, conforme Freud declarou anteriormente.

Após as férias, na volta da família a Viena, Hans viu sua irmãzinha tomando banho e começou a rir do "pipi" dela. Inquirido sobre o riso, disse que achava o "pipi" da irmã bonita. O pai acreditava que isso não era verdade. Hans teria achado engraçado mesmo e, segundo ele, esta teria sido a primeira vez que ele teria reconhecido a diferença entre os genitais masculinos e femininos.

Quando Hans estava em torno de cinco anos de idade e em plena fase fálica, com sensações erógenas no pênis e impulsos voyeristas e exibicionistas, o pai escreveu a Freud, relatando novas experiências do menino. Ao sair à rua com a empregada, ele começou a chorar e quis voltar para casa. Foi, então, que Hans começou a exibir um comportamento estranho: ele vinha apresentando um distúrbio nervoso. Sobre isso, seu pai escreveu a Freud:

'Sem dúvida, o terreno foi preparado por uma superexcitação sexual devida à ternura da mãe de Hans; mas não sou capaz de especificar a causa real da excitação. Ele receia que *um cavalo vá mordê-lo na rua*⁷⁰, e esse medo parece estar de alguma forma relacionado com o fato de ele vir-se assustando com um grande pênis. Conforme o senhor soube, por um relato anterior, já em uma idade deveras precoce ele havia notado como são grandes os pênis dos cavalos, e nessa época deduziu que sua mãe, por ser tão grande, deveria ter um pipi como o do cavalo' (FREUD,197-?, p. 33, v. X).

Mas Hans apresentava também outros sintomas. Mantinha-se temeroso e um tanto deprimido ao anoitecer. Segundo seu pai, "Com exceção do fato de estar receoso de sair à rua e de ficar com desânimo à noite, ele de resto é o mesmo Hans, tão alegre e animado como sempre foi" (Ibid.). Essas manifestações emocionais do menino indicavam uma situação bastante complexa, embora o pai insistisse em minimizá-la.

-

⁷⁰ Die Furcht, dass ihm auf der Gasse ein Pferd beissen werde.

No dia 8 de janeiro, quando a mãe de Hans iria levá-lo ao Schönbrunn, onde ele sempre gostara de ir, ele começou a chorar e a dizer que não queria sair. Por fim resolveu ir, embora ficasse amedrontado na rua. Na volta do passeio, disse à sua mãe: "*Eu estava com medo de que um cavalo me mordesse*" (FREUD,197-?, p. 35, v. X)

Freud afirmou, então, que foi nesse momento que começou o medo (*Angst*) de Hans. Segundo ele:

Assim, temos aqui o começo da ansiedade de Hans, bem como, o início da sua fobia⁷². Vemos, pois, que existe uma boa razão para manter as duas separadas uma da outra. [...] O distúrbio teve início com pensamentos ao mesmo tempo apreensivos e ternos⁷³, seguindo-se, então, um sonho de ansiedade74 cujo conteúdo era a perda de sua mãe e, com isso, não poder mais 'mimar' junto com ela. Por conseguinte, sua afeição pela mãe deve ter-se tornado fortemente intensa. Na sua condição, era esse o fenômeno fundamental. Em apoio a essa teoria, podemos recordar duas tentativas de seduzir sua mãe, datando a primeira delas do verão, ao passo que a segunda (um elogio feito ao seu próprio pênis) ocorreu no momento imediato que precedeu à irrupção de sua ansiedade na rua⁷⁵. Foi esse aumento de afeição por sua mãe que subitamente se transformou em ansiedade⁷⁶, a qual, diga-se de passagem, sucumbiu à repressão. Ainda não sabemos de onde pode haver-se originado o ímpeto para a repressão. Talvez fosse apenas consegüência da intensidade das emoções da criança, que ficara acima da sua capacidade de controle; ou talvez também estivessem em ação outras forças que ainda não tenhamos identificado. Isso iremos sabendo à medida que avançarmos. A ansiedade de Hans, que assim correspondia a uma ânsia erótica reprimida, como toda ansiedade infantil, não tinha um objeto com que dar saída: ainda era ansiedade e não medo⁷⁷. A criança não pode dizer [no princípio] de que ela tem medo; e quando Hans, no primeiro passeio com a babá, não quis dizer de que ele tinha medo, isso foi simplesmente porque ele mesmo ainda não sabia. Ele disse tudo o que sabia, que na rua sentia falta de sua mãe com quem queria 'mimar', e que não queria estar longe dela. Dizendo essas coisas, confessou abertamente o significado primário de sua aversão às ruas78 (FREUD, 197-?, p. 35-36, v. X).

.

⁷¹ Ich hab' mich gefürchtet, dass mich ein Pferd beissen wird.

⁷² Dies wäre also der Anfang der Angst wie der Phobie.

⁷³ ängstlich-zärrlich Gedanken.

⁷⁴ Angsttraum.

⁷⁵ Ausbruche der Strassenangst.

⁷⁶ die in Angst umschlägt.

⁷⁷ Diese verdrängt erotischer Sehnsucht entsprechende, Angst ist zunächst wie jeder Kinderangst Objektlos, Noch Angst und nicht Furcht.

⁷⁸ Das Kind kann nicht wissen, wovor es sich furchtet, so weiss er es eben noch nicht. Er sagt was er weiss, dass ihm die Mama auf der Strasse fehlt, mir der er schmeicheln kann, und dass er nicht von der Mama weg. Er verrät da in aller Aufrichtigkeit der ersten Seinn seiner Abneigung gegen dir strasse.

A partir dessa citação, verifica-se que Freud constatou que Hans apresentava mais de uma reação de medo: medo que um cavalo, o substituto do pai, mordesse-o e medo de perder a mãe, ambos decorrentes do recalque de seus impulsos amorosos e hostis.

Antes do episódio relatado anteriormente, havia outros dois que aconteceram à noite, antes de Hans ir dormir, os quais se caracterizavam tanto por medo quanto por nítidos traços de ternura. Para Freud, esses eventos indicariam que, no começo da doença, não havia fobia alguma, apenas o medo decorrente do recalque de seus impulsos amorosos pela mãe. O motivo para ele ficar tão assustado à noite teria sido que, nessa hora, antes de ir dormir, haveria uma intensificação de sua libido. O objeto desta seria sua mãe e seu objetivo, presumivelmente, seria ir dormir com ela. Segundo Freud (Ibid., p. 37):

Sua ansiedade correspondia a um forte anseio reprimido⁷⁹: também a repressão deve ser levada em conta. O anseio pode transformar-se completamente em satisfação, se o objeto ansiado lhe for concedido. Uma terapia dessa natureza já não é mais eficaz quando se lida com a ansiedade⁸⁰. Esta permanece até mesmo quando o anseio pode ser satisfeito. Já não é mais capaz de se retransformar inteiramente na libido; existe alguma coisa a reter a libido sob repressão. Esse fato, no caso de Hans, evidenciou-se por ocasião do passeio que fez a seguir, quando sua mãe o acompanhou. Estava com ela e, não obstante, ainda sofria de ansiedade, digamos, de um anseio insatisfeito com relação a ela. Realmente, a ansiedade era pouca, pois foi ele mesmo que se permitiu ser induzido a ir passear, ao passo que obrigara a babá a levá-lo de volta a casa. Além disso, a rua não é bem lugar correto para 'mimar', ou o que quer que esse jovem apaixonado pudesse ter desejado fazer. A sua ansiedade, todavia, resistiu ao teste, e para ela a primeira coisa a fazer era encontrar um objeto. Foi nesse passeio que ele, pela primeira vez, expressou medo de que um cavalo o mordesse⁸¹. De onde terão provindo os elementos para essa fobia? É provável que dos complexos – até aqui desconhecidos por nós – que contribuíram para a repressão e mantinham sob repressão os sentimentos libidinais de Hans para com sua mãe.

Por essa época, ele se divertia brincando com seu pênis mas, o ato masturbatório não era a causa de seus medos (*Angst*). Segundo Freud (197-?, p. 38, v. x):

7

⁷⁹ Die Angst entspricht also verdrängt Sehnsucht.

⁸⁰ Angst.

⁸¹ Aber die Angst hat die probe bestanden und muss jetz ein Objekt finden. Auf diese Spaziergange äussert er zünachst die Fucht, dass ein Pferd beissen werde.

[...] Os estados de ansiedade não são formados pela masturbação ou ela obtenção de satisfação, qualquer que seja. Além disso, podemos supor que Hans, então com quatro anos e nove meses, se havia dado a esse prazer toda noite, pelo menos por um período de um ano. E vamos saber que, nessas ocasiões, ele de fato estava lutando para livrar-se do hábito – um estado de coisas que melhor se ajusta à repressão e à geração de ansiedade.

Freud reproduz aqui sua teoria do medo (*Angst*), segundo a qual ele explicará o quadro clínico. Para ele, então, esse sentimento assolava o indivíduo durante o processo repressivo. O afeto, ou parte dele, liberado pelo recalque transformava-se em medo, de início sem objeto, até que se ligasse e virasse uma fobia. Nesse caso, inicialmente, o recalque do afeto amoroso pela mãe teria gerado o medo de Hans. Ele sentiu um temor difuso ao sair à rua com a empregada. Em seguida, o que se transformou em uma fobia teriam sido os impulsos hostis de Hans contra seu pai. A visão do cavalo caindo remeteu-o a seu desejo de que algo ruim acontecesse a seu pai.

Os ataques de medo de Hans continuaram mais ou menos intensos, mesmo quando ele estava na companhia de seu pai. Sempre que saía à rua, amedrontavase na presença de animais. Seu pai, por orientação de Freud, deu-lhe alguns esclarecimentos sexuais, os quais, naquele momento, não foram eficientes.

A observação dos "pipis" dos animais, que antes lhe dava prazer, passou a ser-lhe desprazível, pois, remetia-lhe ao fato de ter um "pipi" pequeno. Essas experiências, reflexões e conclusões conduziam a deduções aflitivas e essa corrente de pensamento não se tornava consciente, no todo, para Hans. Assim sendo, esse sentimento doloroso também se transformaria em *Angst*, em medo. Essa hipótese fez Freud ampliar sua teoria: além do afeto proveniente do recalque, os sentimentos aflitivos, em geral, também se juntavam àqueles na formação do medo, conforme ele mesmo escreve:

Entretanto, de vez que toda a corrente de pensamentos era provavelmente incapaz de se tornar nitidamente consciente, também esse sentimento aflitivo foi transformado em ansiedade⁸², de modo que sua ansiedade atual se estabeleceu tanto em seu prazer anterior quanto em seu atual desprazer. Uma vez que um estado de ansiedade se estabelece, a ansiedade absorve todos os outros sentimentos; com o progresso da repressão, e com a passagem ao inconsciente de boa parte das outras idéias que são carregadas de

.

⁸² Angst.

afeto e que foram conscientes, todos os afetos podem ser transformados em ansiedade (FREUD, 197-?, p. 45, v. X).

Nessa citação, Freud lançou as bases para a justificativa da sua teoria da "histeria de medo", conforme ele próprio esclareceu adiante. Se, na histeria, o afeto sofria uma conversão para o corpo, na presente explicação, todos os afetos se transformam em um único sentimento: medo. O autor salienta:

No sistema classificatório das neuroses não foi, até agora, atribuída uma posição definida para as 'fobias'. Parece certo que elas só devam ser encaradas como síndromes, que podem formar parte de várias neuroses e que não precisamos classificá-las como um processo patológico independente. Para fobias da espécie a que pertence a do pequeno Hans, e que são, na realidade, as mais comuns, o nome 'histeria de angústia' não me parece impróprio; [...] O termo encontra sua justificação na semelhança entre a estrutura psicológica dessas fobias e a da histeria – uma semelhança que é completa, exceto em um único ponto. Esse ponto, todavia, é um ponto decisivo e bem adaptado para finalidades de diferenciação. Na histeria de angústia, a libido que tinha sido libertada do material patogênico pela repressão, não é convertida (isto é, desviada da esfera mental para uma inervação somática), mas é posta em liberdade na forma de ansiedade. Nos casos clínicos com os quais nos defrontamos, essa 'histeria de angústia' pode estar combinada em alguma proporção com a 'histeria de conversão'. Existem casos de pura histeria de conversão sem nenhum traço de ansiedade, assim como há casos de simples histeria de angústia que exibem sentimentos de ansiedade e de fobias, mas não tem mistura de conversão. O caso do pequeno Hans é da última espécie (Ibid., p. 122-123).

Pode-se presumir que esta teoria de Freud sobre a existência da "histeria de angústia" ou "histeria de medo", só seria válida enquanto ele considerou a *Angst* como sendo resultante do processo de recalque, ou seja, uma espécie de energia livre que se transformava em *Angst*. Quando, em 1926, ele reformulou essa teoria, tornando-a um sinal para a defesa, a explicação apresentada deveria ter perdido o seu valor. A *Angst* seria, então, um sinal para a defesa e não o resultado do processo de recalque. Assim sendo, a definição de histeria de angústia não se sustentaria mais. Mesmo assim, ele insistiu em conservar essa classificação, como se não tivesse se percebido desse fato.

Retomando a história do pequeno Hans, este relatou um sonho com duas girafas desenhadas em papel. Ele sentou-se, então, sobre a menor enquanto a maior gritava. Esse sonho foi interpretado por seu pai, com a confirmação de Freud,

como sendo um desejo de posse de sua mãe (girafa menor) e de desafio a seu pai (girafa maior).

Freud faz um comentário, ressaltando que a fobia do menino se formou quando ele, junto com sua mãe, viu um cavalo cair na rua e, em conexão com seu desejo pela mãe, desejou que seu pai, dessa forma, caísse e morresse. Assim, aqueles impulsos hostis pelo pai que já haviam sido recalcados se manifestavam como medo projetivo do pai e foram deslocados para o cavalo. Mas Hans apresentava também impulsos homossexuais por seu pai. Certo dia, ao vê-lo se barbear, disse: "Papai, você é lindo. Você é tão branco" (FREUD, 197-?, p. 63, v. X).

Freud ressaltou, nessa passagem, que a fobia do cavalo branco ligava-se também a seu pai. No episódio do pai se barbeando, Hans declarou que fazia barulho com os pés quando estava com raiva ou quando tinha de evacuar e preferiria ir brincar. Seu pai, além de confirmar essa informação, acrescentou mais um detalhe ao caso: o menino havia sofrido de constipação intestinal desde tenra idade, sendo necessário o uso de laxantes e enemas. O médico consultado na época era de opinião que Hans estava sendo superalimentado, o que era fato. Ele recomendou, então, uma dieta mais moderada e a situação se resolveu. Durante o episódio da fobia de Hans, a constipação voltou a aparecer com certa freqüência.

Ainda, em conexão com essa questão das fezes, ou do *lumf*, como o menino as denominava, ele apresentou reações de nojo e aversão quando sua mãe comprou duas calcinhas amarelas. Inquirido sobre isso, respondeu: "*Eu cuspo porque as calças pretas são pretas como um 'lumf'* e as amarelas são como pipi, e então eu acho que tenho que fazer pipi" (Ibid., p. 71).

Nessa mesma época, quando ele tinha cinco anos de idade, e durante a qual ele dava grande importância às fezes, ele também passou a manifestar fantasias sádicas. Inicialmente, colocou sua irmã, Hanna, como realizadora da ação fantasmática: ele, ela e sua mãe estavam em uma carruagem em Gmunden. Enquanto ele e a mãe viajavam no interior do veículo, a irmãzinha ia montada no cavalo, chicoteando-o. Além disso, ele desejava que ela caísse na banheira e morresse. Alguns dias depois, por insistência de seu pai, ele confessou que ele próprio gostaria de bater em cavalos. Depois, relatou que ele gostaria de bater em sua mãe também.

Hans apresentou uma outra fantasia: "'Um menino da rua estava dirigindo uma carreta, o guarda veio e o despiu, deixando-o inteiramente nu, e fez o menino ficar parado lá até a manhã seguinte, e de manhã o menino deu ao guarda 50.000 florins, para que ele pudesse continuar a dirigir a carreta" (FREUD, 197-?, p. 91, v. X). Freud interpretou essa fantasia como sendo referente ao fato de o menino ter pagado 50.000 florins ao guarda-pai pela posse da mãe. Será que não se poderia identificar aí também suas fantasias exibicionistas? O fato de ele ser despido e ficar nu não indicaria isso? Essas fantasias exibicionistas e voyeristas caracterizariam sua fase fálica, posicionaria aí o seu complexo de Édipo e justificaria o seu medo da castração.

Assim sendo, pode-se presumir a presença de dois grupos de conteúdos psíquicos. De um lado, ter-se-ia toda uma gama que indicaria conteúdos anais: *lumf* e sadismo; de outro, conteúdos fálicos: exibicionismo na fantasia do guarda e voyerismo (desejo de ver a mãe e os amiguinhos de Gmunden urinarem).

O interesse pelos pênis dos animais e humanos, bem como a grande importância para o nascimento das crianças e seu comportamento masturbatório, mais seu desejo pela mãe e temor do pai na figura do cavalo, decorrente de sua hostilidade contra ele e, ainda, o amor que sentia pelo pai, tudo isso não configuraria o Édipo durante a fase fálica e temor da castração concomitante? Freud, como não conhecia essa fase ainda, não o percebeu. Seus comentários apresentam-se misturados.

É importante destacar, também, que os conteúdos anais citados anteriormente surgem na história de Hans após o início da fobia. Seria isso confusão de seu pai ou os fatos aconteceram assim mesmo? Tudo indica que conteúdos de duas fases diferentes participavam do mesmo quadro clínico.

Sobre a castração, Freud acreditava que, quando a mãe o ameaçou, aos três anos de idade, dizendo-lhe que mandaria chamar o médico para cortar-lhe o pênis, este era o fator desencadeante de seu complexo de castração que se manifestou um ano e meio mais tarde, já que ele não recebeu outras ameaças de castração naquela época.

Assim, para Freud, Hans teria desenvolvido a fobia por medo da castração e a intervenção de seu pai, mediante a análise, teria posto um término em sua neurose. Após os esclarecimentos que Hans recebeu sobre a diferença sexual entre

homens e mulheres e, principalmente, quando ele tomou conhecimento de onde e como vêm os bebês, sua neurose se desfez.

Freud entendeu que esse foi o fim da análise de Hans, ou seja, quando suas fantasias foram esclarecidas. Além das citadas, ainda havia uma outra, segundo a qual um bombeiro desparafusava a banheira e batia com a broca em sua barriga. Essa fantasia depois foi entendida e interpretada como se seu pênis pequeno tivesse sido substituído por um maior. Para Freud (197-?, p. 137-138, v. X), então:

Já consideramos as duas fantasias concludentes de Hans, com as quais a sua recuperação foi fechada. Uma dessas, a do bombeiro dando-lhe um novo e, como seu pai adivinhou, maior pipi, não era simplesmente a repetição da fantasia anterior que dizia respeito ao bombeiro e à banheira. A nova era uma fantasia triunfante e apaixonada, e foi com ela que ele superou seu medo da castração. Sua outra fantasia, que confessava o desejo de ser casado com sua mãe e de ter muitos filhos com ela, não esgotou simplesmente o conteúdo dos complexos inconscientes que tinham sido agitados pela visão do cavalo caindo e que tinham gerado sua ansiedade. Também corrigiu aquela porção daquelas idéias que era inteiramente inaceitável; pois, ao invés de matar seu pai, tornou-o inofensivo, incentivando-o a um casamento com a avó de Hans. Com essa fantasia, tanto a doença como a análise chegaram a um final apropriado.

No texto, Freud comentou, então, que, ao final da análise, o complexo de castração de Hans fora desfeito com o ganho de um pênis maior e casando seu pai com a avó, ficando, possivelmente, ele com a mãe. Estranho desfecho este. Em vez de castrado, ele concluiu a sua análise mais potente, sem o empecilho do pai e de posse da mãe.

4.3.1 O "pequeno Hans" e o "homem dos lobos"

Cumpre ressaltar que, se se cotejar a análise de Hans com a do "homem dos lobos", encontrar-se-ão algumas semelhanças. Na história clínica publicada em 1918, Freud apresentou uma explicação mais completa e mais eficiente do temor da castração e do recalque dela proveniente e, assim, pode-se ter uma visão, embora um pouco diferente, mais acurada do caso Hans.

Freud não percebeu que aquilo que ele denominara "histeria de medo" poderia ser, na verdade, a vivência do medo que convoca a defesa. Hans vivia então fantasias e desejos fálicos que indicavam o Édipo e a castração: os desejos por sua mãe, as fantasias exibicionistas e voyeristas. Nesse momento, reapareceram, ou ganharam força, conteúdos anais, indicando talvez uma regressão do menino, possivelmente proveniente do recalque primário que, seguindo-se suas articulações apresentadas no caso clínico do "homem dos lobos", poderia ter-se dado quando sua mãe o ameaçou de mandar o médico cortar o seu pênis, por volta dos três anos e meio.

Assim, em pleno Édipo, Hans apresentou um caráter anal: problemas com o *lumf* e fantasias sádicas e masoquistas. Quando o recalque secundário se estabeleceu, poderia ter-se formado uma neurose obsessiva, dando relevo ao caráter já estabelecido. A falta de informações mais fidedignas de sua vida adulta impede, por hora, qualquer conjectura a esse respeito.

Pode-se, assim, legitimamente levantar a hipótese de que a análise feita pelo pai de Hans foi interrompida exatamente no momento em que o recalque secundário aplacou o medo, dando a impressão de cura quando, na verdade, teria havido o estabelecimento da neurose.

De forma semelhante, na história da análise do "homem dos lobos", Freud deu destaque à neurose infantil do paciente. Ele relatou que aquele paciente teve, inicialmente, uma fobia a qual depois evoluiu para uma neurose obsessiva. Sobre a fobia do garoto, Freud (1976, p. 30, v. XVII) afirma:

[...] Assim, recordava ele que havia sofrido um medo⁸³, que sua irmã explorava com o propósito de atormentá-lo. Havia um determinado livro de figuras no qual estava representado um lobo, de pé, dando largas passadas. Sempre que punha os olhos nessa figura começava a gritar, como um louco, que tinha medo⁸⁴ de que o lobo viesse e o comesse. A irmã, no entanto, sempre dava um jeito de obrigá-lo a ver a imagem, e deleitava-se com o seu terror. Entretanto, ele se amedrontava⁸⁵ também com outros animais, grandes e pequenos. Certa vez estava correndo atrás de uma grande e bonita borboleta, com asas listradas de amarelo e acabando em ponta, na esperança de apanhá-la. [...] De repente, foi tomado de um terrível medo⁸⁶ da criatura e, aos gritos, desistiu da caçada. Também sentia medo e

.

⁸³ Angst.

⁸⁴ er fürchtete sich.

⁸⁵ er fürchtete sich indes auch.

⁸⁶ Angst.

repugnância⁸⁷ dos besouros e das lagartas. Ainda assim, conseguia lembrar-se de que, nessa mesma época, costumava atormentar os besouros e cortar as lagartas em pedaços. Também os cavalos despertavam nele um estranho sentimento. Se alguém batia num cavalo, ele começava a gritar, e certa vez foi obrigado a sair de um circo por causa disso. Em outras ocasiões, ele próprio gostava de bater em cavalos [...].

Freud (1976, p. 31, v. XVII) relata, ainda, os outros sintomas retirados das lembranças do paciente que fundamentam seu diagnóstico de neurose obsessiva:

[...] Relatou como, durante um longo período, ele foi muito devoto. Antes de dormir era obrigado a rezar muito tempo e a fazer, em uma série interminável, o sinal-da-cruz. Também à tarde costumava fazer uma ronda por todas as imagens sagradas penduradas na sala, levando consigo uma cadeira sobre a qual subia para beijar piamente cada uma delas. O que era totalmente destoante desse cerimonial devoto – ou, por outro lado, talvez fosse bastante coerente – é que se recordasse de certos pensamentos, determinadas blasfêmias que lhe vinham à cabeça como uma inspiração do diabo. Era obrigado a pensar 'Deus-suíno' ou 'Deus-merda'. Certa vez, em viagem para uma instância de repouso na Alemanha, foi atormentado pela obsessão de ter que pensar na Santíssima Trindade sempre que via três montes de esterco de cavalo ou qualquer outro excremento na estrada. Nessa época costumava executar outra cerimônia peculiar quando via pessoas das quais sentia pena, como mendigos, aleijados ou gente muito velha. Respirava soltando o ar ruidosamente, para que não ficasse como eles; [...] Presumi naturalmente que esses sintomas óbvios de uma neurose obsessiva pertenciam a um período e estádio de desenvolvimento algo posterior aos sinais de ansiedade⁸⁸ e à fase de maltratar os animais.

Assim sendo, no caso clínico do "homem dos lobos", quando criança, o paciente desenvolvera, primeiro, uma fobia, isto é, teve vivências repetidas de medo intenso de diferentes animais o qual depois se cristalizou na figura do lobo. Na seqüência dos acontecimentos, definiu-se uma neurose obsessiva de cunho religioso bastante evidente. Por que o mesmo processo não poderia ter acontecido a Hans? Primeiro, a vivência de um medo aterrador ligado aos cavalos e, em seguida, uma histeria ou uma neurose obsessiva?

Seria bastante viável pressupor que Hans, no momento em que surgiu sua fobia, estivesse vivendo a fase fálica, em pleno complexo de Édipo bifásico com impulsos homossexuais e heterossexuais e também com "impulsos componentes"

-

⁸⁷ Angst und Abscheu.

⁸⁸ Angst.

de exibicionismo e voyerismo. Mediante seus ataques de medo, deu-se o recalque que o levou a regredir à sua fase anal, o que justificaria seus impulsos sádicos e o retorno do complexo problema do *lumf*. O recalque teria feito seus conteúdos fálicos desaparecerem.

Em "Inibições, sintomas e angústia" Freud (1976, p. 136, v. XX) comentou que a neurose obsessiva tem sua origem numa situação semelhante à da histeria: a necessidade de desviar as exigências libidinais e do complexo de castração. Sobre o tema, esclarece:

Na realidade, toda neurose obsessiva parece ter um substrato de sintomas histéricos que se formaram em uma fase bem antiga. Mas subseqüentemente ela é plasmada em moldes bem diferentes devido a um fator constitucional. A organização genital da libido vem a ser débil e insuficientemente resistente, de modo que, quando o ego começa seus esforços defensivos, a primeira coisa que ele consegue fazer é lançar de volta a organização genital (da fase fálica), no todo ou em parte, ao nível anal-sádico mais antigo. Esse fator de regressão é decisivo para tudo o que se segue.

Os sintomas histéricos são frutos do recalque dos conteúdos fálicos, que são retirados da consciência pelo recalque acionado pelo medo da castração. Nas psicanálises de pacientes obsessivos, esses sintomas histéricos estão encobertos pelo intenso conflito pulsional que caracterizam esses casos de neurose obsessiva. Quando a análise consegue elaborar e desmontar esse conflito, depara-se com esses sintomas histéricos que, até então, não tinham tido oportunidade de se manifestar.

Essa fobia poderia ser uma manifestação passageira em resposta ao conflito edipiano e não uma histeria de angústia como Freud pretendia. A clínica da psicanálise não tem registrado casos de histeria de angústia a ponto de justificar esse conceito.

Nesses dois casos clínicos, seria uma experiência de frustração, quando os meninos se encontram já no que Freud então denomina "fase genital", que teria induzido o recalque primário e forjado o caráter dos pacientes mediante a regressão à fase anal-sádica. Nesse momento, não haveria, ainda, a *Angst*. Esta só se manifesta diante da ameaça da castração e, embora Freud não o elabore ainda, é o motor do recalque secundário. Assim sendo, o que foi denominado histeria de medo nada mais seria, na verdade, que a ação do medo indutor da defesa psíquica. Uma

vez que Freud ainda estava ligado à sua antiga teoria da *Angst* como subproduto do recalque, não pôde elaborar, adequadamente, os dados clínicos de que dispunha.

Na história do "homem dos lobos", entretanto, mesmo não indo além de sua posição teórica, as descrições que fez dos ataques de medo do garoto não deixam dúvidas de que este se impunha de maneira imperiosa. Isso deve ter-lhe suscitado questionamentos, pois, no ano seguinte, publicou um texto cujo tema central não é outro senão o medo e as situações que o suscitam.

5 AS VÁRIAS FACETAS DO MEDO

A segunda teoria da *Angst* foi resultado de uma longa reflexão. Em 1914, com o artigo "Sobre o narcisismo – uma introdução", Freud apresentou, pela primeira vez, uma teoria bem desenvolvida sobre o surgimento do ego e esboçou o que, mais tarde, seria sua concepção do superego. Nesse texto, destaca-se o fato de o ego ser o depositário de toda a energia libidinal e, a parir dele, essa energia seria canalizada para os objetos. Esta poderia, também, retornar ao ego o qual possuía, ainda, uma energia própria, que se tornava dessexualizada, embora fosse oriunda dos processos libidinais.

O passo seguinte se deu em 1919, quando veio a lume um artigo intitulado "O estranho", no qual Freud discute diversas situações em que o ego se vê ameaçado e responde com *Angst*, com medo.

Historicamente, no caso de Hans, ele havia levantado a hipótese de que a fobia do garoto refletiria um medo do desejo recalcado por sua mãe e, ao mesmo tempo, de seus impulsos hostis contra seu pai. Na época da publicação desse caso clínico, Freud postulou a existência da "histeria de medo" como uma entidade nosológica legítima. O medo, como nas demais neuroses, seria decorrente do recalque do impulso libidinal. A característica peculiar desse quadro clínico residiria no fato de que a energia livre pelo recalque passa ser deslocada automaticamente para o animal temido. Essa era uma explicação meramente econômica e atendeu às necessidades teóricas de Freud por mais de duas décadas.

Pode-se presumir, entretanto, que, com o tempo, Freud constatou que outros fenômenos causavam esse mesmo afeto e que esses se manifestavam de forma semelhante tanto nas neuroses quanto na vida humana em geral. Isto o levou, certamente, a refletir melhor sobre a restrita teoria econômica da *Angst,* uma vez que ela não explicava mais como outros medos presentes nos casos clínicos se estabeleciam. O ensaio intitulado "O estranho", de 1919, de Freud (1976, v. XVII) é uma de suas tentativas de ampliar os conhecimentos e a compreensão sobre essa intrigante experiência subjetiva.

No texto em questão, as palavras alemãs que Freud empregou para designar o medo que se relaciona com essa sensação de algo "estranho" é *Angst* e seus derivados. Seus tradutores da primeira edição da *Standard Edition* brasileira, mais

uma vez, repetem o uso confuso que fazem dessa palavra: ora traduzem-na por "medo", ora por "ansiedade" ou, ainda, por "medo", tornando quase impossível ao leitor a compreensão do assunto proposto. Na verdade, Freud estava interessado em aplicar a teoria da *Angst*, isto é, do medo, ao estudo da estética para daí extrair outras constatações importantes sobre o psiquismo humano.

Em "O estranho", ele se voltou para a estética do sentimento de estranheza em relação à obra de arte e, para analisá-lo, recorreu à ajuda da literatura. Destacou que o seu tema era um ramo negligenciado da estética mas que sua importância referia-se ao fato de esse sentimento estar ligado ao que é assustador, "com o que provoca medo e horror⁸⁹" (FREUD, 1975, p. 275-276, v. XVII). Na verdade, era na *Angst* que ele estava interessado.

Chama atenção o fato de Freud não se referir a esse afeto como fruto do recalque, conforme sua teoria econômica ainda em vigor. Ele descreve, então, situações que, embora advenham, aparentemente, da realidade, são, na verdade, determinadas pelos processos mentais inconscientes. Isto queria dizer que a transformação da libido não era a única forma do medo se manifestar. Ele já tratara desse assunto anteriormente, na Conferência XXV, de suas "Conferências introdutórias sobre psicanálise", de 1916-1917. Nesta, denominara "Realangst" ao "medo realístico", em oposição ao "medo neurótico". Mas, então, ele se referia aos perigos concretos. Em "O estranho", o medo se manifesta como se fosse concreto mas, na verdade, é a expressão de uma condição psíquica especial.

Para Freud, o sentimento de estranheza se refere, então, ao medo (*Angst*) que é despertado em alguém por pessoas, coisas, impressões sensórias, experiências e situações que já foram antes familiares. Como ele esclareceu: "o estranho é aquela categoria do assustador que remete ao que é conhecido, de velho, e há muito familiar" (FREUD, 1976, p. 277, v. XVII). Inicialmente, ele queria, com isso, estudar e descrever aquelas circunstâncias em que o familiar torna-se estranho e assustador, isto é, os desejos recalcados, mas as suas reflexões vão além disso.

Para ele, duas situações seriam, principalmente, as responsáveis pelo "estranho" e pelo sentimento de medo e horror daí decorrentes: de um lado, a evocação de desejos recalcados e, de outro, os modos superados de pensamento relacionados com a pré-história do indivíduo ou da raça e que, nos processos

-

⁸⁹ zum Schreckhaften, Angst und Grauenerregenden gehört.

patológicos, levam à divisão da consciência e à projeção desses aspectos na realidade exterior.

5.1 O ESTRANHO

A partir, então, da etimologia do vocábulo, "umheimlich", Freud (1976, p. 283, v. XVII) enfatiza a proximidade entre o que é estranho e familiar ao mesmo tempo, como se pode verificar a seguir:

[...] heimlich é uma palavra cujo significado se desenvolve na direção da ambivalência, até que finalmente coincide com seu oposto, unheimlich. Unheimlich é, de um modo ou de outro, uma subespécie de heimlich. Tenhamos em mente essa descoberta, embora não possamos ainda compreendê-la corretamente [...].

Freud tomou, então, como inspiração para sua primeira incursão na literatura sobre o assunto, o escritor E. T. A. Hoffmann e os contos "O homem de areia" e "O elixir do diabo".

Conforme seu entendimento, o tema central da primeira história seria exatamente aquilo que lhe dá o nome: o "'Homem de areia', que arranca os olhos das crianças" (Ibid., p. 285). Para ele, o sentimento de estranheza da personagem principal, o estudante Nataniel, estaria ligado diretamente à figura do homem de areia, ou seja, à idéia de ter seus olhos roubados. As diversas personagens masculinas que apavoram o jovem protagonista seriam, de fato, a mesma pessoa: a "conclusão da história deixa bastante claro que Coppola, o oculista, é realmente o advogado Copélio e também, portanto, o Homem de Areia" (Ibid., p. 288).

Sobre o medo (*Angst*), que é o tema central desse texto em questão, Freud (Ibid., p. 289) afirma:

Sabemos, no entanto, pela experiência psicanalítica, que o medo de ferir ou perder os olhos é um dos mais terríveis temores das crianças⁹⁰. Muitos adultos conservam uma apreensão⁹¹ nesse aspecto, e nenhum outro dano físico é mais temido por esses adultos do que um ferimento nos olhos. Estamos acostumados, também, a

_

⁹⁰ Kindersangst. (FREUD, 1999, p. 243, v. XII).

⁹¹ Angstlichkeit. (Ibid.).

dizer que estimamos uma coisa como a menina dos olhos. O estudo dos sonhos, das fantasias e dos mitos ensinou-nos que a ansiedade em relação aos próprios olhos92, o medo de ficar cego, é muitas vezes um substituto do temor de ser castrado. O autocegamento do criminoso mítico, Édipo, era simplesmente uma forma atenuada do castigo da castração – o único castigo que era adequado a ele pela Lex Talionis. Podemos tentar, com fundamento racionalista, negar que os temores em relação aos olhos93 derivem do medo da castração⁹⁴, e argumentar que é muito natural que um órgão tão precioso como o olho deva ser guardado por um medo⁹⁵ proporcional. Na verdade, podemos ir mais além e dizer que o próprio medo da castração não contém outro significado, nem outro segredo mais profundo, do que um justificável medo de natureza racional. Esse ponto de vista, porém, não considera adequadamente a relação substitutiva entre o olho e o órgão masculino, que se verifica existir nos sonhos, mitos e fantasias; nem dissipa a impressão de que a ameaça de ser castrado excita de modo especial uma emoção particularmente violenta e obscura, e que é essa emoção que dá, antes de mais nada, intenso colorido à idéia de perder outros órgãos.

Freud propôs, então, que o estranho medo causado pelo homem de areia estaria ligado à Angst que pertence ao complexo de castração infantil. Mas ele entendia também que o complexo de castração não é a única fonte do sentimento de estranheza que suscitaria o medo e o horror.

Ele já havia declarado também que uma outra condição para o sentimento de "estranho", e seus concomitantes medo e horror, seria algo da ordem do que é secretamente familiar, isto é, que foi submetido ao recalque e então força seu retorno, ou seja, os desejos recalcados. Vale notar que, nesse caso, ele já colocara em relevo uma relação entre o desejo, a falência da defesa e o aparecimento do medo.

O outro grupo de manifestações que causam o sentimento de "estranho" é aquele no qual se fazem presentes os aspectos primitivos do pensamento que, por processos patológicos, são projetados no mundo exterior pelos mecanismos de defesa do ego. Para apresentar suas hipóteses sobre esse assunto, ele destacou a novela "O elixir do diabo". Freud ressaltou, então, que dentre os vários temas que causam estranheza no referido texto, esses são atribuíveis aos processos de pensamento superados e todos eles dizem respeito ao "fenômeno do duplo". Segundo Freud (1976, p. 292-293, v. XVII):

⁹² die Angst um die Augen. (Ibid.).

⁹³ Augensangst. (Ibid.).

⁹⁴ Kastrationsangst. (Ibid.).

⁹⁵ Angst. (Ibid.).

[...] Todos esses temas dizem respeito ao fenômeno do 'duplo', que aparece em todas as formas e em todos os graus de desenvolvimento. Assim, temos personagens que devem ser considerados idênticos porque parecem semelhantes, iguais. Essa relação é acentuada por processos mentais que saltam de um para outro desses personagens – pelo que chamaríamos telepatia –, de modo que um possui conhecimento, sentimentos e experiência em comum com o outro. Ou é marcada pelo fato de que o sujeito identifica-se com outra pessoa, de tal forma que fica em dúvida sobre quem é o seu eu (self), ou substitui o seu próprio eu (self) por um estranho. Em outras palavras, há uma duplicação, divisão e intercâmbio do eu (self). E, finalmente, há o retorno constante da mesma coisa – a repetição dos mesmos aspectos, ou características, ou vicissitudes, dos mesmos crimes, ou até dos mesmos nomes, através das diversas gerações que se sucedem.

Freud referiu-se, ainda, a um trabalho de Otto Rank, de 1914, no qual este aborda exatamente a questão do "duplo" e, dentre todos os sentidos que Rank encontrou para esse fenômeno, tais como reflexos no espelho, sonhos, espíritos guardiões, a crença na alma, o medo da morte, destaca-se um em especial: a evolução da idéia da morte. Segundo Freud (Ibid., p. 293-294):

[...] Originalmente, o 'duplo' era uma segurança contra a destruição do ego, uma 'enérgica negação do poder da morte', como afirma Rank; e, provavelmente, a alma 'imortal' foi o primeiro 'duplo' do corpo. Essa invenção do duplicar como defesa contra a extinção tem sua contraparte na linguagem dos sonhos, que gosta de representar a castração pela duplicação ou multiplicação de um símbolo genital. O mesmo desejo levou os antigos egípcios a desenvolverem a arte de fazer imagens do morto em materiais duradouros. Tais idéias, no entanto, brotaram do solo do amor próprio ilimitado, do narcisismo primário que domina a mente da criança e do homem primitivo. Entretanto, quando essa etapa está superada, o 'duplo' inverte seu aspecto. Depois de haver sido uma garantia de imortalidade, transforma-se em estranho anunciador da morte.

A idéia do "duplo" não desaparece ao passar o narcisismo primário, muito pelo contrário. Essa idéia do duplo recebe novo significado nos estágios posteriores do desenvolvimento do eu. A partir desse núcleo primitivo, surge, lentamente, uma atividade especial com o objetivo de observar e criticar o eu e de exercer a censura na mente, aquela atividade mental que se denomina "consciência" e que resiste ao resto do eu. O termo empregado aqui por Freud é *Gewissen*, que quer dizer consciência moral. Essa "consciência moral" pode ser projetada no mundo exterior

durante processos patológicos, criando delírios de observação. Ele estava descrevendo a gênese do que, anos mais tarde, iria denominar "superego".

Os aspectos resultantes da projeção patológica não são os únicos elementos a causarem o sentimento de estranheza. Este advém também, e antes de mais nada, "[...] do fato de o 'duplo' ser uma criação que data de um estádio mental muito primitivo, há muito superado – incidentalmente, um estádio em que o 'duplo' tinha um aspecto mais amistoso" (FREUD, 1976, 295, v. XVII).

Mas isso não é tudo. Outras formas de "perturbações do ego" podem ser consideradas pelos parâmetros do "duplo", conforme Hoffmann também explora em sua obra. Freud destaca: "[...] São elas um retorno a determinadas fases na evolução do sentimento de autoconsideração, uma regressão a um período em que o ego não se distinguira ainda nitidamente do mundo externo e de outras pessoas" (Ibid.). Isso quer dizer que, além do recalque e da consciência moral, outros mecanismos empregados pelo ego causam o mesmo sentimento, tais como a projeção e a regressão.

Assim sendo, pode-se presumir que o "eu" viva como "estranhos" seus próprios processos defensivos e a eles reage com medo. Além disso, pode-se indagar se essas "perturbações do ego", isto é, o recalque, a projeção e a regressão causam medo e horror e, ainda, buscar saber como poderia a teoria da *Angst* como resultante do recalque apenas continuar em vigência. Tudo indica que, aos poucos, essa velha teoria começava a perder força e a exigir novas elaborações teóricas. Mas essas teriam que esperar ainda algum tempo.

Segundo Freud (Ibid., p. 295-296), enquanto esses processos causam medo e horror, há um outro fenômeno psíquico que, além de causar o sentimento de estranheza, evoca também a sensação de desamparo, qual sejam a compulsão a repetição:

O fator da repetição da mesma coisa não apelará, talvez, para todos como fonte de uma sensação estranha. Daquilo que tenho observado, esse fenômeno, sujeito a determinadas condições e combinado a determinadas circunstâncias, provoca indubitavelmente uma sensação estranha, que, além do mais, evoca a sensação de desamparo experimentada em alguns estados oníricos.

Além dos fatores já citados, Freud ampliou a lista das situações que causam estranheza e medo. Ressalta-se que, das superstições em geral, ele destacou o

"medo do mau-olhado", que nada mais seria do que a própria inveja do temente, que crê possuir algo cobiçável, projetada em alguém. Esse exemplo, ele considerava como pertencente à categoria da "onipotência do pensamento", que vai além e absorve outros fenômenos como, por exemplo, a crença no animismo decorrente da supervalorização narcísica dos próprios processos mentais — e pela crença na onipotência do pensamento que ambos são comuns ao homem primitivo.

Outra fonte de sensações de estranheza está ligada à idéia da morte, aos cadáveres, ao retorno dos mortos e aos fantasmas e às almas penadas. Nesse aspecto, o homem contemporâneo permaneceria como o homem primitivo, o selvagem, reagindo intensamente a esse incompreensível medo da morte.

Estava, assim, dado um novo quadro de fatores responsáveis pelo aparecimento da *Angst*. Não mais apenas os desejos, ou os impulsos recalcados, mas também, e diretamente relacionado com esses, a castração; os aspectos primitivos do pensamento, isto é, a crença no animismo; os mecanismos de defesa, tais como a projeção e a regressão; a "consciência moral", que se transformou no superego logo depois e o medo da morte, que tornava presente o sentimento de desamparo. Isso tudo impunha uma reelaboração do conceito de *Angst* e da defesa. A teoria da energia livre pelo recalque apenas não seria mais o único responsável pelo aparecimento desse afeto.

5.2 A NOVA TEORIA DA ANGST

Em 1923, o passo definitivo para uma reformulação radical da teoria psicanalítica foi dado, quando da publicação de **O ego e o id e outros trabalhos** (FREUD, 1976, v. XIX). Nesse livro, Freud descreve uma nova estrutura da mente, complementando a topografia anterior que se limitava aos processos dinâmicos que envolviam o inconsciente, o pré-consciente e o consciente.

A partir de então, os fenômenos psíquicos envolviam essas três instâncias que, além de tornarem extremamente complexos os fenômenos psíquicos, propunham uma estrutura mental que envolvia um processo de desenvolvimento no qual todas as duas estruturas mentais proviriam de um mesmo lugar, o id.

Conforme Plastino (2001), uma marca notável do pensamento de Freud, a partir da "virada dos anos 20", foi a definição que ele mesmo deu a seu trabalho, ao colocar em primeiro plano aquilo que ele próprio denominou "o primado da afetividade". Assim sendo, os afetos ganham relevo a partir da nova teoria estrutural. Como esses são processos egóicos, fica evidente também que a *Angst*, por ser um afeto, é uma reação do ego e não tem mais qualquer relação com a economia libidinal.

Freud havia definido a psicanálise como uma "metapsicologia", ou seja, a compreensão dos processos mentais sob os aspectos econômicos, estruturais e dinâmicos. Inicialmente, a topografia mental dividia-se em inconsciente, préconsciente e consciente. Com a nova visão estrutural estabelecida em" O ego e o id", a qual tornava o quadro bem mais complexo com a introdução dos conceitos de id, ego e superego, Freud viu-se obrigado a reformular vários pontos cruciais de suas teorias anteriores. Em "Um estudo autobiográfico" Freud (1976, p. 74, v. XX) assim definiu a Metapsicologia:

[...] Posteriormente [em 1915] fiz uma tentativa para produzir uma 'Metapsicologia'. Com isso eu queria dizer um método de abordagem de acordo com o qual todo processo mental é considerado em relação com três coordenadas, as quais eu descrevi como dinâmica, topográfica e econômica, respectivamente; e isso me pareceu representar a maior meta que a psicologia poderia alcançar. A tentativa não passou de uma obra incompleta; após escrever dois ou três artigos — 'Os Instintos e suas Vicissitudes' [1915c], 'Repressão' [1915d], 'O Inconsciente' [1915e], 'Luto e Melancolia' [1917e] etc. fiz uma interrupção, talvez acertadamente, visto que o tempo para afirmações dessa espécie ainda não havia chegado. Em meus mais recentes trabalhos especulativos entrequei-me à tarefa de dissecar nosso aparelho mental, com base no ponto de vista analítico dos fatos patológicos, e o dividi em um ego, um id e um superego. O superego é o herdeiro do complexo edipiano e representa os padrões éticos da humanidade.

Assim sendo, temas, tais como o recalque, o sintoma e a *Angst* – o medo –, tiveram que ser reformulados para atender às novas exigências impostas pela nova explicação estrutural.

O esclarecimento das alterações conseqüentes às novas conclusões metapsicológicas apareceu em 1926, com "Inibições, sintomas e ansiedade", texto no qual Freud apresentou uma nova teoria sobre a *Angst*, visto que a antiga teoria econômica não atendia mais às suas hipóteses teóricas após a publicação de "O

ego e o id". A partir de então, as vicissitudes das pulsões tornaram-se mais complexas e demandavam novas articulações. A economia pulsional não apenas tornara-se mais ampla como também precisava ser explicada não mais como uma simples vicissitude dos impulsos, mas, sim, do ponto de vista do que ocorria em cada uma das instâncias psíquicas recém-descritas.

Em relação aos sintomas, por exemplo, esses começaram a ser entendidos como resultantes da ação do ego no processo de defesa. Na antiga teoria, a mera vicissitude econômica da pulsão seria suficiente para justificar tanto o sintoma quanto a *Angst*, uma vez que ambos seriam faces distintas da mesma moeda, isto é, duas formas da pulsão libidinal se manifestar. Comprova-o a afirmação que fizera em "As neuropsicoses de defesa", de 1894, em que, ao tratar do sintoma, declara:

Quanto ao trajeto entre o esforço voluntário do paciente e o início do sintoma neurótico, formei uma opinião que pode ser expressa, em termos das abstrações psicológicas correntes, como se segue. A tarefa que o ego se coloca, em sua atitude defensiva, de tratar a representação incompatível simplesmente como 'non arrivé', não pode ser cumprida. Tanto os traços de memória como o afeto referente à idéia lá estão de uma vez por todas e não podem ser erradicados. Mas é possível chegar a um cumprimento aproximado da tarefa, se o ego logra tornar fraca essa poderosa idéia, privando-a do afeto – a soma de excitação – do qual ela está carregada. A idéia fraca não terá então virtualmente nenhuma exigência a fazer quanto ao trabalho da associação. Mas a soma de excitação que tenha sido retirada dela tem que ser utilizada de outra forma (FREUD, 1976, p. 60-61, v. III).

Em seguida, nesse mesmo texto de 1894, o autor descreve a vicissitude do afeto recalcado nas diferentes patologias em questão. Assim, na histeria, o afeto seria direcionado para uma inervação sensória ou motora, mediante a conversão e, assim, formaria o sintoma. Na neurose obsessiva, o afeto permaneceria na esfera psíquica, ligar-se-ia à outra idéia que era compatível com o ego e, então, esta última tornar-se-ia obsessiva. Nas psicoses alucinatórias, entretanto, o processo defensivo seria mais complicado. Nesses casos, tanto a idéia quanto a quota de afeto seriam rejeitadas.

Essa teoria sobreviveu por muitos anos. No artigo "Repressão", de 1915, ele repetiu a afirmação anterior de que, no processo de recalque, a quota de afeto seria mais importante do que o destino dado à idéia recalcada. Assim, ele afirma:

Recordamos o fato de que o motivo e o propósito da repressão nada mais eram do que a fuga ao desprazer. Depreende-se disso que a vicissitude da quota de afeto pertencente ao representante é muito mais importante do que a vicissitude da idéia, sendo esse fato decisivo para nossa avaliação do processo da repressão (FREUD, 1974, p. 177, v. XIV).

O destaque dado à quota de afeto decorria do fato de ser ela a responsável pelo surgimento do sintoma neurótico. Quase 20 anos após a primeira declaração em "As neuropsicoses de defesa", a pura e simples vicissitude da pulsão recalcada continuava sendo a origem tanto do sintoma como da *Angst*.

Nessa nova explicação estrutural, o ego, como sede dos afetos, passa a comandar a ação da defesa. Assim sendo, não apenas o medo será explicado de maneira diferente como também as reformulações atingirão os sintomas. O próprio Freud confirma essa afirmação. Na Conferência XXXII, das **Novas conferências introdutórias sobre psicanálise**, obra publicada em 1933, ele assim resume os fatos:

Senhoras e senhores, a dissecção da personalidade mental em um superego, um ego e um id, que lhes apresentei na minha última conferência, obrigou-nos a refazer nossa orientação também no problema da ansiedade. Com a tese de que o ego é a única sede da ansiedade – de que apenas o ego pode produzir e sentir ansiedade – estabelecemos uma posição nova e estável, a partir da qual numerosas coisas assumem um novo aspecto (FREUD, 1976, p. 107, v. XXII).

Fica evidente, pois, que a nova teoria estrutural de 1923 forçou Freud a reelaborar vários de seus conceitos. Em "Inibições, sintomas e ansiedade", tanto a formação de sintomas quanto a da força que os desencadeia, isto é, a *Angst*, passou por profundas reformulações, que colocaram a antiga teoria econômica em cheque. Assim sendo, não estava mais em questão apenas a vicissitude das pulsões mas um fenômeno de conseqüências para as três instâncias psíquicas envolvidas.

Com relação à formação de sintomas, o recalque que a promove processa-se a partir do ego. Isto pode acontecer por ordem do superego, mas Freud é claro em determinar que, antes do estabelecimento dessa instância, já acontecem recalques como resposta à ameaça sentida pelo ego face a "quantidades" de energia pulsional provenientes do id, que criam nele uma vivência de "desamparo". De qualquer

forma, há recalque toda vez que o ego se recusar a se associar a uma catexia despertada no id.

Sempre, pois, que uma ação, o recalque se processar a partir do ego, às vezes envolvendo o superego, será em resposta a uma excitação iniciada no id. Esta última instância sofre, então, os efeitos desse processo. Nesse momento do recalque, ao contrário do que Freud afirmara até então, a energia do impulso não se transformará mais em *Angst*. O impulso ficará retido no id, onde poderá passar por dois destinos diversos: o impulso pode ser inibido em sua fonte ou, então, continuar se desenvolvendo até formar o sintoma. De qualquer maneira, o id também participa do processo, como as outras duas instâncias. Segundo Freud (1976, p. 112, v. XX):

[...] Uma questão que surgiu: o que aconteceu ao impulso instintual que fora ativado no id e que procurou satisfação? A resposta foi indireta. Devido ao processo de repressão, o prazer que se teria esperado da satisfação fora transformado em desprazer. Mas vimonos então em face do problema de como a satisfação de um instinto poderia produzir desprazer. Todo o assunto pode ser esclarecido, penso, se nos ativermos ao enunciado definitivo de que, como resultado da repressão, o pretendido curso do processo excitatório no id não ocorre de modo algum; o ego consegue inibi-lo ou defleti-lo. Se este for o caso, o problema de 'transformação de afeto' sob a repressão desaparece.

Como se pode observar, o recalque não desencadeia mais a *Angst*. A antiga hipótese econômica vai perdendo terreno e desaparece da articulação freudiana.

Com relação ao recalque, nem sempre esse atinge seu objetivo de inibir a fonte pulsional no id. Nesses casos, o impulso ali permanece ativo, finalmente, encontra um substituto ideacional e se manifesta na forma de um sintoma. Esse processo é indicativo de um conflito entre o ego e o id. Para Freud (1976, p. 119, v. XX):

[...] Embora o ato de repressão demonstre a força do ego, em um ponto específico ele revela a impotência do ego e quão impenetráveis à influência são os impulsos instintuais do id, pois o processo mental que se transformou em um sintoma devido à repressão mantém agora sua existência fora da organização do ego e independentemente dele.

Freud (1976, p. 120, v. XX) afirma, então, que a formação de um sintoma deveria pôr fim à luta defensiva do ego e que, de fato, isso é bem possível de ser o que acontece na conversão histérica:

[...] De fato ocorre algumas vezes que a luta defensiva contra um impulso instintual desagradável é eliminada com a formação de um sintoma. Até onde se pode verificar, isto é freqüentemente possível na conversão histérica. Mas em geral o resultado é diferente. O ato inicial da repressão é acompanhado por uma seqüência tediosa ou interminável na qual a luta contra o impulso instintual se prolonga até uma luta contra o sintoma.

Essa luta interminável contra o sintoma é aquilo que o autor denomina "luta defensiva secundária". Essa nova teoria evidenciou que, durante todo o processo defensivo, as três instâncias psíquicas se mantêm envolvidas.

Na histeria de conversão, essa luta defensiva secundária, embora assuma ares de um processo simples, não pode ser assim considerada, uma vez que o superego também marca aí a sua presença. É fato que, nesses casos, o ego afastese do fator pulsional desagradável pelo recalque e deixe a pulsão seguir seu curso no inconsciente, mas pode-se, ainda assim, detectar, junto ao sintoma, a realização de uma punição, o que indica que o superego se encontra, ali, em ação.

Já na neurose obsessiva, ao contrário, a atuação do superego é logo notada. Tanto quanto a histeria, a neurose obsessiva também se estabelece pela necessidade de desviar as exigências do complexo de Édipo. Por isso, segundo Freud, parece haver, em toda neurose obsessiva, um substrato de sintomas histéricos.

Quanto à formação do sintoma obsessivo, uma vez que Freud havia abandonado a antiga explicação meramente econômica, o agente da ação passa a ser o ego e não mais uma ligação direta da libido a algum conteúdo ideacional conforme ele postulara anteriormente. No texto em questão, o sintoma é decorrente de:

[...] A organização genital da libido vem a ser débil e insuficientemente resistente, de modo que, quando o ego começa seus esforços defensivos, a primeira coisa que ele consegue fazer é lançar de volta a organização genital (da fase fálica), no todo ou em parte, ao nível anal-sádico mais antigo. Esse fato de regressão é decisivo para tudo o que se segue (Ibid., p. 136).

Como se pode perceber, é a ação do ego que promove o recalque e a regressão. Esse fenômeno, entretanto, ocorre durante o período de latência, o qual se caracteriza pela dissolução do complexo de Édipo, pela criação ou consolidação

do superego e pelo surgimento de barreiras estéticas e éticas no ego. Dessa forma, pode-se afirmar, é a partir desse momento que se dá a influência do superego na luta secundária do ego contra o sintoma, que já foi estabelecido pelo recalque anterior. Freud (1976, p. 138. v. XX) resume essa condição do seguinte modo:

[...] Além da destruição do complexo de Édipo verifica-se uma degradação regressiva da libido, o superego torna-se excepcionalmente severo e rude, e o ego, em obediência ao superego, produz fortes formações reativas sob a forma de consciência, piedade e asseio.

Essas formações reativas devem ser consideradas como um outro mecanismo de defesa, juntamente com a regressão e o recalque.

A formação do sintoma fóbico, por outro lado, apresenta um processo especial diferente daquele que ocorre na histeria e na neurose obsessiva. Nas fobias, por se tratar de um conflito ligado à ambivalência pulsional, o recalque inibe uma das pulsões no id e a outra pulsão forma um sintoma:

[...] De fato, sabemos que depois de a fobia de 'Hans' ter sido formada, sua terna ligação com sua mãe pareceu desaparecer, havendo sido totalmente eliminada pela repressão, enquanto a formação do sintoma (a formação substitutiva) ocorreu em relação aos seus impulsos agressivos (Ibid., p. 147).

Mas, o sintoma decorrente do recalque não é aquele que se manifesta de forma exuberante nesses casos clínicos. Nas fobias, o sintoma principal será, então, expressão do deslocamento da resposta afetiva do ego, isto é, do medo, para algum objeto da realidade. No caso de Hans, o seu sintoma decorrente do recalque de seus impulsos hostis foi o medo projetivo de seu pai. Foi esse medo que foi deslocado para o cavalo. Segundo a explicação de Freud (Ibid., p. 148):

Dessa vez não perderemos de vista o papel desempenhado pela ansiedade. Dissemos que logo que o ego reconhece o perigo de castração dá o sinal de ansiedade e inibe através da instância do prazer-desprazer (de uma maneira que ainda não podemos compreender) o iminente processo catexial no id. Ao mesmo tempo forma-se a fobia. E agora a ansiedade de castração é dirigida para um objeto diferente e expressa de forma distorcida, de modo que o paciente teme, não ser castrado pelo pai, mas ser mordido por um cavalo ou devorado por um lobo. Essa formação substitutiva apresenta duas vantagens óbvias. Em primeiro lugar, evita um

conflito devido à ambivalência (pois o pai foi um objeto amado, também) e, em segundo, permite ao ego deixar de gerar ansiedade, pois a ansiedade que pertence a uma fobia é condicional; ela só surge quando o objeto dela é percebido.

Ao discutir a formação de sintomas, Freud evidencia as alterações produzidas em decorrência da nova teoria estrutural. Mas, não apenas os sintomas, porquanto a explicação para o surgimento da *Angst* também passou pela mesma reformulação. Embora seja uma resposta afetiva do ego, ela se estabelece também em relação às outras duas instâncias psíquicas.

Sobre a geração da *Angst*, na verdade, esta surge em dois momentos: o primeiro como sinal para o recalque, no qual o ego se defende da pulsão a fim de impedir o sentimento de "desamparo". O outro acontece durante a luta defensiva secundária, quando esse medo assume ares de medo realístico.

Sobre a geração do medo, Freud (1976, p. 113-114, v. XX) esclarece:

[...] De onde provém a energia empregada para transmitir o sinal de desprazer? Aqui podemos ser auxiliados pela idéia de que uma defesa contra um processo interno importuno será plasmada sobre a defesa adotada contra um estímulo externo, e de que o ego debela os perigos internos e externos, de igual modo, ao longo de linhas idênticas. No caso de perigo externo, o organismo recorre a tentativas de fuga. A primeira coisa que ele faz é retirar a catexia da percepção do objeto perigoso; posteriormente, descobre que constitui um plano melhor realizar movimentos musculares de tal natureza que tornem a percepção do objeto perigoso impossível, mesmo na ausência de qualquer recusa para percebê-lo – que é um plano melhor afastar-se da esfera de perigo. A repressão é um equivalente a essa tentativa de fuga. O ego retirará sua catexia (préconsciente) do representante instintual que deve ser reprimido e utiliza essa catexia para a finalidade de liberar o desprazer (ansiedade). O problema de como surge a ansiedade em relação com a repressão pode não ser simples, mas podemos legitimamente apegar-nos com firmeza à idéia de que o ego é a sede real da ansiedade, e abandonar nosso ponto de vista anterior de que a energia catexial do impulso reprimido é automaticamente transformada em ansiedade.

Percebe-se, assim, que o medo é uma resposta que o ego aciona, a partir de sua própria energia, contra uma ameaça proveniente do id. O superego também desempenha seu papel nesse quadro: muitas vezes, o recalque se estabelece em reposta a uma ordem sua.

Freud se pergunta também sobre a função do medo e em que ocasiões ele é reproduzido. A sua resposta é que o medo é, originalmente, uma reação a um perigo e, assim sendo, será reproduzido sempre que uma ameaça se apresentar ao ego. Então, levanta-se o seguinte questionamento: quais seriam então as principais situações de perigo que forçariam o ego a reagir com medo? A primeira delas é o a do nascimento, quando há um verdadeiro perigo à vida mas este não apresenta nenhum conteúdo psicológico para o bebê. O que, de fato, ameaça é a condição econômica daí decorrente. Nessa situação, o recém-nascido:

[...] somente pode estar cônscio de alguma grande perturbação na economia de sua libido narcísica. Grandes somas de excitação nele se acumulam, dando margem a novas espécies de sentimentos de desprazer, e alguns órgãos adquirem maior catexia, prenunciando assim a catexia objetal que logo se restabelecerá (FREUD, 1976, p. 158, v. XX).

O bebê repetiria, então, essa emoção de medo em toda situação que essa condição econômica se fizesse presente. Sempre que uma ameaça desse porte se anunciasse, a fim de evitar a experiência traumática, ele acionaria o afeto de medo de maneira preventiva.

Nesse primeiro período da vida da criança, outras situações se tornam ameaçadoras para ela. A presença da pessoa que cuida dela, isto é, sua mãe ou substituta, é a garantia de seu equilíbrio econômico, uma vez que essa pessoa provê todas as suas necessidades. Ao mesmo tempo, a mãe, ou a substituta, é investida de energia libidinal e se transforma em objeto de amor do bebê:

[...] A razão por que a criança de colo deseja perceber a presença de sua mãe é somente porque ela já sabe por experiência que esta satisfaz todas as suas necessidades sem delongas. A situação, portanto, que ela considera como um 'perigo' e contra a qual deseja ser protegida é a de não satisfação, de uma *crescente tensão devido* à necessidade, contra a qual ela é inerme (Ibid., p. 161).

Assim, é a ausência da mãe que constitui o perigo. Essa ausência se reveste, então, da possibilidade da perda do objeto, a qual amedronta a criança. Mas o significado de uma perda dessa importância se estende para além da relação da criança com sua mãe, e ela conhece, mais tarde, uma outra modalidade de medo. Este é o medo da castração, próprio da fase fálica que, para Freud, acaba sendo

também uma experiência de separação. Em seguida, após o período de latência, surge o medo do superego:

[...] Com a despersonalização do agente parental a partir do qual se temia a castração, o perigo se torna menos definido. A ansiedade de castração se desenvolve em ansiedade moral – ansiedade social – não sendo agora tão fácil saber o que é a ansiedade [...] A transformação final pela qual passa o medo do superego é, segundo me parece, o medo da morte (ou medo pela vida) que é um medo do superego projetado nos poderes do destino (FREUD, 1976, p. 163-164, v. XX).

Em 1933, na Conferência XXXII de suas **Novas conferências introdutórias sobre psicanálise e outros trabalhos**, Freud reafirma de maneira mais clara ainda sua concepção da *Angst*, do medo, como sendo um sinal de defesa. Fica óbvio também que a antiga explicação econômica estava enterrada para sempre, e por motivos bastante lógicos: se o medo é o sinal do ego para a defesa, como seria possível que esse afeto fosse resultante da energia libidinal livre se ainda não haveria a separação da idéia do afeto? Não há nem o que discutir sobre esse aspecto. Freud (1976, p. 112-113, v. XXII) é bem claro quando afirma:

[...] E nisto aprendemos duas coisas novas: primeiro, que a ansiedade faz a repressão e não, conforme costumávamos pensar, o oposto; e [segundo], que a situação instintual temida remonta basicamente a uma situação de perigo externa. A questão seguinte será: como imaginamos agora o processo de uma repressão sob a influência da ansiedade? A resposta será, segundo penso, a que se segue. O ego percebe que a satisfação de uma exigência instintual emergente recriaria uma situação de perigo ainda viva na lembrança. Essa catexia instintual deve, portanto, ser de algum modo suprimida, paralisada, inativada. Sabemos que o ego consegue realizar tal tarefa, se é forte e se atraiu o impulso instintual em questão para a sua organização. Mas o que sucede no caso da repressão é o impulso instintual ainda pertencer ao id, e que o ego se sente fraco. Então o ego se serve de uma técnica no fundo idêntica ao pensar normal. O pensar é um ato experimental executado com pequenas quantidades de energia, do mesmo modo como um general muda pequenas figuras num mapa antes de colocar em movimento seus grandes corpos de tropas. Assim, o ego antecipa a satisfação do impulso instintual suspeito e permite efetuar-se a reprodução dos sentimentos desprazerosos no início da situação de perigo temida. Com isso, o automatismo do princípio de prazer-desprazer é posto em ação e agora executa a repressão do impulso instintual perigoso.

Mais uma vez, Freud repete que o medo neurótico se transformou em medo realístico, isto é, aquilo que o ego teme assume características de um perigo

externo: medo das pulsões de grande intensidade e a situação de desamparo, que se manifesta como o medo da perda do objeto libidinal; o medo da castração, isto é, uma ameaça vinda de "fora" e, finalmente, o medo do superego em forma de sanções sociais e da morte. Sobre o conteúdo da *Angst*, ele não deixa dúvidas de que se trata do sentimento de temor: "Agora, apenas mais um comentário a respeito do problema da ansiedade. A ansiedade neurótica, em nossa forma de considerá-la, transformou-se em ansiedade realística, em temor a determinadas situações de perigo" (FREUD, 1976, p. 117, v. XXII)⁹⁶.

A ampliação que a teoria estrutural trouxe à explicação da *Angst* não se limita a isso. Essa resposta afetiva será acionada em diversas situações, segundo o modelo de um medo realístico. O ego responderá como se a ameaça fosse externa e concreta.

Assim sendo, após o recalque dos conteúdos edipianos, comum a todas as neuroses, há a formação do sintoma. No caso da histeria, o sintoma conversivo; na neurose obsessiva, a formação reativa e na fobia, o deslocamento do medo da castração.

Após esse primeiro momento do recalque e da formação do sintoma, estabelece-se a luta defensiva secundária, durante a qual, com a participação do superego, o ego luta contra o sintoma.

O ego passa, então, a reagir com medo, como se a ameaça fosse proveniente da realidade externa. Em relação ao medo fóbico, Freud (1976, p. 131, v. XX) esclarece:

[...] Mas o afeto de ansiedade, que era a essência da fobia, proveio não do processo de repressão, não das catexias libidinais dos impulsos reprimidos, mas do próprio agente repressor. A ansiedade pertencente às fobias a animais era um medo não transformado de castração. Era, portanto, um medo realístico, o medo de um perigo que era realmente iminente ou que era julgado real. Foi a ansiedade que produziu a repressão e não, como eu anteriormente acreditava, a repressão que produziu a ansiedade.

Na neurose obsessiva, o medo se estabelece em relação ao superego. Uma vez que o sintoma é, na verdade, a realização degradada do desejo recalcado, o superego se torna hostil e exerce a sua função punitiva assumindo formas externas

⁹⁶ "Und jetzt nur noch eine Bemerkung zum Angstproblerm! Die neurotische Angst hat sich uns unter unseren Händen in Realangst verwandelt, in Angst vor bestimmtem äusseren Gefahrsituationen" (FREUD, 1999, p. 99, v. XV).

ao ego; em última instância, propicia a resposta de medo como se se tratasse de uma ameaça concreta:

A conclusão a que chegamos, portanto, é esta. A ansiedade é uma reação a uma situação de perigo. Ela é remediada pelo ego 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. Mas isso não atinge uma profundidade suficiente. Seria mais verdade dizer que se criam sintomas a fim de evitar uma situação de perigo cuja presença foi assinalada pela geração de ansiedade. Nos casos que examinamos, o perigo em causa foi o de castração ou de algo remontável à castração (FREUD, 1976, p. 152, v. XX).

O afeto de medo é, pois, a repetição de um fato histórico, uma experiência, que liga firmemente as sensações de medo, isto é, o sentimento de desprazer dele decorrente da resposta motora e sensorial.

Como se pode perceber, qualquer que seja a versão que se dê à palavra *Angst*, ela sempre se refere a uma experiência de medo, de temor. Como está diretamente relacionada com as defesas neuróticas, repete-se aqui o argumento já apresentado anteriormente: a presença do medo, seja como fobias, ataques de pânico ou de forma crônica, indica sempre uma relação com a defesa neurótica. Em casos de agudização dessas manifestações afetivas, tem-se o direito e a obrigação de se pensar em uma falência da defesa ou, ainda, que um aporte pulsional extra tornou as antigas defesas insuficientes.

6 O MEDO E A FORMAÇÃO DE NOVOS SINTOMAS

Em "Fragmentos de um caso de histeria", de 1905, que ficou conhecido como o caso Dora, Freud apresentou um quadro clínico simples, que ele diagnosticou como *petite hysterie*. Como a jovem em questão estava com apenas 18 anos de idade, pode-se presumir que sua condição pulsional ainda estivesse em processo e a sua histeria se apresentasse como simples sintomas conversivos. Possivelmente, com base em casos como esse, Freud formulou a hipótese de que haveria psiconeuroses puras, embora não muito comuns. Sobre a paciente em questão, ele afirma:

Sem dúvida esta história clínica, como a descrevi até agora, não parece, no fim das contas, digna de registro. É simplesmente um caso de petite hysterie, com os mais comuns de todos os sintomas somáticos e mentais: dispnéia, tussis nervosa, possivelmente enxaquecas, juntamente com depressão. insociabilidade histérica e um taedium vitae que provavelmente não era de todo autêntico. Já foram, sem dúvida, publicados casos mais interessantes de histeria, e com muita frequência foram mais cuidadosamente descritos; pois nada se encontrará nas páginas que se seguem com relação a estigmas de sensibilidade cutânea, limitação do campo visual ou assuntos semelhantes (FREUD, 1972, p. 21-22, v. VII).

Como se pode perceber, este é, de fato, um caso de histeria simples, sem nenhum outro sintoma complicador como uma fobia ou uma hipocondria, o que não deixava de ser um caso raro, já que Freud havia determinado que a maioria das neuroses seria mista. No capítulo IV, da obra **Estudos sobre a histeria**, de Breuer e Freud, publicado dez anos antes do caso Dora, quando trata da psicoterapia, Freud definiu assim o quadro psicopatológico das neuroses:

O ponto de vista abaixo, portanto, parecia ser o mais provável. As neuroses que comumente ocorrem devem na sua maior parte ser descritas como 'mistas'. A neurastenia e as neuroses de angústia são facilmente encontradas também em formas puras, especialmente em pessoas jovens. As formas puras de histeria e a neurose obsessiva são raras; em geral estas duas neuroses estão combinadas com a neurose de angústia. O motivo por que as neuroses mistas ocorrem com tanta freqüência, é que seus fatores etiológicos se acham muitas vezes misturados algumas vezes apenas por acaso, outras como resultado de relações causais entre

os processos dos quais os fatores etiológicos das neuroses se originam. Não há nenhuma dificuldade em descobri-lo e demonstrá-lo com detalhes. Quanto à histeria, contudo, segue-se que essa perturbação mal pode ser segregada, para finalidades de estudo, do nexo das neuroses sexuais; que, em geral, ela representa apenas um lado isolado, apenas um aspecto, de um caso complicado de neurose; e que somente em casos marginais é que pode ser encontrada e tratada isoladamente. Talvez possamos dizer em algumas ocasiões: *a potiori fit denominatio* [isto é, recebeu seu nome pela sua característica mais importante] (BREUER; FREUD, 1974, p. 315, v. II).

Um exemplo da hipótese firmada nessa citação é relatado no capítulo IV do mesmo livro. Nesse, Freud demarcou que as psiconeuroses representavam defesas psíquicas contra situações emocionais que agiriam na mente como traumas afetivos. Quando define o trauma, ele afirma que: "[...] Qualquer experiência que possa evocar emoções aflitivas – tais como as de susto, ansiedade, vergonha ou dor física⁹⁷ – pode atuar como um trauma dessa natureza (Ibid., p. 46)."98

Nesse caso, nota-se que a *Angst*, o medo, é apenas uma dentre as várias emoções aflitivas que se manifestariam como traumas psíquicos. O medo já havia sido destacado como o sintoma central da neurose de medo (*Angstneurose*) e, quando se manifestava de forma intensa, em qualquer outro quadro neurótico, indicava uma comorbidade ou, como Freud preferia, uma "neurose mista". Isso quer dizer que o afeto do medo não seria presença obrigatória em todos os casos de histeria. Um argumento favorável a essa hipótese diz respeito ao fato de que a *Angst* não representa um papel importante no caso de Miss Lucy R., Catherina e de Fräulein Elisabeth von R. presentes no mesmo livro. Apenas ganha destaque no caso de Frau Emmy von N., no qual encontram-se inúmeras fobias que, segundo Freud, eram devidas às manifestações de sua neurose de medo (*Angstneurose*).

O quadro pulsional de Frau Emmy já se encontrava bastante definido para uma senhora de 40 anos cuja sintomatologia era bastante complexa: paralelamente aos sintomas conversivos, a paciente apresentava, também, inúmeras fobias. Para resolver esse impasse, Freud caracterizou o quadro clínico como uma neurose mista, uma vez que os sintomas histéricos eram muito superficiais e os fóbicos, muito profundos. Os sintomas histéricos apresentados por ela eram compostos por alucinações e delírios suaves, juntamente com a conservação de suas demais

⁹⁷ Dor psíquica, no original em alemão.

⁹⁸ "[...] Welcher die peinlichen Affekt, des Schreckens, der Angst, der Scham, des psychischen Schmerzes hervorrruft" (BREUER; FREUD, 1999, p. 84, v. II).

capacidades mentais; anestesia da perna dolorida e neuralgia ovariana que, embora indicassem a natureza da doença, Freud achou por bem acrescentar:

Se, para sermos breves, adotarmos o termo 'conversão' para designar a transformação da excitação psíquica em sintomas somáticos crônicos, que é tão característica da histeria, então podemos dizer que o caso de Frau Emmy von N. apresentava apenas uma pequena quantidade de conversão. A excitação, que era originariamente psíquica, permaneceu em sua maior parte nessa esfera, sendo fácil compreender que isto lhe confere uma semelhança com as outras neuroses não histéricas (BREUER, FREUD, 1974, p. 131-132, v. II).

Sobre as numerosas fobias presentes na vida dessa paciente, desde sua infância até a época do tratamento, Freud entendeu que eram decorrentes de experiências traumáticas que ela sofrera. Isto, entretanto, não justificaria a permanência desses sintomas fóbicos ao longo dos anos. Então, a explicação dele para o fato foi a seguinte:

[...] Na minha opinião, contudo, todos esses fatores psíquicos, embora possam explicar a *escolha* dessas fobias, não podem explicar-lhes a *persistência*. É necessário, julgo eu, ajuntar um fator *neurótico* para explicar essa persistência – o fato de que a paciente vinha vivendo há anos num estado de abstinência sexual. Tais circunstâncias se acham entre as causas mais freqüentes de uma tendência à ansiedade (Ibid., p. 133).

Percebe-se que Freud defendia aqui a tese da comorbidade: um quadro histérico agravado por alguma neurose atual. Neste, foi percebida uma neurose de medo (*Angstneuros*). Essa foi a solução que ele encontrou para justificar a presença de fobias junto aos quadros de psiconeuroses. A abstinência sexual de Frau von M. viera a calhar no sentido de confirmar a hipótese da existência de um quadro clínico misto.

Ressalta-se que essa é, entretanto, uma posição muito difícil de sustentar do ponto de vista da clínica psicanalítica. De um lado, o conceito de neuroses atuais encontrou resistências; de outro, a clínica da psicanálise não confirma a hipótese de Freud.

Stekel parece ter sido o primeiro a criticar o conceito de neuroses atuais. No prefácio que escreveu para a tradução inglesa de sua obra *Conditions of nervous*

anxiety and their treatment, em 1950, ele apresenta a seguinte afirmação sobre Freud:

[...] Ele diferenciou as "neuroses atuais" das psiconeuroses. Ele defendeu que as primeiras eram causadas pelo mau uso da sexualidade, as últimas, por distúrbios psíquicos..

Eu não podia concordar com essa conclusão pelas seguintes razões: primeiramente, eu constatei que *todo* estado de medo mórbido era determinado psiquicamente. Em segundo, eu não fui capaz de encontrar, definitivamente, a assim denominada neurastenia de Freud. Em todos os casos de neuroses atuais, eu encontrei a causa psíquica e cheguei a conclusão que toda neurose é causada por um conflito psíquico. Freud defendia a sua lei com a obstinação cega tão comum ao gênio. Finalmente, propôs-me chamar as fobias "histeria de angústia" (STEKEL, 1950, p. v-vi).⁹⁹

Stekel, em parte, tem razão. Até hoje, na prática da psicanálise, está evidente que a ocorrência de fobias graves, que surgem repentinamente numa organização neurótica, não tem relação direta com o desempenho sexual dos pacientes. Esse agravamento do quadro clínico surge em neuróticos obsessivos, por exemplo, bastante jovens, que mantêm vida sexual regular. O comprometimento da função sexual em pacientes jovens, causado pela neurose é, pois, relativo e parcial, Deve haver, então, uma outra explicação para esse problema das complicações sintomáticas. Pretende-se, aqui, demonstrar que a resposta encontra-se na própria obra freudiana.

Considera-se, como a principal característica de um quadro neurótico, o elenco de sintomas que ele apresenta, mas todos ligados ao mecanismo de defesa em ação e que a caracteriza. Espera-se, assim, que um paciente histérico repita seus sintomas conversivos e o obsessivo, suas formações reativas. Entretanto, a presença desses casos simples não é comum. Na maioria das vezes, o paciente já inicia o tratamento apresentando outros sintomas, como, por exemplo, ataques de pânico, ou com fobias graves ou, ainda, com sintomas hipocondríacos. Esses também podem irromper durante a análise, complicando a compreensão do quadro e, muitas vezes, confundindo o analista.

⁹⁹ "[...] He differentiated 'actual neuroses' from psycho-neurosis. The former he asserted to be caused by sexual abuses, the latter by psychic disturbances.

I could not agree with this conclusion for the following reasons: Firstly, I found that every state of morbid fear was psychically determinated. Secondly, I was not able to find the so-called neurasthenia of Freud at all. In every case of actual neurosis I found the psychic cause, and came to the conclusion that every neuroses is caused by psychic conflict. Freud defended his law with the blind obstinancy so common to genius, finally proposing to me to call the phobias 'anxiety hysteria'" (STEKEL, 1950, p. v-vi).

Parte da explicação já foi comentada nos capítulos antecedentes. Já se argumentou, anteriormente, que os conceitos de neurose de medo (*Angstneurose*) e de histeria de medo (*Angsthysterie*) foram criticados com o intuito de dar o devido destaque à descoberta fundamental de Freud, segundo a qual o medo é entendido como um sinal para a defesa neurótica. A contestação dos dois conceitos nosográficos estabelecidos por Freud foi feita a partir de suas próprias descobertas posteriores e também das observações levadas a cabo por alguns de seus discípulos.

O empenho nessa contestação não é gratuito. Ao contrário do que Freud acreditava, a presença do medo – seja na forma de um temor crônico inespecífico, seja na forma de fobias, ataques de pânico, ou disfarçado sob a forma de um sintoma hipocondríaco – não indica uma comorbidade com a neurose de medo. A presença desse afeto, em qualquer de suas manifestações, está ali como sinal acionador da defesa psíquica.

Alguns pacientes, por outro lado, parecem estar livres de qualquer temor. Essa situação pode durar bastante tempo ao longo do tratamento até que, subitamente, eles passam a sofrer de medo intenso, como qualquer outro dos casos relatados anteriormente. Algo se alterou em sua condição pulsional e os ameaça. Nesses momentos, surge um medo intenso, que chega mesmo a exibir conteúdos agorafóbicos e/ou paranóides, embora esses pacientes sejam obsessivos.

Já foi destacado que o afeto do medo, por ser o sinal invocador da defesa, quando se manifesta, é um indicador seguro da condição pulsional do paciente e, ao final de sua trilha, encontra-se o conteúdo recalcado. Esse afeto é uma forma de acesso ao inconsciente e à questão neurótica na qual o paciente se encontra preso.

Por que será, então, que é necessária a presença do medo como forma de se caracterizar um novo sintoma ou evocar um outro? Freud havia estabelecido no ensaio "As neuropsicoses de defesa", de 1894, que as organizações neuróticas não são estáveis, isto é, sofrem recrudescimentos de acordo com a situação pulsional e com eventos fortuitos que ocorrem na vida dos pacientes. Sobre a histeria, após esclarecer o mecanismo da conversão, o qual torna uma idéia incompatível em inócua pela transformação da soma de excitação em algo somático, ele acrescenta:

Acrescentarei poucas palavras mais a essa concepção dos processos psicofísicos¹⁰⁰ na histeria. Uma vez que tal núcleo para um expelir [...] histérico se tenha formado em um 'momento traumático',

_

¹⁰⁰ Psycho-physichen.

ele crescerá em outros momentos (que poderiam ser chamados de 'momentos auxiliares'), sempre que a emergência de uma nova impressão da mesma espécie provoque uma ruptura na barreira erigida pela vontade, fornecendo afeto recente à idéia enfraquecida e restabelecendo provisoriamente o elo associativo entre os dois grupos psíquicos, até que uma conversão ulterior estabeleça a defesa. A distribuição da excitação assim revelada na histeria tornase usualmente uma distribuição instável. A excitação, forçada a escoar-se por um canal impróprio (pela inervação somática) encontra, de vez em quando, seu caminho de retorno à idéia da qual se destacou, e compele então o sujeito ou a superelaborar a idéia associativamente ou a livrar-se dela em ataques histéricos (FREUD, 1976, p. 62, v. III).

A distribuição dessa excitação é instável e canalizada para a inervação somática sempre que nova quantidade de libido ameace a antiga defesa e force, então, haver uma nova conversão, ou seja, a energia psíquica demanda nova defesa.

A mesma instabilidade pulsional ocorre nos casos de neurose obsessiva. Freud (Ibid., p. 66) afirma no mesmo ensaio:

Junto aos casos que mostram uma seqüência entre uma idéia sexual incompatível e uma idéia obsessiva, encontramos inúmeros outros em que as idéias obsessivas e as idéias sexuais de caráter aflitivo ocorrem simultaneamente. Não ficará muito bem chamar as últimas de 'idéias obsessivas sexuais', porque lhes falta um traço essencial das idéias obsessivas: mostram-se perfeitamente justificadas, ao passo que o caráter aflitivo das idéias obsessivas comuns é um problema tanto do médico como do paciente. Até onde tenho podido controlar o meu percurso em casos desse tipo, o que está ocorrendo é que uma defesa perpétua vai-se erigindo contra idéias sexuais continuamente emergentes — ou seja, um trabalho que não atingiu ainda sua conclusão.

Por conseguinte, é previsível que as organizações neuróticas sejam sempre instáveis, tanto em decorrência de sua situação pulsional inconstante quanto na presença de fatores acidentais. Um aporte extra de libido ou de impulso destrutivo, quando intensos, pode alterar o quadro neurótico e levar o paciente a sentir necessidade de estabelecer nova defesa. No caso clínico do "homem dos ratos", que será tratado adiante, Freud comenta que o estado emocional do paciente estava alterado pelo aumento de sua carga libidinal. Sobre essa questão, esclarece:

Dando prosseguimento ao fato, imaginemos as condições gerais sob as quais ocorreu a formação da grande idéia obsessiva do paciente. Sua libido tinha sido aumentada por um longo período de abstinência acoplado com a amável receptividade com a qual um jovem oficial pode contar quando está entre mulheres. Ademais disso, na época em que ele estava iniciando as manobras se instalara entre ele e a dama uma certa frieza nas relações. A intensificação de sua libido levou-o a renovar sua luta antiga contra a autoridade de seu pai, e ele ousara pensar em manter relações sexuais com outras mulheres. Sua lealdade à lembrança que guardava de seu pai fora-se debilitando, e aumentaram suas dúvidas a respeito dos méritos de sua dama; com essa disposição de espírito ele se deixou arrebatar a um perjúrio contra os dois, e assim se punira por havê-lo feito. Com esse ato, copiara, pois, um antigo modelo. E quando, no final das manobras, hesitara por tanto tempo para saber se viajaria a Viena ou se ficaria e cumpriria seu juramento, representara num só quadro os dois conflitos que desde o princípio o haviam afetado: se deveria, ou não, manter obediência a seu pai, e se deveria, ou não, manter-se fiel a sua amada (FREUD, 197-?, p. 221, v. X).

Então, pode-se afirmar que, se o quadro pulsional se altera de maneira crítica, consequentemente, demanda uma nova manifestação defensiva. Assim sendo, não há nada de excepcional no fato de o quadro mórbido sofrer também alguma alteração.

6.1 MEDO E SINTOMA

O surgimento de novos sintomas após a manifestação do medo, conforme se defende aqui, esteve diante de Freud desde os seus trabalhos iniciais. Em seu primeiro relato clínico, já se pode constatar a presença de um novo sintoma histérico na seqüência de uma vivência intensa desse afeto.

Poucos meses após seu retorno do estágio na Salpêtrière, Freud foi desafiado por Theodor Meynert a apresentar um caso de histeria masculina. Respondendo à provocação de seu antigo professor, em 26 de novembro de 1886, ele exibiu, perante a Sociedade Médica de Viena, o caso clínico que se transformou no artigo intitulado "Observação sobre um caso grave de hemianestesia em um homem histérico".

O paciente em questão era Augusto P., tinha 29 anos, era gravador e sofria de grave hemianestesia histérica. Sua história clínica revelava que ele, aos oito anos de idade, fora atropelado na rua e sofrera ruptura do tímpano direito, ficando com deficiência permanente da audição no mesmo ouvido. Em decorrência desse acidente, apresentou embotamento intelectual, o que afetou seu rendimento escolar, além de tendência a ter sensações vertiginosas que acompanhavam um estado de indisposição que o atormentava intermitentemente. Ele evitava relacionamentos sociais e também não era dado a divertimentos. Segundo Freud (1977, p. 60, v. I), Augusto P.:

[...] Via-se obrigado a refletir muito acerca de si mesmo e de suas ambições e, de fazê-lo com tanta freqüência, caía num estado de excitada fuga de idéias, no qual ficava alarmado a respeito de sua saúde mental; seu sono era, muitas vezes, perturbado, sua digestão fazia-se lenta por causa de sua forma de viver sedentária. Sofreu de palpitações, durante nove anos; mas em outros aspectos era sadio e jamais precisou interromper o seu trabalho.

Pelas afirmações de Freud, pode-se presumir que o paciente, após o acidente e a ruptura do tímpano direito, apresentou interessantes sintomas fisiológicos e traços peculiares de caráter: o embotamento intelectual e o conseqüente atraso escolar, as vertigens e as indisposições seriam decorrentes tanto da surdez que dificultava sua aprendizagem quanto de sintomas de labirintopatia traumática. Seu caráter retraído e ambicioso levava-o a se afastar das pessoas, indicando uma vida afetiva inibida. As ambições causavam-lhe também fuga de idéias e temores por sua integridade mental. Seriam, então, esses temores os responsáveis pelas palpitações, pelos problemas digestivos e distúrbios do sono dos quais ele também se queixava? É, de todo, impossível qualquer afirmação categórica sobre o caso, mas, atualmente, sabe-se que o afeto do medo altera profundamente a fisiologia.

Continuando, então, sua exposição, Freud relata que a doença atual do paciente, a hemianestesia histérica, havia começado três anos antes, quando o gravador se desentendera com um de seus irmãos e esse ameaçou apunhalá-lo:

[...] Isto causou ao paciente um medo indescritível; sentiu um zumbido na cabeça, como se ela fosse estourar; correu para casa, sem poder contar como foi que chegou lá, e caiu no chão, inconsciente, em frente à porta de sua casa. Depois desse incidente, ouviu contar que, durante duas horas, ele tinha tido as mais violentas

convulsões dito coisas relacionadas à cena com seu irmão (FREUD, 1977, p. 61, v. I).

Essa experiência traumática, decorrente da vivência de medo intenso, trouxelhe sintomas histéricos bem nítidos: alteração na sensibilidade da metade esquerda do corpo e seus olhos passaram a se cansar facilmente no trabalho. O referido estado perdurou por mais ou menos três anos. Sete semanas antes da data da apresentação perante a Sociedade de Médica, outro episódio agravou o quadro clínico: o paciente foi acusado de roubo por uma mulher e:

[...] teve palpitações violentas e por uns quinze dias esteve tão deprimido que pensou em suicídio; ademais, ao mesmo tempo, um tremor muito intenso tomou conta das suas extremidades no lado esquerdo. A metade esquerda de seu corpo ficou como se tivesse sido afetada pelas conseqüências de um pequeno acidente cerebral; seus olhos se enfraqueceram muito e freqüentemente faziam-no ver tudo cinza; seu sono era interrompido por aparições terrificantes e sonhos nos quais pensava estar caindo de uma grande altura; começaram a surgir dores no lado esquerdo da garganta, na virilha esquerda, na região sacra e em outras áreas; seu estômago, com freqüência, estava 'como que fora insuflado', e viu-se obrigado a parar de trabalhar (Ibid.).

A descrição de Freud deixa evidente que os sintomas histéricos de Augusto P. foram precedidos por intensas experiências de medo. Ele, entretanto, não considerou esse fato nem no artigo em questão, nem em suas elaborações posteriores.

Em carta de 6 de outubro de 1893, ele relata a Fliess quatro casos clínicos: uma neurose de medo simples, uma histeria, uma neurose de medo com sintomas cardíacos e uma neurastenia. Nos dois casos de neurose de medo, fora os sintomas somáticos, os únicos sintomas emocionais apresentados são formas de medos:

(1) Mulher, 41 anos; filhos de 16, 14, 11 e 7. Nervosa nos últimos doze anos; bem durante as gestações; recorrência depois delas; não houve agravamento com a última gravidez. Ataques de tonteira, com sensações de fraqueza, agorafobia, expectativa ansiosa¹⁰¹, nenhum traço de neurastenia, pouca histeria. Etiologia confirmada, pura (neurose de angústia) (MASSON, 1986, p. 57).

Em seguida, Freud continua relatando:

_

¹⁰¹ Ängstliche Erwartung.

(3) Homem, 42 anos; filhos de 17, 16 e 13. Bem disposto até um ano atrás; então, por ocasião da morte do pai, súbito ataque de angústia 102 com palpitações, medo hipocondríaco de um câncer na língua 103; vários meses depois, um segundo ataque, com cianose, pulso intermitente, medo da morte 104 e assim por diante; desde então, sente-se enfraquecido, tonto, agorafóbico; alguma dispepsia. É um caso de neurose de angústia pura, acompanhada por sintomas cardíacos subseqüentes a uma perturbação emocional; já o coito interrompido foi tolerado com facilidade, aparentemente, durante dez anos (MASSON, 1986, p. 57-58).

No primeiro caso, Freud não descreve a sintomatologia neurótica anterior da paciente mas, após a ocorrência de um possível incremento em sua expectativa temerosa, surgiu a agorafobia. No segundo caso, o paciente apresentou ataques de pânico após a morte do pai e sintomas hipocondríacos concomitantemente. Em seu segundo ataque, tempos depois, surgiu a agorafobia.

O mesmo fenômeno foi registrado por Freud no caso clínico do "homem dos ratos". Segundo ele, o relato do paciente revelava que este sempre havia sofrido de obsessões, desde sua infância:

Um jovem senhor de formação universitária apresentou-se a mim com a asserção de que ele sempre havia sofrido de obsessões, desde a infância, mas com intensidade especial nos últimos quatro anos. Os aspectos principais de seu distúrbio eram *medos*¹⁰⁵ de que algo pudesse acontecer a duas pessoas de quem ele gostava muito: seu pai e uma dama a quem admirava. Além disso, ele estava consciente de *impulsos compulsivos*, tais como, por exemplo, um impulso de cortar a garganta com um lâmina; posteriormente, criou proibições, às vezes em conexão com coisas um tanto sem importância. Contou-me que gastou anos lutando contra essas suas idéias, e desse modo perdera muito terreno no transcorrer de sua vida (FREUD, 197-?, p. 163, v. X).¹⁰⁶

Nota-se que a condição emocional do paciente era a mesma que Freud havia descrito em "Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada 'neurose de angústia'", de 1985, como sendo a de um medo

¹⁰³ Hypochondrische Sorge um Zungenkrebs.

¹⁰² Angstanfall.

¹⁰⁴ Todesangst.

¹⁰⁵ Befürchtungen.

^{106 &}quot;Ein jüngerer Mann von akademischer Bildung füht sich mit der Angabe ein, er leide an Zwangsvorstellungen schon seit seiner Kindeheit, besonders stark aber seit voer Jahren. Hauptinhalt seines Leidens sein Befürchtungen, dass zwei Personen, die er sehr liebe, etwas geschehen werde, dem Vater ind einer Dame, die er verehre. Ausserdem verspüre er Zwangsimpulse, wie z. B. sich mit einem Rasiermesser den Hals abzuschneiden, und produziere Verbote, die sich auch auf gleichgültige Dinge beziehen. Er habe durch den Kampf gegen seine Ideen Jahre verloren und sei darum Leben zurückgeblieben" (FREUD, 1999, p. 384, v. VII).

crônico, uma expectativa medrosa (angstlich Erwartung): algo de muito ruim deveria acontecer a alguém importante para ele. Na seqüência desses medos (Befürchtungen), conforme o texto, surgiram os sintomas de impulsos para cortar a garganta e proibições obsessivas.

Sobre sua história, o paciente lembrava-se de inúmeros episódios eróticos a partir de seus quatro, cinco anos de idade. Por essa época, a governanta da casa, *Fräulein Peter*, permitiu-lhe manipular seus órgãos genitais. Desde então, ele foi tomado por forte desejo escopofílico. De seus seis anos de idade, recordava-se de uma outra experiência erótica com uma segunda governanta, *Fräulein* Lina, que tinha o hábito de espremer abscessos nas próprias nádegas, à noite. O menino esperava, avidamente, por esses momentos que compartilhava com a empregada.

Seu desejo escopofílico era tão intenso que, para satisfazê-lo, ele acompanhava a governanta e as irmãs aos banhos públicos com o precípuo interesse de ver a empregada e outras moças nuas. Esse desejo, contudo, suscitava nele um estranho sentimento, um temor de que algo aconteceria a seu pai, que este morreria. Segundo o paciente: "Os pensamentos a respeito da morte de meu pai ocuparam a minha mente desde uma idade muito precoce e por um longo período, deprimindo-me enormemente" (FREUD, 197-?, p. 167, v. X).

Freud assinala, então, que esse paciente já havia desenvolvido uma neurose completa desde o tempo em que ainda era criança. O desejo de ver as moças nuas corresponderia à idéia obsessiva, ou compulsiva. A oposição a esse desejo já se encontrava em atividade, uma vez que o desejo de ver as jovens nuas despertava nele um "afeto aflitivo", isto é, o medo da morte do pai.

O afeto do medo crônico, tão comum aos neuróticos obsessivos, foi o desencadeador da medida protetora. Freud esclarece sobre esse paciente:

[...] Paralelamente ao desejo obsessivo, e com ele intimamente associado, havia um medo obsessivo: sempre que ele tinha um desejo desse tipo, não podia evitar de temer que algo terrível fosse acontecer. Essa coisa terrível já estava vestida de uma indefinição característica, que desde então deveria ser um aspecto invariável de toda manifestação da neurose. Contudo, numa criança não é difícil descobrir o que é que está oculto por trás de uma indefinição desse tipo. [...] Portanto, o medo obsessivo de nosso atual paciente, quando restabelecido o seu significado original, seria como se segue: 'Se tenho esse desejo de ver uma mulher despida, meu pai deverá fatalmente morrer.' O afeto aflitivo estava distintamente colorido com um matiz de estranheza e superstição, e já estava começando a

gerar impulsos para fazer algo a fim de evitar o mal iminente. Esses impulsos deveriam, subseqüentemente, desenvolver-se em *medidas de proteção* que o paciente adotava (FREUD, 197-?, p. 168, v. X).¹⁰⁷

Percebe-se, pois, que Freud estava a um passo da teoria do medo (*Angst*) como força motivadora da defesa: essa se caracterizava pelas medidas de proteção que o paciente adotava. Estranhamente, entretanto, ele não deu esse passo final, pois estava imbuído da convicção de que o medo (*Angs*t) seria resultante do recalque da libido.

O sintoma que levou o paciente a procurar Freud começou durante manobras militares, quatro meses antes do início do tratamento. Ele havia padecido de pensamentos obsessivos até o início desse treinamento militar, quando esses, então, desapareceram. Certo dia, após uma marcha, durante a qual perdera seu *pince-nez* e encomendara outro em Viena, ele sentou-se entre dois oficiais. Sobre um desses militares, o paciente relata:

[...] Eu tinha certo terror dele, *pois ele obviamente gostava de crueldade*. Não digo que era um homem mau, mas no grupo de oficiais ele sempre havia defendido a introdução de castigo corporal, de modo que eu fora obrigado a discordar dele com veemência (Ibid., p. 170). ¹⁰⁸

Esse capitão contou, então, que ouvira falar de um castigo executado no Oriente, no qual um vaso cheio de ratos era amarrado às nádegas do criminoso e os ratos cavavam passagem pelo ânus do supliciado. Naquele exato momento, ocorreu ao paciente que aquilo estaria acontecendo a seu pai – que morrera nove anos antes – e à dama a quem ele era apegado. Simultaneamente a essas idéias, ocorriam-lhe também sanções, visando impedir a realização de suas fantasias.

Mais tarde, esse mesmo capitão lhe entregou o embrulho com os óculos e indicou-lhe pagar ao Tenente A, que teria coberto as despesas em seu nome:

[...] naquele instante, contudo, uma 'sanção' tomara forma em sua mente, ou seja, *ele não devia devolver em pagamento o dinheiro*, ou aquilo iria acontecer (isto é, a fantasia sobre os ratos se realizaria em relação a seu pai e à dama) (FREUD, 197-?, p. 172, v. X).

^{107 &}quot;[...] neben dem Zwangswunsch steht eine Zwangsbefürchtung innig an den Wunsch geknüpft: so oft er so etwas denkt, muss er fürchten, es werde etwas Schreckliches geschehen" (FREUD, 1999, p. 389, v. VII).

108 "[...] Ich hatte eine gewisse Angst vor dem Manne, denn er liebte offenbar das Grausame. Ich will nicht behaupten, dass er schlecht war, aber er war während der Offiziersmenage wiederholt für dir Einführung der Pr"gelstrafe eingetreten, so dass ich ihm energisch hatte widersprechen müssen" (Ibid.; 1999, p. 391).

A partir daí, um longo ritual obsessivo se definiu: o paciente não conseguia pagar ao Tenente A e, mais tarde, quando descobriu que quem cobrira as despesas com seus óculos fora a jovem que trabalhava na agência dos correios local, essa passou a fazer parte de suas fantasias obsessivas relacionadas à sua vida erótica e à sua identificação com seu pai.

Pode-se presumir que a situação atual do paciente naquele momento, frente ao perverso capitão, reativara a sua questão infantil relacionada ao pai, homem violento de quem o filho sempre tivera medo, conforme atesta a história clínica:

[...] O fato de que ele pudesse ser uma pessoa impetuosa e violenta certamente não estava em desacordo com outras qualidades suas; era, antes, um complemento necessário dessas últimas; contudo, ocasionalmente, castigava severamente os filhos, quando esses eram novos e travessos (Ibid., p. 203).

A reativação do conflito ligado ao pai pela presença e conversa do capitão, mais a exacerbação de suas necessidades libidinais e fantasias eróticas, devem ter causado um desequilíbrio em suas defesas. O medo que sentiu do capitão seria o indício desse fato. Vale lembrar que Freud não se aprofundou nesse episódio do medo sentido pelo paciente.

A disposição temerosa do paciente, entretanto, é registrada em sua história clínica. Além das experiências de medo já relatadas e relacionadas ao surgimento de seus sintomas, merecem destaque também outros fatos importantes que revelam que ele havia convivido com um temor ininterrupto ao longo de sua vida: desde os seus sete anos de idade, "[...] havia tido um medo de que seus pais adivinhassem seus pensamentos, e esse medo, com efeito, persistira por toda a sua vida" (lbid., p. 182).

Outrossim, sempre que seus impulsos hostis se intensificavam, ele era afligido por sentimentos de culpa ou de medo:

Outras obsessões do paciente, no entanto, apesar de também estarem centradas em sua dama, mostravam um mecanismo diverso e deviam sua origem a um instinto diferente. Além de sua mania de emagrecer, ele construiu toda uma série de outras atividades obsessivas, no período em que a dama veraneava, atividades essas

.

¹⁰⁹ "[...] Nach 7 Jahren hatte er, wie schon erzählt, die Angst, dass die Eltern seine Gedanken erraten, die ihn eingentlich durch das weitere Leben verblieben sein" (FREUD, 1999, p. 402, v. VII).

ao menos em parte relacionadas diretamente com ela. Certo dia, passeando de barco em companhia dela, soprava um fortíssimo vento, e ele teve de obrigá-la a pôr o gorro dele, pois se formulara em sua mente a ordem que nada deveria acontecer a ela. Isto era uma espécie de obsessão de proteger, e teve outros efeitos além deste. Em outra ocasião, durante uma tempestade, enquanto estavam sentados juntos, ele ficou obcecado, e não era capaz de saber a razão, com a necessidade de contar até quarenta ou cingüenta, no intervalo entre um raio e o trovão que o seguisse. No dia em que ela devia partir, ele bateu com o pé numa pedra da estrada, e foi obrigado a afastá-la do caminho, pondo-a à beira da estrada, pois lhe veio a idéia de que o carro dela iria passar, dentro de poucas horas, pela mesma estrada e poderia acidentar-se nessa pedra. Contudo, minutos depois, pensou que era um absurdo, e foi obrigado a voltar e restituir a pedra à sua posição original, no meio da estrada (FREUD, 197-?, p. 192-193, v. X).

A explicação que Freud (Ibid., p. 194) dá para esses pensamentos obsessivos é a seguinte:

[...] Sua obsessão de proteger só pode ter sido uma reação – como uma expressão de remorso e penitência – a um impulso contrário, ou seja, hostil, que ele deve ter sentido com relação a sua dama, antes do *éclaircissement* de ambos. Sua obsessão de contar, durante a tempestade, pode ser interpretada, com o auxílio de algum material fornecido por ele, como uma medida defensiva contra temores de que alguém estivesse em perigo de morte.

Outros de seus medos apareceram vinculados a seus impulsos hostis pela dama:

[...] Certa vez, estando ela acamada, com uma séria enfermidade, ficando ele extremamente preocupado com ela, perpassou-lhe pela mente, quando olhava para ela, um desejo de que ela continuasse deitada assim, para sempre. Explicou essa idéia mediante um sofisma bastante engenhoso: asseverando que apenas desejara que ela estivesse permanentemente doente, de modo que ele pudesse livrar-se de seu medo¹¹⁰ intolerável de que ela fosse acometida por uma repetida sucessão de crises! (Ibid., p. 197).¹¹¹

Esses temores aconteciam, sem dúvida, em decorrência de seus impulsos destrutivos inconscientes. Entretanto, em sua consciência, manifestava-se, além da formação reativa, um sentimento de medo que impregnava todas as suas relações e

-

¹¹⁰ Angst.

[&]quot;[...] Ales sie einmal in schwerer Krankheit zu Bette lag, was seine äusserste Teilnahme hervorrief, brach bei ihrem Anblicke der Wunsch bei ihm durch: so soll sie immer liegen bleiben. Er deutete sich diesen Einfall durch das spitzfindige Missverständnis, er wünsche nur darum ihr beständiges Kranksein, damit er die Angst vor wiederholten Krankeheitsanfällen los werde, die er nicht ertragen könne!" (FREUD, 1999, p. 416, v. X).

seu cotidiano. Juntamente a esse afeto, estavam os pensamentos e rituais obsessivos.

Um medo onipresente havia começado quando era ainda muito pequeno, em decorrência de algum episódio doméstico do qual não se lembrava mais dos detalhes, e que Freud (197-?, p. 208, v. X) entendeu ser a prática da masturbação infantil, o pai lhe bateu. Tomado de fúria, xingou o pai com os nomes que conhecia: "Sua lâmpada! Sua toalha! Seu prato!". Na seqüência desses acontecimentos, o autor comenta:

[...] O paciente acreditava que a cena causara uma impressão permanente tanto em si próprio como em seu pai. Ele disse que seu pai jamais bateu nele de novo; e também atribuiu a essa experiência parte da mudança que ocorreu em seu próprio caráter. A partir daquela época, tornou-se um covarde, por medo¹¹² da violência de sua própria raiva. Aliás, por toda a sua vida, teve terrível medo¹¹³ de pancadas, e costumava agachar-se e esconder-se, cheio de terror e indignação, quando um de seus irmãos ou irmãs era espancado (Ibid.).¹¹⁴

Assim, pode-se afirmar, sempre que o sentimento de temor crônico do paciente se intensificava, apareciam os sintomas obsessivos de maneira bastante evidente.

A concomitância de novos sintomas junto aos ataques de pânico tem sido registrada na literatura psiquiátrica sem, contudo, haver qualquer esclarecimento desse fato. Silva (2007, p. 57), ao comentar a sua experiência clínica com pacientes portadores de síndrome do pânico, salienta:

Em nossa experiência clínica diária, temos observado que a ocorrência de agorafobia sem história de transtorno do pânico é um diagnóstico raro. Na grande maioria dos casos, encontramos a agorafobia como parte ou conseqüência do próprio transtorno do pânico.

-

¹¹² Angst.

¹¹³ Angst.

^{114 &}quot;[...] Er meint, der Eindruck dieser Szene sei sowohl für ihn wie für den Vater ein dauernd wirksamer gewesen. Der vater habe ihn nie wieder geprügelt; er selbst leitet aber ein Stück seiner Characterveränderung von dem Erlebnis ab. Aus Angst vor der Grosse seiner Wut sei er von da an feige geworden. Er hatte übrings sein ganzes Leben über schreckliche Angst vor Schlägen und verkroch sich vor Entsetzen und Empörung wenn wines seiner Gescwister geprügelt wired" (FREUD, 1999, p. 427, v. VII).

Serão apresentados, em seguida, dois casos clínicos retirados do livro de Stekel (1950): um homem histérico e uma mulher obsessiva. O paciente enfrentou ataques de medo após um susto e novos sintomas histéricos se estabeleceram paralelamente aos já existentes. A paciente obsessiva não relatou uma experiência aguda de medo, mas desenvolveu um comportamento fóbico que se somou a seus sintomas obsessivos anteriores. Nesse último caso, a experiência de medo e a evitação da situação temida, uma fobia, tornou-se o novo sintoma.

A apresentação desses dois casos clínicos de Stekel tem como objetivo principal evitar trazer para o debate a história real de pacientes. Como o autor do presente trabalho reside e trabalha numa cidade de porte médio, o relato clínico poderia causar embaraços e constrangimentos a seus pacientes.

Stekel relata o caso de um rabi de 42 anos de idade, alto, robusto e de aparência poderosa, que o procurou, após peregrinar, em vão, em busca de alívio para seu sofrimento em Berlim, Viena, Paris e outros centros europeus. O homem se queixava de vários sentimentos temerosos e sintomas que o acometeram após um forte choque emocional. O paciente, que até a data do evento desempenhara sua função religiosa com dedicação e desenvoltura, subitamente, hesitou no meio de uma sentença e, a partir daí, não conseguiu mais prosseguir. Desde então, ele começou a desenvolver uma aversão temerosa a qualquer função pública:

> [...] Antes de se pronunciar, mesmo nos casos de breves preces públicas, ele tinha o mais doloroso sentimento de ansiedade de que não conseguiria continuar, de que ele não conseguiria prosseguir. Mesmo quando o livro de orações se mantinha aberto diante dele, ele parava no meio da leitura, mesmo que por apenas um momento. Todo sábado, ele tinha que pregar um sermão longo e improvisado. Certa época, isto costumava ser seu grande prazer e orgulho. Mas, desde a hesitação, ele tremia por toda a semana, de antemão e pensava incessantemente que ele vacilaria novamente (STEKEL, 1950, p. 211).¹¹⁵

Tomado, então, pelo pânico que o assolava durante dias e dias, o rabi também perdeu a confiança em aconselhar aqueles que vinham consultá-lo, o que fizera com segurança até antes do episódio do susto e da emergência de seus sintomas. Nessas ocasiões, ele começava a balbuciar, gaguejar e vacilava no meio

^{115 &}quot;[...] Before every adress, even in the case of the smallest public prayer he had the most painful feeling of anxiety that he would not be able to continue, that he would get stuck. Even when the prayer-book was lying before him he would come to stop in the middle of reading, if only for a moment. Every Saturday he had to preach a long extempore sermon. At one time this used to be his greatest pleasure and his greatest pride. But since the shock he trembled for a whole week beforehand and was continually thinking he would get stuck" (STEKEL, 1950, p. 211).

das frases. Quando estava sozinho, conseguia repetir a mais longa das preces sem qualquer hesitação. Seu impedimento só se manifestava na frente das pessoas.

Conforme a hipótese desenvolvida neste capítulo – a de que o sentimento de medo, agudo ou crônico, isto é, em sua forma de pânico ou como expectativa amedrontadora, traz consigo um novo sintoma neurótico – o comportamento de evitação das preces e do ato do aconselhamento do rabi, ou seja, o seu temor intenso de falar diante das pessoas trouxe também consigo um novo sintoma neurótico ao paciente:

Ele reclamava, além, disso, de uma sensação de queimação em seus braços e pernas. Algumas vezes, essa sensação aumentava até se tornar parecida com um ataque de calafrios (embora a sua temperatura fosse aferida freqüentemente, nunca se descobriu que ela tivesse se elevado). Por três anos, sua mão e seu braço esquerdos se mantiveram completamente entorpecidos (Ibid.).¹¹⁶

Durante a anamnese do caso, Stekel descobriu que o paciente sofrera de "tuberculose de testículo" quando tinha 21 anos de idade e submeteu-se a tratamento com "banhos de Haller e água iodada de Haller" (Ibid., p. 211). Stekel registra que o paciente ainda apresentava vestígios dessa doença. Entretanto, os sintomas relatados como seqüelas da tuberculose dos testículos parecem indicar sintomas histéricos bastante característicos:

[...] Objetivamente, além disso, havia ainda completa anestesia da extremidade superior esquerda. Podia-se espetar agulhas profundamente na região sem que o paciente sentisse qualquer coisa. Outras partes do lado esquerdo do corpo, entretanto, estavam evidentemente afetadas por uma marcante hiperestesia. A suscetibilidade a estímulos térmicos estava inteiramente suspensa na extremidade esquerda mas normal em outros pontos (STEKEL, 1950, p. 211-212).¹¹⁷

Assim, aos primeiros sintomas de anestesia da extremidade superior esquerda, somaram-se a sensação de queimação do braço e da perna e o entorpecimento de sua mão e de seu braço esquerdo.

¹¹⁶ "[...] He complained besides of a burning feeling in his arms and legs. This feeling increased sometimes till it became like an attack of ague (Although his temperature was taken frequently it was never found to be raised). For three years his left hand and arm had been entirely numb" (STEKEL, 1950, p. 211).

^{117 &}quot;[...] Objectively, moreover, there was still complete anaesthesia of the left upper extremity. Needles could be stuck deeply into it without the patient's feeling anything whaterever. But other parts of the left side of the body were distinctly affected by a marked hyperaesthesia. The susceptibility to thermic stimuli was entirely arrested in the left extremity, bur otherwise normal" (STEKEL, 1950, p. 211-212).

Após algum tempo de análise, o paciente relatou a experiência em que teve o grande choque emocional, em decorrência do qual seus sintomas emergiram:

[...] Ele teve uma discussão violenta com seu irmão mais velho. Este último havia herdado o dinheiro quando da morte do pai deles, enquanto ele recebeu a coleção de valiosos livros históricos. Então, o irmão retornou, após alguns anos, tendo perdido o dinheiro, e violentamente exigiu uma parte dos livros. Os livros haviam sido escritos pelas mãos do pai, do avô e do bisavô. Eram registros familiares que cobriam 300 anos. O pensamento de seus antepassados, que igualmente foram rabis, estava registrado nesses livros (STEKEL, 1950, p. 213).¹¹⁸

Pode-se presumir que, aos 21 anos, após a crise de "tuberculose", as seqüelas remanescentes fossem, na verdade, sintomas histéricos. A sintomatologia está muito de acordo com as descritas por Freud como anestesia histérica.

No artigo "Histeria", que escreveu em 1888 para o *Handwörterbuch de gesamten Medizin* (Manual de medicina geral), editado por A. Villaret, Freud (1977, p. 79-100, v. I) descreve, minuciosamente, os diferentes sintomas somáticos comuns a esse quadro clínico. Ainda longe de começar a desenvolver suas próprias teorias, escreveu o citado artigo sob a influência de Charcot e da experiência adquirida durante os meses que passara na Salpêtrière, entre 1885-1886.

Esses sintomas somáticos que Freud descreve como resultantes do mecanismo psíquico de defesa que ele denominou conversão, ainda hoje, podem ser encontrados na clínica da psicanálise, se não em sua totalidade como uma "grande histeria" pelo menos como componentes isolados. Ressalta-se que, muitas vezes, esses se tornam o sintoma central da histeria. Assim sendo, as contrações, as anestesias, as paralisias etc., ainda são vistas no cotidiano dos psicanalistas.

No artigo em questão, Freud esclarece que a histeria é um quadro clínico nitidamente circunscrito e bem definido. Nos casos extremos, segundo a citação que faz de Charcot, pode-se reconhecê-la como "grande hystérie" (grande histeria) ou histeroepilepsia. Ele destaca, ainda, que a "histeria também abrange as formas mais brandas e rudimentares que ocorrem numa série que abrange toda uma gradação,

-

^{118 &}quot;He had a violent quarrel with his elder brother. The latter had inherited the money on the death of the father, while he had received the collection of historic, valuable books. Then the brother returned, after some years, having lost the money, and blusteringly demanded a share of the books. The books had been written by the father's, grandfather's and great grandfather's own hands, family records which went back three hundred years. All the thought of his ancestors, who had likewise been rabbis, were recorded in these books" (Ibid., p. 213).

desde o tipo da "grande hystérie" até o tipo normal (FREUD, 1977, p. 80, v. I). Dentre os sintomas listados, acham-se os ataques convulsivos, as zonas histerógenas, os distúrbios da sensibilidade, os distúrbios da atividade sensorial, as paralisias e as contrações.

Seguindo as indicações de Freud no artigo citado, pode-se presumir que o paciente de Stekel apresentou, após o quadro de "tuberculose dos testículos", aos 21 anos de idade, uma anestesia da extremidade superior esquerda de origem histérica. Segundo Freud, esses distúrbios da sensibilidade, dos quais as anestesias fazem parte, constituem os sinais mais freqüentes desse quadro clínico, persistem mesmo nos períodos de remissão das crises e são importantes para o diagnóstico diferencial das lesões cerebrais orgânicas porque, nessas últimas, desempenham um papel relativamente pequeno. Sobre os distúrbios da sensibilidade, ele afirma:

[...] consistem em anestesia ou hiperestesia e apresentam, quanto à extensão e ao grau de intensidade, uma variabilidade não observada em nenhuma outra doença. A anestesia pode afetar a pele, as membranas mucosas, os ossos, os músculos e nervos, os órgãos dos sentidos e os intestinos; contudo, o mais comum é a anestesia da pele. No caso da anestesia histérica da pele, todas as diferentes espécies de sensação da pele podem ser dissociadas e comportarse de forma muito independente umas das outras. A anestesia pode ser total ou pode atingir apenas a sensação de dor (analgesia – que é a mais comum) ou apenas as sensações de temperaturas, pressão ou eletricidade, ou a sensibilidade muscular. [...] Quanto à extensão, a anestesia pode ser total; em casos raros, pode afetar toda a superfície da pele e a maioria dos órgãos dos sentidos. Com maior frequência, no entanto, trata-se de uma hemianestesia, como a que é produzida por uma lesão da cápsula interna; distingue-se, porém, da hemianestesia devida a doença orgânica pelo fato de que geralmente ultrapassa a linha média em algum ponto. [...] Por fim, a anestesia histérica pode surgir em focos disseminados, unilaterais ou bilaterais, ou simplesmente em determinadas áreas, na forma de monoplegia, nas extemidades ou em áreas situadas sobre os órgãos internos atingidos por alguma doença (faringe, estômago, etc.) (Ibid., p. 83).

O segundo caso clínico é considerado por Stekel como sendo uma histeria de medo (*anxiety Hysteria*), embora a organização obsessiva da paciente esteja claramente evidente. A partir das informações contidas no livro do referido autor, toma-se, aqui, a liberdade de interpretá-lo conforme uma avaliação pessoal dessa história clínica.

Miss Nastásia R., 32 anos de idade, era cantora profissional até que apresentou uma fobia relativa a seu ofício. Certo dia, durante uma apresentação em Petersburgo, ela sentiu-se exausta e impossibilitada de cantar e, de fato, não voltou a fazê-lo. Ao contrário do rabi, do caso clínico anterior, que se atormentava durante toda a semana, temendo a hora do sermão e o sofrimento que o contato com os fiéis lhe trazia, Nastásia aceitou a interrupção em sua carreira com tristeza e certa dose de depressão. Não sentia medo de cantar, sentia-se impossibilitada de fazê-lo e triste.

Na época da primeira consulta, já havia dois anos que ela sentia medo de aparecer em público. Mesmo em casa, não era capaz de cantar uma simples canção. Ela sentia-se nervosa em frente a qualquer grupo de pessoas, especialmente de mulheres. Também, parou de ir a *shows* ou a concertos, temendo o olhar de menosprezo e de crítica das mulheres e, ainda, achava que elas riam dela. Chorava por muitas horas durante o dia e sua voz ficara áspera, dissonante. Chegou, inclusive, a imaginar que um câncer se formara em sua garganta, embora os exames médicos indicassem a sua perfeita saúde. Assim, o sintoma fóbico de medo dos palcos e da presença das mulheres se instalou quando tinha 30 anos de idade e não mais a deixou até o final da análise com Stekel.

Nota-se que seu estado era de medo crônico, com inibição total de sua atividade profissional, humor depressivo e expectativa medrosa de câncer na garganta. O sintoma fóbico veio, então, a se instalar como um acessório ao seu quadro obsessivo, concomitante ao afeto de medo. Sua anamnese revelou, além de sua história pessoal, seus primeiros sintomas e caráter obsessivos.

Ela era filha de um professor e crescera em Petersburgo, na Rússia. Em sua infância, segundo seu relato, pode-se constatar que seus sintomas obsessivos já se manifestavam de forma clara e indubitável. Conforme sua narrativa, ela era muito devota e dedicava-se, com paixão, às questões religiosas. Aos 14 anos de idade, quando de sua Confirmação, recusou-se a prosseguir no rito religioso de sua crença, porquanto, tomando literalmente os ensinamentos religiosos, sentiu que não possuía a força necessária para comprometer-se penhoradamente com uma vida religiosa. Nessa época, quebrava a cabeça por dias e dias sobre certas passagens da **Bíblia** e do livro de orações. Essa situação perdurou até seus 17 anos, quando, só então, conseguiu fazer a sua Confirmação, mesmo assim, recusou-se a tomar a comunhão, pois acreditava que não se sentiria pura o bastante no momento do ato sagrado.

Acreditava, também, que as pessoas não levavam uma vida cristã e queria se tornar pregadora a fim de tornar conhecida a palavra de Deus.

Sobre seu caráter obsessivo, revelou que, desde menina, tivera fixação por limpeza. Quando garota, sofreu de leucorréia, o que a fez sentir-se suja. Todos os dias, uma senhora vinha fazer a sua higiene vaginal por meio de uma seringa. Até a época da análise, ela ainda lavava as mãos várias vezes ao dia.

Nastásia havia desenvolvido, além disso, um ritual especial para a evacuação. Aliás, ela não conseguia defecar fora de casa, pois sentia que estaria deixando algo de seu para trás. Até a vida adulta, obtém grande prazer com seu ritual anal. Evacua duas vezes ao dia, com certo prazer erótico e prepara-se com grande aparato: precisa ter muitas poltronas e almofadas para acomodar-se confortavelmente para o ato. 119 Como se pode constatar, a paciente possuía não apenas um caráter anal bastante acentuado, como também sintomas obsessivos de ordem religiosa.

Como possuísse uma voz magnífica, começou a cantar na igreja, a fim de agradar a Deus. Ali, conheceu um organista que, encantado com o seu talento musical, ofereceu-se para ensinar-lhe música. O organista, entretanto, apaixonou-se por Nastásia e pediu-a em casamento. A recusa da jovem levou-o a encaminhá-la a outro professor. Pouco tempo depois, ela decidiu estudar canto em Berlim. Após algumas experiências afetivas complicadas, voltou para a casa paterna em Petersburgo. Lá, continuou sua formação profissional e conheceu homens que tentaram obter seus favores eróticos. A todos, ela recusou, exceto um importante músico, líder de uma orquestra, a quem Stekel denomina Pawlow. Com ele, ela viajou e desfrutou do imenso sucesso que alcançou com sua arte. Pawlow, que já era separado da mulher, dedicou-se a ela. O espetáculo no qual ela decidiu abandonar a música aconteceu em Petersburgo, após estrondoso sucesso:

[...] A última vez que cantou uma coleção de músicas folclóricas russas em Petersburgo, obteve um sucesso extraordinário mas, após a apresentação, ela sentiu-se tão cansada e exausta que pensou: "Eu não canto mais". *Ela temia a sua própria voz.* Desde então, ela não consegue cantar uma nota sequer (STEKEL, 1950, p. 259).¹²⁰

¹²⁰ "[...] The last time she sang a cycle of Russian folksongs in Petersburg the success was extraordinary, but after the concert she felt so tired and exhausted that she thought: "I can sing no more". She feared her own voice. And since then she has not been able to sing a note" (STEKEL, 1950, p. 259).

٠

¹¹⁹ Nas instalações domésticas de Miss Nastásia R. não devia haver banheiro completo, o que era muito comum em muitos países europeus ainda na primeira metade do século XX. Ela, certamente, usava um urinol para as suas necessidades fisiológicas. [Nota do autor].

Desde então, o comportamento fóbico de Nastásia se manteve. A análise revelou depois que, na verdade, seu temor ao canto começou após uma visita da amante de Pawlow, a jovem bailarina, Sonja. Após a visita, ela também descobriu, numa carta enviada ao amante pela jovem, as seguintes frases: "Como você pode pensar tanto em uma pessoa como a Nastásia. Ela possui, com certeza, uma voz horrível. Eu não posso conceber como você, como uma pessoa musical pode suportar ouvir a sua voz horrorosa" (Ibid., p. 268). 121

Embora o relato de Stekel deixe a desejar em relação ao caso clínico em questão, segundo sua afirmativa, a paciente concluiu que seu sintoma fóbico surgiu após a visita e a carta de Sonja. Esses dois fatos suscitaram nela sentimentos de ódio pela jovem e de culpa por seus desejos hostis. O medo do julgamento e da crítica das mulheres revelaria um superego sádico que fortaleceu sua expectativa medrosa (angstlich Erwartung), forçando, então, uma nova defesa, via seu comportamento fóbico. A única forma de se livrar do afeto do medo foi evitar o palco, o julgamento das mulheres e o canto. O comportamento fóbico estabeleceu-se como uma segunda defesa, a qual a protegia do sentimento de medo que a exposição profissional lhe causava.

Conforme se pretendeu mostrar neste capítulo, as observações clínicas empreendidas por Freud e Stekel, e que ainda hoje podem ser confirmadas por qualquer psicanalista, indicam que as vivências de medo intenso não apenas recrudescem os sintomas neuróticos já estabelecidos, como também propiciam o surgimento de novas manifestações sintomáticas.

O exame cuidadoso desse afeto e das diferentes maneiras como ele se apresenta na análise, e a sua modificação ao longo do processo analítico, favorecem uma observância privilegiada ao analista sobre os processos inconscientes que se desenrolam na vida psíquica de seus pacientes.

^{121 &}quot;How can you think so much of a person like Nastasia. She has certainly a shocking voice. I cannot conceive how you, as a musical man, can endure listening to her ugly voice" (Ibid., p. 268).

7 REPERCUSSÕES FISIOLÓGICAS DO MEDO

No ensaio sobre o medo, publicado em 1580, Montaigne (1533-1592) afirma que, no momento da dominação de Roma pelo senhor de Bourbon, quando o conde de Bures e o Senhor DuReu tomaram o subúrbio de São Paulo, verificou-se ali um fato extraordinário: um certo fidalgo, membro do exército invasor, foi acometido de tal medo que ficou, primeiro, paralisado de temor para, em seguida, cair morto repentinamente, de cima do baluarte em que se encontrava, sem o menor ferimento.

Ainda, segundo esse filósofo, os médicos de seu tempo indicavam que nenhum outro sentimento projetava, tão precipitadamente, os homens fora do bom senso. Ele mesmo acrescenta que testemunhou muita gente se tornar insensata pelo medo. Comum entre o vulgo, não deixava de estar presente também no meio daqueles de quem se esperava a valentia e o destemor. Sobre isso, Montaigne (1987, p. 153) esclarece:

Ponho de lado o homem vulgar, ao qual faz o medo que ora veja seus antepassados saírem do túmulo, envolvidos em seus sudários, ora lobisomens, gnomos, quimeras. Mesmo, porém, entre os soldados, sobre os quais o medo deveria ter menor influência, quantas vezes não transformou ele um rebanho em um esquadrão couraçado? E caniços e bastões em policiais e lanceiros? E nossos amigos em inimigos, e a cruz vermelha em cruz branca?

O filósofo tinha consciência de que o mesmo medo que paralisa e transtorna é o mesmo sentimento que estimula e, inúmeras vezes, cega. Muitos homens tomados por esse afeto acabavam cometendo atos que seriam de bravura, se não os motivasse a covardia, como aqueles exércitos que, ao fugirem do inimigo, acabavam dizimando-os. Mas, o "medo põe asas em nossos pés" e, muitas vezes, sob sua influência, recobra-se a coragem (Ibid., p. 153).

De acordo com o autor, por ser um erro do raciocínio, o medo conduz a essas ações díspares, tanto paralisando pelo pavor quanto estimulando a luta. Esse é um sentimento que transforma os homens: "[...] Quantas pessoas, atormentadas pelas fustigações do medo, não se enforcaram, se afogaram ou se atiraram em precipícios, demonstrando ser o medo mais importuno e insuportável do que a própria morte!" (Ibid., p. 154).

Se o medo confunde os homens, torna-os insensatos, covardes ou valentes, ele também os mata. Como pode, então, esse afeto ser tão poderoso a ponto de preservar ou destruir uma vida?

7.1 O MEDO NO CORPO

Como foi exposto até aqui, o medo desencadeia processos defensivos psíquicos, gerando sintomas neuróticos. Sempre que a condição pulsional do paciente se altera, há uma exacerbação das respostas de medo, seja sob forma de ataques de pânico, seja na intensificação da expectativa medrosa. Discutiu-se, ainda, a emergência de um novo sintoma neurótico em decorrência desses eventos afetivos.

Há, entretanto, uma outra condição patológica que se manifesta, ou concomitantemente às intensificações do medo, ou na seqüência de um processo mais duradouro de apreensão amedrontadora, conforme a observação empírica do fato, chama a atenção. Assim sendo, constata-se, no trabalho clínico, o surgimento de enfermidades orgânicas diretamente relacionadas a esses episódios afetivos. Após ataques de pânico, alguns pacientes podem referir, por exemplo, uma afecção dermatológica, denominada desidrose; outros desenvolvem um quadro herpético agudo, síndrome do cólon irritável, gastrites, doenças alérgicas, asma brônquica, urticária, colite ulcerativa, artrite reumatóide e lupus eritematoso sistêmico, entre numerosas outras queixas (MELO FILHO, 1992).

Essas ocorrências são tão freqüentes que impõem a suposição de que essas apresentações clínicas estejam diretamente relacionadas aos eventos emocionais com os quais se manifestam associadas. As afecções orgânicas diretamente relacionadas a estados emocionais alterados são denominadas *doenças psicossomáticas*. Sobre essas, Mello Filho (2002, p. 19-20), comenta:

Vale assinalar que a expressão psicossomática foi de início usada para referir-se apenas a certas doenças, como a úlcera péptica, a asma brônquica, a hipertensão arterial e a colite ulcerativa, em que estas correlações psicofísicas eram muito nítidas e que tal uso ainda persiste em certos meios médicos. Todavia, à medida que as observações de pacientes com enfermidades as mais diversas

prosseguiram, os pesquisadores neste campo foram percebendo que tal conceituação é potencialmente válida para toda e qualquer doença e a tendência atual dominante é a unitária [...].

Sapolsky (2004) exemplifica como pessoas com humor alterado, ou extremamente irritadas, nas quais o organismo é mantido em estado de alerta crônico, desenvolvem doença coronariana. Inicialmente, estabelece-se uma hipertensão arterial, pois o corpo interpreta o estado emocional da mesma forma que uma situação de perigo e dispara o sinal de alarme. Assim sendo, o sangue precisa fluir mais rapidamente para acelerar o transporte do oxigênio. O neurotransmissor adrenalina, liberado pelo sistema nervoso simpático, participa desse processo, contraindo os vasos sangüíneos, visando a aumentar a pressão arterial. Para manter o fluxo sangüíneo elevado e para melhor controlar o aumento da força de circulação, os vasos aumentam a espessura de sua camada muscular. O aumento da pressão arterial faz com que o sangue retorne com mais força ao coração. Este é obrigado, ao longo do tempo, a desenvolver sua camada muscular, chegando à hipertrofia do ventrículo esquerdo, o que pode provocar arritmias cardíacas e doença coronariana. Esta não é, certamente, a única causa de doenças cardíacas, mas explica bem como o estado emocional pode causar doenças graves. Se o medo altera a fisiologia do organismo, também pode, pela mesma via, conduzir ao mesmo resultado.

Haveria uma via que pudesse servir de elo entre essas duas classes de fenômenos de naturezas tão díspares quanto os fatos psíquicos presentes nas neuroses e as lesões orgânicas? Qual é a explicação fisiopatológica de como esses fenômenos se relacionam?

O objetivo deste capítulo é tentar formular uma hipótese viável que estabeleça pontos de evidência de que as experiências emocionais as quais envolvem os afetos do medo desencadeiam as referidas enfermidades.

7.2 A FISIOLOGIA DO MEDO

Em "Inibições, sintomas e ansiedade", Freud (1976, p. 114, v. XX) comenta: "[...] Se formos adiante e indagarmos a origem dessa ansiedade¹²² – e dos afetos em geral – estaremos deixando o domínio da psicologia pura e penetrando na fronteira da fisiologia". Este capítulo pretende ultrapassar essa fronteira mencionada por Freud. Está dedicado a identificar o que a fisiologia tem a esclarecer sobre a ação do afeto do medo no organismo humano.

O desinteresse de Freud pela fisiologia das emoções se explica porque, em primeiro lugar, como ele mesmo declara, seu interesse eram os processos psíquicos; em segundo lugar, sabe-se que os conhecimentos neuroquímicos em sua época, não eram os mais animadores. Conforme Freud (1976, p. 458-459, v. XVI)¹²³ mesmo comunica anos antes da declaração apresentada, na Conferência XXV, de suas **Conferências introdutórias sobre psicanálise**, de 1916-1917:

Qualquer que seja o caso, não há dúvida de que o problema da ansiedade¹²⁴ é um ponto nodal para o qual convergem as mais diversas e importantes questões, um enigma cuja solução deverá inundar de luz toda nossa existência mental. Não afirmarei que lhes possa dar essa solução completa; certamente, porém, os senhores esperarão que a psicanálise empreenda, em relação a esse tema, uma abordagem muito diferente da realizada pela medicina acadêmica. Parece que o interesse se manteve centrado em traçar as vias anatômicas ao longo das quais o estado de ansiedade¹²⁵ se concretiza. Foi-nos dito que a medula oblonga é estimulada, e o paciente conhece que está sofrendo de uma neurose do nervo vago. A medula oblonga é algo muito sério e atraente. Recordo-me, muito vivamente, de quanto tempo e preocupação dediquei ao seu estudo, há muitos anos passados. Hoje em dia, entretanto, devo observar que não conheço nada que possa ter menos interesse para mim, ao

¹²² Angst.

[&]quot;Wie immer das sei mag, es steht fest, dass das Angstproblem ein Knotnpunkt ist, an welchem die verschiedensten und wichtigsten Fragen zusammentreffen, ein Rätsel, dessen Lösung eine Fülle von Licht über ubser ganzes Seelenleben ergiessen müsste. Ich werde nicht behaupten, dass ich Ihnen diese volle Lösung geben kann, aber Sie werdwn gewiss eerwar, dass die Psychoanalyse auch diese Thema ganz anders angreifen wird als die Medzin der Schulen. Dort scheint man sich vor allem dafür zu interessieren, auf welchen anatomischen Wegen der Angstzustand zustande gebracht wird. Es heisst, die Medulla oblongata sei gereitz, und der Kranke erfährtm dass er an einer Neurose des Nervus vagus leidet. Die Medulla oblongata ist ein sehr ernsthaftes und schönes Objekt. Ich erinnere mich ganz genau, wieviel Zeit und Mühe ich vor Jahren ihrem Studium gewinmet habe. Aber heute muss ich sagen, ich weiss nichts, was mir für das psychologische Verständnis der Angst gleichgültiger sein könnte als die Kenntnis des Nervenweges, auf dem ihre Erregung ablaufen" (FREUD, 1999, p. 408, v. XI).

¹²⁴ Angstproblem.

¹²⁵ Angstzustand.

tratar-se da compreensão psicológica da ansiedade, do que o conhecimento dos trajetos dos nervos, por cuja extensão passam suas excitações.

Atualmente, vários segmentos das ciências vêm desenvolvendo propostas claramente definidas de como esse sentimento atinge os processos orgânicos. Uma das constatações vigentes é a de que, se, de um lado, o medo preserva a vida, estabelecendo um alerta que a protege, de outro, desencadeia processos fisiológicos que, além de adoecer o corpo, podem também matá-lo.

Embora não se interessasse pela neurofisiologia do medo, Freud também não podia ignorá-la de todo, afinal, as emoções são vividas no corpo. Sobre a repercussão orgânica dessa experiência afetiva, ele já havia estabelecido na Conferência XXV, de 1916-1917, que o estado preparatório para o medo inicia-se a partir de alterações fisiológicas no organismo e que a sua conclusão, após passar pelo psiquismo, também se dá em nível corporal.

Nesse texto, Freud se dedicou a descrever o que denominou *Realangst*, ou *medo realístico*. Esse é o medo comum, a forma como todos reagem frente a qualquer perigo concreto. É uma reação à percepção de um risco externo, uma ameaça de dano, a qual a pessoa identifica, prepara-se e espera. É uma manifestação do impulso de auto-preservação (*Selbsthaltungstrieb*) e está associado ao reflexo de fuga (*Fluchtreflex*).

A manifestação desse medo realístico depende da posição em que a pessoa se encontra em relação à sua realidade circundante e ao poder que tem de controlála. Freud cita o exemplo do selvagem que teme um canhão e um eclipse do sol por não saber manejar a arma, nem prever o fenômeno celeste, ao contrário do homem civilizado que tem intimidade com a arma e sabe prever o eclipse. Em oposição a isso, às vezes, é o conhecimento do meio em que se vive que desperta o medo. A ignorância do homem civilizado, em relação às marcas deixadas por um animal selvagem no chão da floresta, não altera sua tranquilidade, enquanto essas são um sinal de alerta para o aborígine.

O medo precisa se apresentar de forma tal que seja apenas uma preparação para a pessoa enfrentar o perigo e não um ataque de pânico paralisante. Ela precisa poder decidir-se a fugir ou a lutar.

Esse estado de preparação para o perigo (*Bereitschaft auf die Gefahr*), manifesta-se:

[...] por meio de um aumento da atenção sensória e da tensão motora. Esse estado de preparação expectante¹²⁶ pode ser indubitavelmente reconhecido como uma vantagem; na realidade, sua ausência pode ser responsabilizada por graves conseqüências. Dele decorrem, então, por um lado, a ação motora – fuga, num primeiro caso, e, em nível mais elevado, defesa ativa – e, por outro lado, o que sentimos como um estado de ansiedade¹²⁷ (FREUD, 1976, p. 460, v. XVI).

Essa preparação para o perigo cria os eventos fisiológicos: a tensão sensória e a tensão motora as quais estão no início do processo que culmina na experiência de medo. Esse momento somático inicial é a base do estado subjetivo que dará à vivência a sua conotação afetiva. É esse estado fisiológico, decorrente da experiência individual, que será a base de sua experiência subjetiva e que desencadeará uma resposta emocional e motora.

Percebe-se que, para Freud, a experiência sensorial é a base fundadora da subjetividade, tanto das fantasias quanto dos afetos, uma vez que estes se formam a partir da percepção subjetiva do evento fisiológico inicial, ao qual se associam sentimentos da série prazer-desprazer.

Freud afirma que o medo é o estado subjetivo que ocorre quando da percepção do "desenvolvimento do medo" (*Angstentwicklung*), isto é, a soma das reações fisiológicas descritas acima associadas a alguma percepção da realidade.

Mas o que manteriam unidas essas experiências de descarga e sensações de prazer-desprazer a ponto de torná-las uma unidade, ou seja, a presença de umas implicaria na das outras? Freud destaca que seria necessária uma experiência subjetiva, de ordem traumática, que fundiria umas às outras, que criasse um elo indissolúvel, como acontece no trauma. Dessa maneira, essa resposta tornar-se-ia automática, ficaria à disposição do psiquismo e seria invocada mesmo quando o perigo real não estivesse presente. Seria como um gatilho à disposição da mente que poderia dispará-lo sempre que necessário, independente da situação material concreta. Essa experiência (*Erlebnis*) significativa, universal e com intensidade traumática, seria o nascimento que, ao modelo do ataque histérico, ficaria cristalizado na forma de uma reminiscência da qual o indivíduo sofreria por toda a sua vida.

٠

¹²⁶ Erwartungsbereitscheft.

¹²⁷ Angst.

Segundo Freud (1976, p. 462, v. XVI):

[...] Acreditamos que, no caso do afeto da ansiedade¹²⁸, sabemos qual é a vivência original que ele repete. Acreditamos ser no *ato do nascimento* que ocorre a combinação de sensações desprazíveis, impulsos de descarga e sensações corporais, a qual se tornou o protótipo dos efeitos de um perigo mortal, e que desde então tem sido repetida por nós como o estado de ansiedade. O enorme aumento de estimulação devido à interrupção da renovação do sangue (respiração interna) foi, na época, a causa da experiência da ansiedade; a primeira ansiedade foi, assim, uma ansiedade tóxica.

Freud ainda destaca que esse primeiro estado de medo surgiu quando da separação da criança de sua mãe. Esse momento se reveste, então, da característica de um "perigo mortal" devido às fortes reações motoras e sensoriais, além de representar um estado de desamparo.

No ensaio em questão, Freud também tratou do medo neurótico, estabelecido como uma reação do ego a seus próprios desejos recalcados que foram percebidos como perigos reais. Na versão final de sua elaboração teórica sobre o tema, anos mais tarde, ele entendeu que o ego reage com medo a situações subjetivas que adquirem aspectos de realidade: o medo do desamparo, o medo da castração projetado em objetos e situações e, finalmente, o medo do superego, configurado nas sanções sociais.

Neste capítulo, o ponto focal é o das reações orgânicas ao medo, de que Freud suspeitou mas pelas quais não se interessou. Justamente naquela área que Freud evitou, a da pesquisa médica acadêmica, há um grande interesse pelo estudo desse afeto e os neurocientistas e endocrinologistas têm se empenhado em descobrir as trilhas neurais e as reações endócrinas envolvidas.

Com relação ao uso que fez do termo *Angst*, os neurocientistas alemães também o adotaram para representar a experiência fisiológica envolvida na resposta emocional e orgânica frente a uma ameaça. Gerald Hüther (2005, p. 33-34), em seu livro *Biologie der Angst*: wie aus stress Gefühle werden¹²⁹, emprega o termo *Angst* para se referir ao sentimento que dispara o processo de estresse:

Quem não conhece esse estranho sentimento que sempre se pronuncia quando não sabemos mais o que fazer. Nós o sentimos

1′

¹²⁸ Angst.

¹²⁹ **Biologia do medo**: como o estresse se transforma em sentimentos

quando temos que passar em uma prova difícil, quando nosso chefe nos ameaça com a demissão, quando um ente querido ou nos deixa ou se dirige a nós com desejos e expectativas irrealizáveis. É um sentimento que parece começar na barriga e se espalhar até a raiz do cabelo. Quando ele é desencadeado, nosso coração começa a bater aceleradamente e nosso pulso palpita em nosso ouvido. Nós ficamos com as mãos úmidas, precisamos ir ao banheiro, sentimonos mal, impotentes, abandonados e desamparados. Isto é o medo, que nós vivenciamos como essa estranha mixórdia de reações que o acompanham. Nós sentimos que, repentinamente, algo foi acionado em nós e que inunda todo o nosso corpo sem que possamos nos defender. Percebemos primeiro algo que, de fato, não havíamos esperado. Em seguida, certificamos-nos de que aquilo que se passou parece tomar proporções ameaçadoras inesperadamente. Imediatamente, começam a tocar os sinos de alarme em nosso cérebro. Empreendemos, então, uma busca desesperada por uma solução que ative uma conexão situada em algum ponto dentre as bilhões de células nervosas, a fim de ativar uma estratégia comportamental que nos pareça apropriada para superarmos, de alguma forma, a ameaça, solucionarmos o problema e liquidarmos a situação. Se encontramos algo, os sinos já não tocam tão alto (HÜTHER, 2005, p. 33-34).¹³⁰

Atualmente, os trabalhos sobre o medo evoluem em duas áreas principais. De um lado, as neurociências procuram elucidar o circuito neurológico das emoções, dentre as quais o medo é o mais estudado. De outro, a endocrinologia se dedica ao estudo das alterações hormonais e suas conseqüências ocorridas em resposta às experiências afetivas.

O medo, em particular, e as demais emoções, em geral, adquiriram importância ainda maior, uma vez que se constatou que sua manifestação psíquica estava ligada a profundas repercussões somáticas. Sob forte emoção de medo, o organismo desencadeia lesões, atrofias, suspensão do sistema imune e um grave processo catabólico celular.

Wir spüren es, wen wir eine schwer Prüfung zu bestehen haben, wenn uns der Chef mit Entlassung droht, wen ein liebgewonnner Mensch uns verlässt oder mit unerfüllbaren Wünschen und Erwartungen an uns herantritt. Es ist ein Gefühl, das aus dem Bauch zu kommen scheint und sich bis in die Haarwurzeln ausbreitet. Wenn es ausgelöst wird, fängt unser Herz an zu rasen und der Pulsschlag pocht in unseren Ohren. Wir bekommen feuchte Hände, müssen aufs Klo, fühlen uns schlecht, ohnmächtig, alleingelassen und hilflos. Das ist die Angst, dir wir als dieses sonderbare Sammelsurium von agstbegleitenden Reaktionen erleben. Wir fühlen, dass etwas in uns plötzlich in Gang gesetzt wird und unseren ganzen Körper überflutet, ohne dass wir uns dagegen wehren können. Zunächst nehmen wir etwas war, was wir eigentlich nicht erwarten hatten. Als nächstes stellen wir fest, dass das, was da unerwarteterweise passiert ist, bedrohliche Ausmasse anzunehmen scheint. Jetzt beginnen die Alarmglocken in unserem Gehirn zu läuten. Wir fangen an, verzweifelt nach einer Lösung zu suchen, eine irgendwo zwischen unseren Milliarden von Nervenzellen angelegte Verschaltung für eine Verhaltensstrategie zu aktivieren, die uns geeignet scheintm die Bedrohung irgendwie abzuwenden, das Problem zu lösen, die Situation zu bereinigen. Falls wir etwas finden, werden die Alrmglocken schon etwas leiser" (HÜTHER, 2005, p. 33-34).

As pesquisas a respeito do desequilíbrio fisiológico causado por estressores evidenciaram as profundas mudanças fisiológicas que os organismos têm que empreender para readquirirem um estado de equilíbrio, denominado alostase. Estressores são estímulos físicos, químicos ou psíquicos, procedentes do ambiente externo ou interno da pessoa, os quais lhe provocam medo e, ainda, tiram seu organismo do equilíbrio

Com relação ao afeto do medo, como um dos principais estressores emocionais, pode-se firmar a hipótese de que a teoria pioneira do afeto *Angst*, como um sinal de defesa psíquica, oferece uma compreensão maior da relação entre os processos emocionais e o estabelecimento das doenças psicossomáticas. A mesma *Angst* que evoca as defesas psíquicas convoca também as fisiológicas. Isso quer dizer que o medo mobilizará tanto defesas psíquicas quanto físicas, concomitantemente, o que permitiria entender o porquê de pessoas que não se encontram em situações de vida agudamente ameaçadoras desenvolverem doenças psicossomáticas em decorrência de suas neuroses. Pode-se pressupor que o medo neurótico manterá o sistema fisiológico em funcionamento alterado, caracterizando o processo de estresse crônico – a condição fundamental para que essas doenças se desenvolvam.

Para os estudiosos do fenômeno do *stress*, descrito por Hans Selye nas décadas de 1940 e 1950, essa situação de realce ao medo não é nenhuma novidade. Considera-se que as situações extremas da vida, as preocupações intensas e os desgastes emocionais em decorrência de fatos do dia-a-dia desencadeiem esse mecanismo fisiológico, denominado por Selye (1984) Síndrome Geral da Adaptação (SGA).

Existem experiências concretas de medo pelas quais as pessoas passam ao longo da vida, destacando-se: a ameaça de desemprego, as crises no trabalho, a violência das grandes cidades, a carência material, as situações emocionais extremas, como as perdas de pessoas queridas, dentre outras. São situações que desencadeiam o mecanismo do estresse mantido e estão na etiologia das doenças psicossomáticas.

Constata-se, todavia, que um número expressivo de pacientes portadores de alguma doença psicossomática não se encontra inserido no grupo que vive experiências concretas ameaçadoras ou extremas. Nesse caso, como ficaria o modelo segundo o qual as doenças psicossomáticas seriam a resposta do

organismo às vivências emocionais objetivamente ameaçadoras ou traumáticas? Se o processo fisiológico que causa a doença é resultante de uma experiência duradoura de medo, nos casos em que essas estão ausentes, de onde provém o processo patológico?

Pode-se presumir que o sentimento de medo que mantém o corpo em estado de estresse e causa as doenças psicossomáticas é proveniente dos processos neuróticos, ou seja, daquele mesmo sentimento de medo desencadeado pelas situações descritas por Freud e em decorrência do qual as defesas psíquicas se estabelecem e se conservam atuantes.

Selye (1984) entendia o estresse, de um lado, como uma adaptação às novas demandas impostas ao organismo diante de uma situação que exige trabalho físico extra, e de outro, como defesa: o organismo se prepara para lutar ou fugir. É uma resposta de preservação da vida face às ameaças concretas. Assim sendo, diante de um perigo e do medo, o organismo desencadeia o complexo processo fisiológico que caracteriza o estresse e que o leva a se adaptar e a se proteger.

Dessa forma, é bastante plausível a hipótese de uma relação direta entre as neuroses e as doenças psicossomáticas: se, nas primeiras, o que dispara e mantém a defesa neurótica é o sentimento do medo, essa emoção presente no processo neurótico irá disparar e manter em ação também o processo fisiológico que responde às emoções e é, a longo prazo, responsável pelo surgimento de numerosas queixas somáticas. O medo atuará, pois, em dois níveis: no psíquico, gerando novos sintomas neuróticos, e no fisiológico, gerando as doenças psicossomáticas.

7.3 EMOÇÕES, ESTRESSE E NEUROSE

O trabalho de delineamento de um circuito cerebral do medo e das respostas fisiológicas concomitantes permitiu, de um lado, uma compreensão de como as emoções alteram a fisiologia corporal e tornam o organismo vulnerável a diferentes enfermidades e, de outro, o estabelecimento de um circuito neuroendócrino subjacente às emoções humanas. Até hoje, entretanto, não foi possível desenhar

um circuito completo, embora já se tenha um entendimento bastante elaborado do que se passa, em nível fisiológico.

Joseph LeDoux, professor e pesquisador do *Center for Neural Science*, da Universidade de Nova York, tem trabalhado na identificação das conexões e vias neurônicas cerebrais, responsáveis não só pelas emoções, como também pelas respostas comportamentais resultantes.

Os circuitos cerebrais já esboçados por LeDoux mostram a trajetória feita pelos estímulos, desde o aparelho sensorial até o nível do córtex cerebral e a repercussão fisiológica decorrente da estimulação sensorial.

Para ele, a emoção do medo, bem como o processo fisiológico que a sustenta, é universal entre as espécies: os organismos vivos detectam sinais de perigo na realidade e respondem a eles com estímulos neuroendócrinos, desencadeando respostas orgânicas que permitem, por meio dos recursos próprios de cada espécie, a sobrevivência do indivíduo.

7.3.1 Os circuitos cerebrais

Dentre as regiões cerebrais mais importantes para os processos emocionais, está a amídala, uma estrutura que, nos mamíferos, encontra-se localizada nas porções anteriores dos lobos temporais (GUYTON; HALL, 2002).

O vocábulo latino *amígdala* quer dizer amêndoa e tem sido utilizado, desde os primeiros anatomistas, para nomear a pequena estrutura do diencéfalo que possui essa forma. A amídala recebe estímulos do tálamo e os redistribui para o tronco encefálico e o hipotálamo. A estimulação do tronco encefálico aciona o sistema nervoso autônomo simpático, que é o responsável pelas respostas características dos eventos emocionais. O hipotálamo, por sua vez, dá início a uma reação endócrina em cascata que, passando pela hipófise, vai atuar nas glândulas suprarenais, estimulando a liberação de glicocorticóides.

Sobre a trilha neurônica conectando o tálamo à amídala, LeDoux (1996, p. 158) afirma:

A descoberta do trajeto que poderia transmitir a informação diretamente do tálamo para a amígdala sugeriu como um estímulo condicionado de medo poderia eliciar as respostas de medo sem a ajuda do córtex. A informação que vai diretamente do tálamo para a amígdala permite, simplesmente, que o córtex seja ignorado. 131

Constatou-se, então, que o cérebro possui duas vias de transmissão de dados. A superior envolve o córtex e a inferior abrange a amídala. Assim sendo, a resposta de medo está ligada a uma transmissão paralela: a informação parte do tálamo tanto em direção à amídala quanto em direção ao córtex que converge novamente para a amídala. Ambas as conexões: talâmicas e corticais atingem a amídala em seu núcleo lateral e daí são enviadas ao núcleo central que dispara o estímulo em direção ao hipotálamo e ao tronco encefálico. A trilha subcortical fornece uma imagem tosca do mundo externo, a trilha cortical oferece uma representação mais detalhada e acurada (LEDOUX, 1996).

Sabidamente, outras regiões cerebrais também participam da fisiologia dos processos afetivos. Trabalhos desenvolvidos pelo autor revelaram que, entre as funções de uma outra estrutura subcortical, o hipocampo, está a de comparar a situação momentânea às experiências do passado. Isso significa que o hipocampo funciona como uma memória de longa duração, além de ser responsável pela avaliação contextual do momento presente: uma cobra, por exemplo, atrás de um vidro, não significa uma ameaça; ao contrário de quando é encontrada no meio ambiente. Ao contrário da amídala, o hipocampo não recebe informações diretas de regiões cerebrais que processam os estímulos sensoriais e esses devem ser reunidos antes de o atingirem. A relação dessa estrutura com a amídala é a seguinte, conforme descrita pelo autor:

> A amídala é como o centro de uma roda de bicicleta. Ela recebe informações dos níveis inferiores que chegam a partir das regiões sensoriais específicas do tálamo, informações provenientes dos níveis superiores a partir do córtex sensório específico e informações de níveis mais elevados ainda (independentes sensorialmente) sobre a situação geral a partir da formação hipocampal. Por intermédio dessas conexões, a amídala é capaz de processar a significação tanto de um estímulo individual como de situações complexas. A

^{131 &}quot;The discovery of a pathway that could transmit information directly to the amygdala from the thalamus suggested how a conditioned fear stimulus could elicit fear responses without the aid of the cortex. The direct thalamic input to the amygdala simply allowed the cortex to be bypassed" (LEDOUX, 1996, p. 158).

amídala está essencialmente, envolvida na avaliação da significação emocional (LEDOUX, 1996, p. 168-169). 132

Nos seres humanos, os processos cognitivos desempenham também um importante papel na resposta de medo, pois eles permitem uma mudança de comportamento reativo para a ação em questão:

Mas, não importa o quão útil sejam as reações automáticas, elas são uma injeção rápida, especialmente em Eventualmente, você toma o controle, faz um plano e o executa. Isto exige que as suas fontes cognitivas sejam direcionadas para o problema emocional. Você tem de parar de pensar no que você estiver pensando antes do perigo surgir e começar a pensar no enfrentando perigo que você está (e já respondendo automaticamente) (Ibid., p.176).¹³³

Segundo LeDoux (Ibid., p. 177)¹³⁴, pelo que se sabe até o momento, tudo indica que o córtex pré-frontal esteja envolvido na atuação da faculdade intelectual:

O córtex pré-frontal é parte do córtex cerebral, que se desenvolveu ao máximo em primatas, e que pode até ser que não exista em outros mamíferos. Quando esta região sofre alguma lesão em seres humanos, eles têm grande dificuldade em planejar o que fazer. Os chamados pacientes lobos-frontais tendem a fazer a mesma coisa indefinidamente. Eles estão colados ao presente e são incapazes de se projetarem no futuro. Algumas regiões do córtex pré-frontal estão conectadas à amígdala, e essas regiões juntas, possivelmente outras também, devem desempenhar um papel indispensável no planejamento e na execução das ações emocionais [...] Outra região cerebral que pode estar envolvida são os gânglios basais, um grupo de núcleos sub-corticais do cérebro anterior. Há muito, essas regiões

133 "But no matter how useful automatic reactions are, they are only a quick fix, especially in humans. Eventually you take control. You make a plan and carry it out. This requires that your cognitive resources be directed to the emotional problem. You have to stop thinking about whatever you where thinking about before the danger occurred and start thinking about the danger you are facing (and already responding to automatically)" (Ibid., p. 176).

.

¹³² "The amygdala is like the hub of a wheel. It receives low-level inputs from sensory-specific regions of the thalamus, higher level information from sensory-specific cortex, and still higher level (sensory independent) information about the general situation from the hippocampal formation. Through such connections, the amygdala is able to process the emotional significance of individual stimuli as well as complex situation. The amygdala is, in essence, involved in the appraisal of emotional meaning" (LEDOUX, 1996, p. 168-169).

[&]quot;The prefrontal cortex is the part of the cerebral cortex that has expanded the most in primates, and it may not even exist in other mammals. When this region is damage in people, they have great difficulty in planning what to do. So called frontal lobe patients tend to do the same thing over and over again. They are glued to the present and unable to project themselves into the future. Some regions of the prefrontal cortex are linked with the amygdala, and together these regions, and possibly others, may play key roles in planning and executing emotional actions. [...] Another brain region that may be involved is the basal ganglia, a collection of areas in the sub-cortical forebrain. These regions have long been implicated in controlling movement, and recent work has shown that interactions between the amygdala and the basal ganglia may be important in instrumental emotional behavior, which is essentially what I am calling emotional actions" (Ibid., p. 177).

são implicadas no controle do movimento e um trabalho recente mostrou que a interação entre a amígdala e os gânglios basais pode ser importante para o comportamento emocional instrumental, o que é, essencialmente, o que eu estou chamando de ações emocionais.

O hipocampo e o córtex pré-frontal, de certa forma, assumem o controle das respostas neurológicas ao estresse. Provêm deles os sinais para a amídala interromper ou intensificar sua ação, de acordo com a periculosidade do evento.

O circuito estabelecido por LeDoux para a resposta emocional do medo pode ser resumido da forma a seguir. Em primeiro lugar, o estímulo atinge o tálamo visual, por exemplo. Os neurônios dessa região enviam a informação tanto para a amídala quanto para o córtex visual. A amídala aciona instantaneamente o hipotálamo e o tronco encefálico, então, uma resposta endocrinológica e outra comportamental são eliciadas. Assim, o organismo está em estado de alerta máximo. Se a informação for comprovada pelo córtex visual, a amídala mantém a resposta de alerta pela ação do Sistema Nervoso Simpático, secretando adrenalina da medula da supra-renal, na corrente sangüínea. O hipotálamo, por sua vez, pela produção de hormônio liberador corticotrofina (CRH) estimula а hipófise а secretar adrenocorticotrófico (ACTH) que leva as adrenais a liberarem os glicocorticóides na corrente sangüínea. Se a informação não for confirmada pelo córtex visual, o hipocampo e o córtex pré-frontal, todo o esquema de alerta é suspenso e o reequilíbrio é restabelecido.

Exemplificando: para uma pessoa sozinha, andando à noite por uma rua deserta e escura, a percepção de uma sombra em movimento suscita a resposta de alerta e ela tem um sobressalto. Quando a visão clareia e a pessoa percebe que a sombra movente era apenas a ação do vento em uma placa à frente de uma loja, a resposta é suspensa. Se, por outro lado, for confirmada a presença de um animal ameaçador, a resposta de luta ou fuga é acionada a fim de prepará-la para a defesa e a sobrevivência.

7.4 O ESTRESSE

O estresse está relacionado a eventos que alteram o equilíbrio do organismo na presença de um estressor. Os estressores podem ser sensoriais, químicos ou físicos, quando envolvem contato direto com o organismo: excessos de calor, frio, barulho, cansaço, substâncias químicas, infecções (vírus, bactérias, fungos), e estressores psíquicos, quando as estruturas cerebrais são ativadas por mecanismos cognitivos e emocionais: luto, perda, ameaça de perda, insegurança, incerteza, mas, sobretudo, por forte medo. Este último causa uma quebra do equilíbrio fisiológico corporal e obriga o organismo a se re-equilibrar. Os resultados desse processo, a longo prazo, contudo, estão longe de serem benéficos ao corpo. Na verdade, sua manutenção por períodos prolongados de tempo desencadeia as doenças conhecidas como psicossomáticas.

A resposta ao estresse, embora específica, é eliciada por fatores inespecíficos, isto é, por uma infinidade de estímulos químicos, físicos e psíquicos que ameaçam várias partes do organismo. Diante desses agressores, o corpo desencadeia o processo biológico correspondente.

A exposição a um frio intenso exige do ser vivo um processo de adaptação tão radical que, se prolongada, leva à morte. O mesmo acontece com as substâncias químicas ingeridas. Se nocivas, poderão provocar reações potencialmente letais. A resposta ao estresse é a tentativa do organismo de, mediante defesas orgânicas, restabelecer o equilíbrio perdido.

Numerosos sinais fisiológicos se fazem presentes, tanto em reação ao estressor quanto na tentativa de recuperação da alostasia orgânica. A manutenção do estressor obriga o organismo a se defender continuamente, utilizando uma série de modificações orgânicas.

O estresse agudo é produzido por estressores de intensidades variáveis, de forma imprevista, de curta duração (aguda). Provoca respostas orgânicas imediatas, adaptativas, fundamentais para a manutenção da vida. Essas reações se processam através de um conjunto de estimulações autonômicas (do sistema nervoso autônomo, como o sistema nervoso simpático) e hormonais. Após o circuito cerebral acusar uma ameaça, os sinais mais evidentes do estresse são decorrentes da estimulação do sistema nervoso simpático, pela liberação de adrenalina (Adr, epinefrina), e da

glândula supra-renal (SR, adrenal) pela secreção de glicocorticóides (GC). Este mecanismo é ativado em todas as situações de alerta e prepara o organismo não só para uma situação de emergência, como também para a resposta de luta ou fuga.

Quando ambos, Adr e GC, são lançados agudamente na circulação, provocam uma série de efeitos, todos eles objetivando a defesa orgânica: a circulação é desviada da pele e das vísceras para os músculos, órgãos vitais e cérebro (palidez cutânea); no coração, aumentam o tônus (força de contração inotropismo positivo) e a frequência cardíaca (taquicardia – cronotropismo positivo), para que o oxigênio possa ser transportado com maior rapidez; contribuem para a elevação da pressão arterial; excitam a respiração, tanto a frequência (taquipnéia) como a profundidade (hiperpnéia) exatamente para fornecer mais oxigênio para a atividade muscular; promovem a contração do baço para liberar para a corrente circulatória maior número de hemácias (que conduzem o oxigênio); favorecem a dilatação das pupilas para facilitar a entrada de maior número de feixes de luz - a visão fica facilitada; transformam maior quantidade de glicogênio em glicose, mobilizando mais energia para os músculos; produzem pilo-ereção, pela qual homens e animais parecem maiores e mais ameaçadores; abolem a sensação de fome, de sede e de sono; estimulam, por efeito central, a sensação de analgesia; respondem pela contração dos esfíncteres urinário e anal; provocam aumento na liberação de serotonina (5-HT), dopamina (DA), e noradrenalina (NOR) cerebrais. O raciocínio e os reflexos ficam aguçados; excitam os linfócitos para a produção de mais anticorpos; ativam a ação das plaquetas para acelerar a coagulação; interrompem a digestão, para que toda a energia corporal seja utilizada pelos músculos. Assim, passado o estímulo estressor, o coração, a pressão arterial e todos os outros parâmetros que foram alterados se restabelecem. O processo digestivo recomeça, repondo a energia queimada na emergência.

No estímulo estressor prolongado (crônico), a manutenção dos níveis altos de Adr e de GC circulantes provoca o estabelecimento de um funcionamento orgânico alterado de forma mantida, o que pode resultar em efeitos lesivos, figurando como a base de várias doenças psicossomáticas.

Quando Selye (1984) iniciou suas pesquisas, na década de 1920, o circuito cerebral das emoções era pouco conhecido. Naquela época, ele constatou que, em animais de laboratório, ou mesmo em seres humanos, quando alguns órgãos são induzidos a funcionar intensamente, ou quando há lesão dos tecidos, ou ainda fortes

experiências emocionais, há a ativação do hipotálamo, que produz o hormônio liberador de corticotrofina (CRH). Esse hormônio, veiculado através de um grupo específico de vasos sangüíneos, denominado sistema porta-hipofisário, estimula a hipófise a secretar hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), que, por sua vez, estimula a secreção de glicocorticóides pela camada cortical das glândulas supra-renais.

Simultaneamente, o sistema nervoso autonômico simpático é acionado e desencadeia um elenco de respostas fisiológicas e comportamentais. Assim, quando, por exemplo, a pele é queimada, a produção de CRH, estimula a secreção de ACTH que induz a secreção de glicocorticóides pelo córtex da supra-renal, e, conseqüentemente, os níveis séricos do principal GC, o cortisol, elevam-se. Este hormônio adrenal, inicialmente um antiinflamatório natural, é o responsável pelas alterações fisiológicas observadas por Selye em suas primeiras experiências, tais como a dilatação da supra-renal, atrofia do timo e dos linfonódulos e sangramento nas paredes do estômago.

Analogamente, o circuito hoje aceito por vários estudiosos, destacando-se entre eles LeDoux (1996), para a resposta fisiológica ao medo pode ser assim resumido: em primeiro lugar, o estímulo atinge o tálamo visual, por exemplo. Os neurônios dessa região enviam a informação tanto para a amídala quanto para o córtex visual. A amídala aciona, instantaneamente, o hipotálamo e o tronco encefálico, então uma resposta endocrinológica e outra comportamental são eliciadas. O organismo está em estado de alerta máximo. Se a informação for comprovada pelo córtex, a amídala mantém a resposta de alerta pela ação do sistema nervoso simpático, secretando a adrenalina da medula da supra-renal, na corrente circulatória. O hipotálamo, pela liberação do CRH, estimula a hipófise a secretar o hormônio ACTH que induz as SR_s a lançar maior concentração de glicocorticóides na corrente sangüínea. Se a informação não for confirmada pelo córtex visual, todo o esquema de alerta é suspenso e o equilíbrio é restabelecido.

As pesquisas laboratoriais conduzidas por Selye permitiram-no formular a hipótese da Síndrome Geral da Adaptação (SGA). Esta se desenvolve em três estágios: a fase de alarme, o estágio de resistência e a fase de exaustão. Em animais expostos a um estressor físico, um frio intenso, por exemplo, durante a fase de alarme, o córtex adrenal descarrega todos os seus grânulos microscópicos de gordura que contêm o hormônio corticóide. No estágio de resistência, o córtex

adrenal fica carregado com um número altamente excessivo de gotículas de gordura e, no estágio de exaustão, ele as libera novamente.

Em relação ao estressor que está atuando no corpo, há também alterações durante as três fases da SGA: na fase aguda da reação de alarme, a resistência geral ao estressor cai abaixo do normal. No estágio de resistência, uma adaptação é alcançada e a capacidade de resistência se eleva consideravelmente acima do normal. Na última fase, o estágio de exaustão, a resistência ao estressor cai abaixo do normal novamente.

Além dos efeitos endocrinológicos, Selye também descreve algumas das reações desencadeadas pelo sistema nervoso autônomo simpático. Como a resposta ao estresse emocional, por exemplo, é uma resposta de "luta ou fuga", o organismo precisa se preparar para o trabalho extra, que exige dispêndio maior de energia. Inicialmente, esta é a função dos glicocorticóides. Para promover a ação muscular necessária, a liberação de adrenalina pela medula da supra-renal potencializa a ação do sistema simpático. Em poucos segundos, há a elevação da pressão arterial e o aumento da freqüência cardíaca a fim de transportar o oxigênio mais rapidamente no sangue. O baço se contrai e libera mais hemácias para esse transporte. O sangue é redistribuído pelo corpo, sendo retirado da pele e das vísceras e enviado aos músculos e ao cérebro. Daí a palidez que muitas pessoas exibem frente a um susto, por exemplo. Há, ainda, a dilatação dos brônquios e o aumento da ventilação pulmonar, as pupilas se dilatam e é ampliada a acuidade visual. Também, a estimulação do sistema linfático eleva o número de linfócitos no sangue para o caso da necessidade de reparação de danos nos tecidos.

7.5 O CORTISOL

A resposta fisiológica desencadeada por estressores, descrita anteriormente, pode ser entendida também como um estado central de motivação, ou seja, uma necessidade que se manifestou ao nível do Sistema Nervoso Central (SNC), assim como a sede, a fome, o sexo e os demais comportamentos. Mas, a compreensão desses comportamentos complexos exige algumas informações adicionais.

Pesquisas de abordagem neuroquímica apontam que a resposta ao medo está relacionada à expressão e à ação do hormônio CRH no cérebro, uma vez que ele é o principal ativador das interações em diversas regiões.

Segundo Schulkin (2003), o glicocorticóide secretado pelas adrenais (cortisol) atuaria de duas maneiras diferentes: de um lado, inibiria a produção do hormônio CRH no hipotálamo por *feedback* negativo e, de outro, induziria a sua síntese no núcleo central da amídala, durante os comportamentos relacionados ao medo.

Quando o cérebro percebe um evento estressante, ele responde, estimulando o sistema endócrino (glândulas endócrinas) através do corpo para liberar hormônios, incluindo a adrenalina e o cortisol. O cortisol é responsável pela modulação do modo como o corpo usa várias de suas formas de abastecimento. O cortisol é um glicocorticóide porque é secretado pelo córtex da adrenal (assim, corticóide) e também porque ele eleva os níveis de açúcar, ou glicose, no sangue.

O cortisol, também conhecido como *cortisona* ou *hidrocortisona*, é um hormônio esteróide, isto é, sintetizado a partir do colesterol (GUYTON; HALL, 2002), produzido nas glândulas adrenais em resposta ao estresse.

Segundo Talbott (2002, p. 24):

[...] o cortisol é necessário para a manutenção dos processos fisiológicos normais e durante os períodos de estresse [...]; a secreção de cortisol libera para a corrente sangüínea aminoácidos (dos músculos), glicose (do fígado) e ácidos graxos (do tecido adiposo), para serem usados como fonte de energia.

Em resposta a qualquer estressor, o sistema endócrino desencadeia uma cascata de sinais hormonais. Esses sinais envolvem a adrenalina (epinefrina), a noradrenalina (norepinefrina), o cortisol e numerosos hormônios intermediários que se interatuam para ajudar a regular aspectos importantes da fisiologia, tais como o funcionamento cardiovascular, o metabolismo energético, a atividade do sistema imune e a química cerebral.

Para Lovallo (2005), esse hormônio é tão necessário para as funções metabólicas celulares que é extremamente difícil manter vivos os animais de laboratório privados do córtex adrenal. Sua presença é fundamental para as funções autonômicas normais, assim como para todas as formas de regulação fisiológica:

Seres humanos portadores da doença de Addison, uma insuficiência da função adrenal, têm seu equilíbrio sal-água bastante comprometido, baixa pressão arterial e outras formas de alterações autonômicas. Munck, Guyre e Holbrook (1984) se referem à ação do cortisol durante períodos de funções normais como 'permissivos' porque eles permitem que os tecidos levem adiante as suas funções normais (LOVALLO, 2005, p. 58).¹³⁵

De acordo com Schulkin (2003, p. 21), dentre os principais mediadores fisiológicos, encontram-se os glicocorticóides, juntamente com as catecolaminas (adrenalina noradrenalina, dopamina), os hormônios pituitários (hipofisários), os neuropeptídeos e as citocinas. Sobre esses, o autor assevera:

[...] No curto prazo, esses mediadores são benéficos. Os mediadores imunológicos são, por um breve espaço de tempo, impulsionados em defesa da viabilidade corporal mas, ao longo prazo, eles têm a sua função comprometida, tanto no sistema nervoso central quanto no periférico [...] O mesmo se mantém em relação às funções cardiovasculares e metabólicas [...] Por isso é tão importante considerar-se tanto as adaptações de curto prazo quanto a sobrecarga alostática de longo prazo. 136

O cortisol tem efeitos altamente importantes na regulação de todas as etapas do metabolismo da glicose, das proteínas e dos ácidos graxos, assim como no controle das células do sistema imune, dos vasos sangüíneos e na manutenção do tecido conjuntivo, tais como ossos, músculos e pele.

Como estimulador de diversos processos metabólicos que, coletivamente, concorrem para aumentar a concentração de glicose no sangue, esse hormônio promove numerosos efeitos nos processos corporais. Essas respostas incluem a estimulação da glicogênese (conversão de aminoácidos em glicose), mobilização de aminoácidos do tecido muscular (para servir de matéria-prima na glicogênese), estimulação da quebra das moléculas de gordura no tecido adiposo, inibição da entrada de glicose nos músculos e no tecido adiposo, o que, posteriormente,

¹³⁵ "Humans with Addison's disease, an insufficiency of adrenal function, have poor salt and water balance, low blood pressure, and other forms of autonomic dysfunction. Munck, Guyre, and Holbrook (1984) referred to cortisol's actions during normal periods of function as "permissive" because they allow tissues to carry out their normal functions" (LOVALLO, 2005, p. 58).

^{136 &}quot;In the short term, these mediators serve as beneficial. The immune mediators, in the short term, are boosted in defense of bodily viability, but in the long term, they tend to compromised in function, both in the periphery and the central nervous system [...] The same holds for cardiovascular and metabolic function [...] This is why it is important to consider both short-term adaptations and long-term allostatic overload" (SCHULKIN, 2003, p. 21).

promove a elevação dos níveis de açúcar no sangue. Os ácidos graxos liberados pela lipólise têm um efeito nocivo na saúde pela redução da sensibilidade celular à insulina, uma condição que pode ser precursora do *diabetes mellitus*. Ele possui também potentes propriedades antiinflamatórias e imunossupressoras – ambas importantes na regulação de respostas do sistema imune.

Percebe-se, em Talbott (2002), que o metabolismo normal do cortisol segue um ritmo circadiano, o que significa que seus níveis tendem a seguir um ciclo de 24 horas – com níveis mais elevados tipicamente pela manhã (entre 6h e 8h) e níveis mais baixos nas primeiras horas da madrugada (por volta das 2h). Esses níveis de cortisol mostram uma rápida queda entre as 8h e as 11h e continuam em declínio durante o resto do dia. A partir dos níveis mais baixos (por volta das 2h), começa, novamente, uma elevação de suas taxas, a fim de preparar o corpo para acordar e enfrentar um dia estressante.

A variação normal da concentração de cortisol sérico é muito ampla, entre 6 e 23 mcg/dL, mas esses níveis podem variar intensamente em resposta ao estresse (emocional e físico), ao sono inadequado, a doenças e, fisiologicamente, após as refeições. Os níveis urinários de cortisol têm uma variação ainda mais ampla (entre 10 e 100 mcg/24h). Esses números ainda não mostram as amplas variações nos níveis de cortisol observáveis durante o dia. Essas taxas também podem estar elevadas, dentre outras condições, pela estrogênio-terapia, exercícios, gravidez e depressão.

Para Schulkin (2003, p. 25):

Níveis mais elevados de cortisol durante a noite do que na parte da manhã, quando a taxa do hormônio é usualmente mais elevada, produzem maiores custos ao corpo (e.g. tolerância à glicose e regulação de insulina). O fracasso na redução dos níveis de cortisol durante a fase escura do ritmo circadiano, por exemplo, pode refletir tanto um estado alostático quanto uma vulnerabilidade à deterioração fisiológica.¹³⁷

A longo prazo, níveis elevados de cortisol podem ser tão nocivos para a saúde em geral quanto o excesso de colesterol o é para as doenças cardíacas ou o excesso de açúcar para os diabéticos. Além disso, altos índices desse hormônio no

¹³⁷ "Levels of cortisol that are higher during the evening than in the morning, when the hormone is usually elevated, produce greater metabolic cost on the (e.g., glucose tolerance and insulin regulation). Failure to decrease levels of cortisol during the dark phase or circadian rhythm, for example, may reflect both an allostatic state and a vulnerability to physiological deterioration" (SCHULKIN, 2003, p. 25).

sangue promovem a obesidade, abolem o impulso sexual, diminuem o tamanho do cérebro, transtornam o sistema imune e levam ao sentimento de mal-estar generalizado.

Schulkin (2003, p. 22), sobre os efeitos da presença exacerbada por longos períodos de tempo no corpo, acrescenta:

O que podemos dizer é que quando os mediadores fisiológicos, como o cortisol, estão presentes de maneira exacerbada por um longo período de tempo, algumas doenças podem aparecer. Exemplos de sobrecarga alostática incluem a perda de massa óssea em pessoas com depressão, a qual está associada a níveis moderadamente elevados de glicocorticóides, e a atrofia de neurônios do hipocampo. Pelo comprometimento da função do hipocampo, a sobrecarga alostática debilita a função do eixo HHA [hipotálamo-hipófise-adrenal] normal, assim como os processos de memória [...] A exposição prolongada aos glicocorticóides pode resultar na deterioração do hipocampo em várias espécies [...]. A secreção prolongada de glicocorticóides pode comprometer o transporte de glicose e sua utilização, o armazenamento de energia e seu uso; pode potencializar a toxicidade neuronal via aminoácidos excitatórios, atrofia dos dentritos e a redução da neurogênese [...] Assim, altos níveis de cortisol (síndrome de Cushing, depressão, transtorno pós-traumático) podem ter efeitos nocivos no tecido hipocampal e nas funções cognitivas. 138

Quando o estressor agudo se transforma em estressor crônico, os níveis de cortisol continuam a subir e os de dihidroepiandrosterona (DHEA) continuam a cair. Os efeitos de altas taxas de cortisol e baixas de DHEA serão a perda muscular e o ganho de gordura, mas podem ser também nocivos em ossos e outros tecidos (pela quebra acelerada e o reparo reduzido). Dentre os sintomas típicos associados ao estresse crônico, podem-se destacar: ganho de peso, fadiga, flutuações dos níveis glicêmicos, hiperfagia, ânsia por carboidratos, enfraquecimento muscular e redução das funções do sistema imune. A perda de tecido muscular leva a uma queda na taxa metabólica basal (o número de calorias que o corpo queima em repouso) e

¹³⁸ "What we can say is that when physiological mediators, such as cortisol, are overexpressed for log periods of time, pathology can emerge. Examples of allostatic overload include loss of bone mass in people with depression, which is associated with moderately elevated levels of glucocorticoids and atrophy of neurons in the hippocampus as a result of current depression. By compromising hippocampal function, allostatic overload impairs normal HPA function as well as memory processes. [...] Prolonged exposure to glucocorticoids can result in deterioration of the hippocampus in several species. [...] Prolonged glucocorticoid secretion can compromise glucose transport and utilization, energy store, and use; it can potentiate neuronal toxicity via excitatory amino acids, atrophy of dendrites, reduce neurogenesis. [...] That is, high levels of glucocorticoids (from Cushing's syndrome, from depression, from initial trauma in post-traumatic stress disorder) can have potentially damaging effects on hippocampal tissue and on cognitive functions" (SCHULKIN, 2003, p. 22).

marca a virada entre o estresse crônico inicial e avançado, denominados *Estágio 2* e *Estágio 3* do estresse.

O estágio inicial do estresse crônico é *hiper-catabólico*, caracterizado por uma acelerada destruição dos tecidos, enquanto o estágio avançado coloca a pessoa num estado de *hipo-anabolismo*, no qual a habilidade de reconstituir os tecidos vitais está debilitada. Nesse estágio tardio, muitas lesões já foram feitas: os tecidos muscular e ósseo estão enfraquecidos, o impulso sexual está reduzido (devido aos baixos níveis de DHEA, do hormônio do crescimento e dos esteróides sexuais) e a pessoa está entrando num ciclo vicioso de apetite aumentado, reduzida queima de calorias e acelerada acumulação de gordura.

A manutenção de altos níveis de cortisol decorrentes de estresse crônico tem um efeito debilitador na saúde a longo prazo. Pelo fato de uma de suas principais funções ser a de estimular o corpo a reabastecer-se após uma resposta ao estresse, um nível elevado de cortisol mantém o apetite elevado, a ponto de a pessoa sentir fome todo o tempo. Além disso, a gordura excessiva, que resulta desse apetite induzido pelo estresse, acumula-se, tipicamente, na região abdominal, o que está diretamente associado ao desenvolvimento de doenças cardíacas, diabetes e câncer.

O acúmulo de gordura abdominal durante prolongados períodos de estresse é muito similar à Síndrome de Cushing, hiperfunção da supra-renal que se caracteriza por apresentar níveis extremamente altos de cortisol. Em portadores dessa Síndrome, a exposição prolongada a altas concentrações séricas de cortisol leva a uma acumulação massiva de gordura abdominal acompanhada de uma perda severa de tecido muscular nas extremidades (braços e pernas). A elevada concentração de cortisol e a decomposição dos tecidos na Síndrome de Cushing é similar, em muitos aspectos, à exposição crônica ao cortisol causada por repetidos períodos de estresse.

Evidencia-se que baixos níveis de cortisol também causam sérios problemas ao organismo. Em 1855, Addison, do Hospital Guy, de Londres, descreveu uma doença que consiste num estado de anemia, fraqueza extrema, pressão arterial baixa, caquexia, pigmentação da pele e das membranas mucosas e temperatura geralmente abaixo do normal. Essa afecção é decorrente da destruição da parte cortical das glândulas supra-renais. Destaca-se, dois são os fatores que podem causar essa destruição: tuberculose e atrofia idiopática das supra-renais. No caso de

atrofia da SR secundária a doenças da hipófise ou por tratamentos prolongados com corticoesteróides, há uma situação bastante semelhante à doença de Addison, da qual se distingue por não haver hiperpigmentação.

7.6 OUTRA VIA

Importa lembrar que não apenas as situações concretas e materiais alteram a fisiologia corporal, uma vez que as idéias também a modificam. As observações apresentadas até o momento permitem compreender como os pensamentos favoráveis melhoram as condições físicas, enquanto que os pensamentos mórbidos contribuem para o adoecimento do corpo.

Segundo Lovallo (2005), as idéias também têm a capacidade de desorganizar a fisiologia. Esse autor desenha seu modelo de funcionamento cerebral e da ativação comportamental a partir do estudo de reações fisiológicas decorrentes da prática de exercícios físicos, tanto em humanos quanto em animais. Segundo suas afirmações, os exercícios físicos apresentam duas fases: uma preparatória e outra da ação propriamente dita. Como é de se esperar, durante os exercícios, ocorrem alterações fisiológicas substanciais, não só na atividade cardiovascular, como também na secreção hormonal, com o objetivo de fornecer cota extra de oxigênio e de combustível para os músculos.

O fato novo, e que chama a atenção, é que, tanto em animais quanto em humanos, antes dos exercícios, ainda na fase preparatória, os organismos apresentam mudanças drásticas na função fisiológica normal. Essa evidência levou ao reconhecimento de que comandos centrais gerados no córtex podem resultar em alterações hipotalâmicas que controlam os fluxos orgânicos.

Estudos com animais indicam que a fase preparatória para os exercícios, bem como as conseqüentes alterações metabólicas, inicia-se no córtex pré-frontal:

[...] A atividade no córtex pré-frontal, então, dá origem a um aumento da atividade do córtex motor suplementar, o córtex pré-motor e o córtex motor primário.

As alterações corticais resultam na influência descendente que ativa o hipotálamo e os núcleos do tronco encefálico associados à ativação simpática e à supressão da atividade parasimpática. Esse

processo de cima para baixo resulta na elevação da freqüência cardíaca, no aumento do rendimento cardíaco, ampliação de emissões simpáticas para os vasos sangüíneos e aumento da produção de adrenalina (LOVALLO, 2005, p. 66).¹³⁹

Como é possível, então, no caso dos exercícios físicos, mesmo eles acionando o sistema de estresse, que a resposta seja positiva? A resposta, em princípio, seria que, devido ao sentimento de liberdade e satisfação que esses suscitam, ou por serem realizados com o intuito de promover a saúde, a secreção pela hipófise de beta-endorfina (neurotransmissor fisiológico responsável por reduzir a sensação de desprazer), juntamente com o ACTH, melhoraria os estados de humor, promovendo um bem-estar generalizado. Já no caso da resposta de luta ou fuga, os resultados são nocivos à saúde porque, segundo Lovallo (Ibid., p. 71):

No caso da resposta de luta ou fuga, nós temos um organismo fugindo ou lutando por sua existência. As emoções concomitantes, tais como ansiedade, medo e raiva são poderosamente negativas. O resultado comportamental de tal conflito é incerto, e o custo do fracasso é desastroso. Tal situação produz uma elevação imediata e substancial de ACTH, beta-endorfina e cortisol. Durante exercícios, ao contrário, as mudanças nesses hormônios são induzidas pela elevada demanda de energia e estão confinadas a mecanismos de feedback no hipotálamo e na pituitária [hipófise]. As mudanças que ocorrem durante a luta-ou-fuga envolvem a ativação descendente via córtex frontal e centros emocionais do sistema límbico, especialmente a amídala e o complexo septohipocampal.¹⁴⁰

Os estressores psicológicos são os fatos existenciais da vida dos seres humanos. Embora sejam vivências carregadas de sentido afetivo, não vão além da consciência. Os processos inconscientes e os medos desencadeados pelos conflitos psíquicos não são considerados, nem ao menos reconhecidos. O autor assevera:

¹³⁹ "[...] Activity in the prefrontal cortex then gives rise to increased activity of the supplementary motor cortex, the premotor cortex, and the primary cortex.

These cortical changes result in descending influences that activate the hypothalamus and brainstem nuclei associated with sympathetic activation and suppression of parasympathetic activity. These top-down processes result in increased heart rate, increased cardiac output, increased sympathetic outflow to the blood vessels, and increased epinephrine secretion" (LOVALLO, 2005, p. 66).

¹⁴⁰ "In the case of fight-or-flight response, we have an organism fleeing or fighting for its existence. The attendant emotions, such an anxiety, fear, and anger, are powerful negative ones. The behavioral outcome of such an encounter is uncertain, and the costs of failure are disastrous. Such situations produce an immediate and substantial elevation of ACTH, beta-endorphin, and cortisol. In contrast, during exercise, the changes in these hormones are induced by the elevated energy demands and are confined to feedback mechanisms at the hypothalamus and pituitary. The changes occurring during fight-or-flight involve descending activation via the frontal cortex and emotion centers in the limbic system, especially the amygdala and septohippocampal complex" (Ibid., p. 71).

[...] estressores psicológicos. Com esses, queremos significar os desafios que podem alterar o funcionamento do corpo e, talvez, afetar a saúde, por causa de seus significados para a pessoa e o impacto de sua significação na vida diária dessas. Estressores psicológicos incluem eventos como a perda da pessoa amada, o fracasso em atingir objetivos altamente valorizados ou a piora numa relação significativa. Esses podem ser eventos traumáticos agudos ou uma tensão de longa duração (LOVALLO, 2005, p. 72-73).¹⁴¹

Além de destacar a ação do córtex pré-frontal no processo de ativação do processo do estresse, via amídala e sistema hipotálamo-hipófise-supra-renal (HHSR ou HHA), o autor investiga, também, a maneira como os sistemas cerebrais superiores interagem com a função reguladora do hipotálamo e do tronco encefálico para desencadear as respostas psicológicas e comportamentais do estresse.

Com relação às ações humanas, essas podem ser usadas como forma de elevar ou aliviar a tensão causada por eventos estressantes e, assim, re-equilibrar o organismo fisiologicamente ou acentuar o desequilíbrio fisiológico. Como exemplo, o autor cita o caso de uma família que recebeu a devastadora notícia da doença grave de um dos filhos pequenos. Os pais poderão, como defesa, considerar o diagnóstico um erro médico e negar o problema. Poderão se desesperar diante do fato ou, ainda, poderão tomar medidas efetivas: pesquisarão sobre a doença, os prognósticos, os centros especializados de tratamento, reorganizar as finanças a fim de promover maior conforto do filho doente, etc.:

[...] Respostas a um estressor de tal magnitude podem envolver abordagens cognitivas da situação, ajustamentos comportamentais, reorganização dos objetivos e coisas semelhantes ou, apenas, abordagens psicológicas tais como a negação (Ibid., p. 86).¹⁴²

Observa-se, pois, que, no caso das idéias, o processo é desencadeado a partir do córtex pré-frontal. Isso quer dizer que as idéias afetam diretamente a fisiologia mediante um processo já bastante conhecido. Deve ser por essa mesma

¹⁴¹ "Psychological stressors. By these we mean challenges that can alter the workings of the body, and perhaps affect health, because or their meaning to the person and the impact of their meaning for the person's daily life, with some awareness of immediate or long-term consequences. Psychological stressors include such events as loss of loved one, failure to achieve a highly valued goal in life, or a turn for the worse in significant relationship. These can be acute, traumatic events or long-lasting strains" (LOVALLO, 2005, p. 72-73).

¹⁴² "Responses to such a major life stressor may thus involve cognitive approaches to the situation, behavioral adjustments, realignment of goals and commitments, or purely psychological approaches such as denial" (Ibid., p. 86).

via que os conflitos neuróticos também acionam a fisiologia corporal, processo responsável pela comorbidade: neurose e doença psicossomática. Assim, os conflitos psíquicos apresentam duas vias possíveis: a estimulação da amídala pelo medo, pela Angst, e a ativação do processo via amídala, tronco encefálico e demais regiões envolvidas.

7.7 ESTRESSE, NEUROSE, ALOSTASIA E DOENÇA PSICOSSOMÁTICA

O termo "alostasia" foi introduzido por Sterling e Eyer em 1981, para significar essa alteração nos padrões fisiológicos de funcionamento corporal, isto é, uma adaptação atingida por meio da alteração dos padrões fisiológicos naturais. Esse processo assegura a viabilidade interna do organismo face aos desafios e às mudanças. A expressão também significa a aquisição da viabilidade pela mudança de estado, isto é, pela variação corporal. Em parte, isso implica, fisiologicamente, aumento da atividade do sistema nervoso simpático e do eixo hipotálamo-hipófise-suprarenal, que estarão envolvidos na promoção da adaptação e do restabelecimento do equilíbrio interno. Destaca, também, a habilidade dos seres vivos de antecipar ou lutar contra eventos ameaçadores futuros.

Para Schulkin (2003), o conceito de homeostase, embora rico em contribuições, não é mais suficiente para explicar as diversas adaptações fisiológicas e comportamentais próprias dos organismos. Os seres vivos apresentam diversos conjuntos de mecanismos envolvidos na manutenção da estabilidade interna. O conceito fundamental inicial para a compreensão desses processos foi elaborado por Walter Cannon, em 1932, ao qual ele próprio denominou homeostase. Segundo ele, essa visaria ao equilíbrio fisiológico e estaria associada a mecanismos para a manutenção da viabilidade interna de eventos fisiológicos essenciais para o bem-estar do corpo e à defesa do organismo. Dentre essas funções fundamentais, estariam o controle da temperatura corporal, assim como a manutenção dos níveis de pH, glicose, proteína, oxigênio, sódio e cálcio.

Conforme Guyton e Hall (2002, p. 3), os fisiologistas usam o termo homeostase para significar:

[...] a manutenção das condições estáticas, ou constantes, no meio interno. Essencialmente, todos os órgãos e tecidos do corpo realizam funções que ajudam a manter essas condições constantes. Por exemplo, os pulmões fornecem oxigênio ao líquido extracelular para, de forma contínua, repor o oxigênio que está sendo usado pelas células, os rins mantêm constantes as concentrações iônicas e o sistema gastrintestinal fornece os nutrientes.

Observa-se, pela definição de Guyton e Hall, que o conceito de homeostase apresenta um esquema de controle local. Assim, os pulmões, os rins, o sistema gastrintestinal, por exemplo, fazem, eles próprios, o controle da homeostasia corporal daquelas funções que lhe são próprias. Com o avanço dos estudos e experimentos científicos, comprova-se que o conceito de homeostase não mais explica todas as recuperações fisiológicas observadas. Em função disso, esse conceito não pode mais ser aceito sem reservas. Um processo muito mais complexo de controle e manutenção da viabilidade interna tem sido verificado.

Enquanto a homeostase é a manutenção de um foco de equilíbrio no corpo, como os níveis de oxigênio ou de glicose no sangue, outras formas de regulação estão sendo constatadas. A variação da temperatura corporal pode ser usada como um exemplo do caso em questão. Esta pode ser alterada até certo grau (diferenças sazonais), e essa alteração pode ser tanto reativa quanto preventiva. Em nível fisiológico, pode haver também respostas fisiológicas antecipatórias a possíveis eventos previsíveis ou reativas a mudanças imprevistas. Esses eventos são expressos não apenas fisiologicamente, mas também em termos de mudanças de comportamento do organismo afetado.

Atualmente, sabe-se que o sistema nervoso central participa da manutenção da estabilidade corporal como, por exemplo, na regulação da ingestão de água e sódio. Isso significa que os eventos reguladores corporais são parte de um contexto fisiológico muito mais complexo. Essa constatação não está presente no conceito clássico de homeostase, que se prende ao controle local. Surgiu a necessidade de se criar um novo conceito para tentar explicar a complexidade dos eventos reguladores que não são contemplados pelo conceito de homeostase.

Segundo Schulkin (2003, p. xii):

Menos bem conhecido é o termo cunhado, recentemente, alostase. [...] O termo foi introduzido para dar conta de sistemas reguladores nos quais (1) não há um ponto de equilíbrio claro, (2) há diferenças individuais em sua manifestação, [...] (3) as respostas fisiológicas e comportamentais são preventivas [...] (4) havia uma vulnerabilidade a uma sobrecarga fisiológica e o colapso da capacidade reguladora (desmineralização óssea, deterioração cerebral, etc., decorrentes, por exemplo, de altos níveis de cortisol por longos períodos de tempo [...].

A alostase é essencial para a manutenção da viabilidade interna durante condições variáveis [...] O que há de similar entre ambos os conceitos (homeostase e alostase) é a resposta coordenada para a manutenção da viabilidade interna.¹⁴³

Sapolsky (2004) afirma que o antigo conceito de homeostase foi modificado e modernizado. No conceito original de homeostase, havia implícitas duas idéias fundamentais e estas sofreram alterações decorrentes da emergência do novo conceito de alostase. Em primeiro lugar, havia a concepção de um único nível ideal, um número, uma soma para qualquer medida dada no corpo. Haveria, assim, uma pressão arterial ideal, um nível de oxigênio ideal no sangue, etc. Segundo o autor:

[...] a pressão arterial ideal de quando você está dormindo é, provavelmente, diferente de quando você está fazendo salto de esqui. O que é ideal sob condições basais é diferente de quando a pessoa está sob estresse, uma idéia central para a maneira alostática de raciocinar (SAPOLSKY, 2004, p. 9). 144

Em segundo lugar, no conceito de homeostase, está também presente a idéia de que o ponto de equilíbrio ideal é atingido por algum tipo de mecanismo regulador local. Assim, por exemplo, os pulmões, os rins coordenam suas funções localmente.

O conceito de alostase, ao contrário, reconhece que:

¹⁴³ "Less well known is a recently coined term, allostasis [...] The term was introduced to take account of regulatory systems in which (1) there is no clear set point, (2) there are individual differences in expression, [...] (3) the behavioral and physiological responses are anticipatory [...] and (4) there was a vulnerability to physiological overload and the breakdown of regulatory capacities (bone demineralization, brain deterioration, etc. from, for example, high levels of cortisol for long, unrestrained periods [...].

Allostasis is essential in maintaining internal viability amid changing conditions [...] What is similar about concepts (homeostasis and allostasis) is the coordinated response to maintain internal stability" (SCHULKIN, 2003, p. xii).

¹⁴⁴ "[...] the ideal blood pressure when you're sleeping is likely to be different than when you're ski jumping. What's ideal under basal conditions is different than during stress, something central to allostatic thinking" (SAPOLSKY, 2004, p. 9).

[...] qualquer ponto de equilíbrio considerado pode ser regulado em um zilhão de maneiras diferentes, cada uma com as suas próprias consegüências. [...] suponha que haja uma deficiência de água em seu corpo. A solução homeostática seria: os rins são os responsáveis pela descoberta desse fato, aperta a situação por lá e produz menos urina para melhor conservação de água. A solução alostática, por seu lado, seria: o cérebro descobre o problema, diz aos rins para executarem a sua tarefa, envia sinais para a retirada de água de partes do seu corpo onde ela é facilmente evaporada (pele, lábios, nariz) e o faz sentir sede. A homeostase lida com o concerto de uma válvula ou de um dispositivo. A alostase considera a forma como o cérebro coordena amplas mudanças corporais, geralmente incluindo mudanças de comportamento (SAPOLSKY, 2004, p. 9). 145

Ainda, conforme esse autor, o termo "alostase" refere-se ao processo de mudança de estado e à variação corporal, que garante a viabilidade diante dos desafios e das mudanças que o organismo enfrenta.

Lovallo (2005, p. 37) comenta o seguinte sobre os conceitos de homeostase e alostase:

> Cannon introduziu o termo homeostase para resumir a totalidade dos processos que usamos para neutralizar as ameaças ao nosso bemestar. O conceito de homeostase pode levar-nos a imaginar que, uma vez que o equilíbrio foi alcançado, o organismo retorna a uma forma de repouso ou a um estado de repouso pré-estresse, no qual as demandas energéticas são, novamente, reduzidas ao mínimo e que não ocorre mais nenhum custo adicional para nos manter vivos. Em muitos casos, pode ser que seja assim. Entretanto, Sterling e Eyer (1988) observaram que a homeostase poderia ser também atingida de uma maneira que exige um gasto contínuo do sistema. Considere o caso de uma pessoa deixada no frio mas que consegue manter a temperatura normal do corpo, porém mediante violentos calafrios e movimentos vigorosos. Neste caso, a adaptação que a pessoa fez ao frio é dispendiosa e altamente consumidora de energia. Sterling e Eyer cunharam o termo *alostase* para apreenderam a idéia segundo a qual, quando a demanda não foi suprimida ou neutralizada, a manutenção da homeostase pode ser uma fonte de desgaste contínuo para o sistema. Sem ter usado o termo. Selve estava consciente do custo da adaptação: ele notou que a fase de resistência da síndrome da adaptação geral não poderia ser mantida indefinidamente e que as fontes de energia do animal poderiam, eventualmente, ser exauridas (Selye, 1956).

^{145 &}quot;[...] any given set point can be regulated in a zillion different ways, each with its own consequences. [...] suppose there's a water shortage in your body. Homeostatic solution: kidneys are the ones that figure this out, tighten things there, produce less urine for water conservation. Allostatic solutions: brain figures this out, tells the kidneys to do their thing, sends signals to withdraw water from parts of your body where it easily evaporates (skin, mouth, nose), makes you feel thirsty. Homeostasis is about tinkering with this valve or that gizmo. Allostasis is about the brain coordinating body-wide changes, often including changes in behavior" (SAPOLSKY, 2004, p. 9).

Cannon (1935), similarmente, percebeu o custo adaptativo da manutenção da homeostase e o declínio máximo na habilidade de manter a adaptação. Selve e Cannon estavam, aqui, pensando em estressores moderadamente duradouros mas não crônicos. Desde que Sterling e Eyer introduziram o conceito, Bruce McEwen e Elliot Stellar (1993) fizeram uso considerável do conceito e ampliaram a formulação inicial. Em particular, eles invocaram a idéia de uma carga alostática, na qual condensam a idéia dos custos de manter a homeostase em face aos contínuos desafios que podem permanecer por meses ou anos.¹⁴⁶

A alostase é, pois, um re-equilíbrio que demanda um gasto contínuo do sistema, o que o leva ao desgaste. O autor também chama atenção para o fato de que tanto Cannon quanto Selye estavam pensando em estressores que, embora tivessem um efeito prolongado, eram passageiros. Quando McEwen e Stellar cunharam o termo, o que eles tinham em mente eram os estressores crônicos, aqueles que levam o organismo a uma adaptação ao custo de um dispêndio extra e incessante de energia e o mantêm fisiologicamente em alerta, obrigando o corpo a um funcionamento acima de suas médias-padrões.

Schulkin (2003, p. 21) destaca alguns níveis do processo alostático:

- 1. Alostase: processo pelo qual um organismo atinge a viabilidade interna mediante a alteração do estado corporal. A alostase envolve tanto processos fisiológicos quanto comportamentais, os quais mantêm os parâmetros internos dentro dos limites essenciais à vida.
- 2. Estado alostático: excessiva ativação crônica dos sistemas reguladores e alteração dos pontos corporais de equilíbrio.
- 3. Sobrecarga alostática: é a expressão da patofisiologia pela ativação crônica excessiva dos sistemas reguladores. 147

^{146 &}quot;Cannon introduced the term homeostasis to encapsulate the totality of the processes we use to counteract to our well-being. The concept of homeostasis may lead us to imagine that once balance has been restored, the organism returns to some sort of resting or pre stress state in which energetic demands once again reduced to minimum and no extra costs are incurred to keep us alive and well. In many cases, this may be so. However, Sterling and Eyer (1988) insightfully observed that homeostasis could also be achieved in a way that exerted a continuing cost to the system. Consider the case of a person who is left in the cold and who can maintain a normal body temperature, but only by violent shivering and vigorous movement. In this case, the adaptation the person has made to the cold is costly and highly energy consuming. Sterling and Eyer coined the term allostasis to capture the idea that when a demand has not been removed or neutralized, maintaining homestasis may be a source of ongoing wear and tear on the system. Without using the term itself, Selye was aware of costs of adaptation: He noted that the resistance phase of general adaptation syndrome could not be indefinitely maintained and the resources of animal would eventually be exhausted (Selve, 1956). Cannon (1935) similarly noted the adaptive cost of maintaining homeostasis and the ultimate decline in the ability to maintain the adaptation. Selve and Cannon were thinking here of moderately long-lasting but not chronic stressors. Since Sterling and Eyer's introduction of the concept, Bruce McEwen and Elliot Stellar (1993) have made considerable use of it and expanded its initial formulation. In particular, they have invoked the idea of an allostatic load, encapsulating the idea of the costs of maintaining homeostasis in the face of continuing challenges that may go on for months or years" (LOVALLO, 2005, p. 37).

^{147 &}quot;1. Allostasis: The process by which an organism achieves internal viability through bodily change of state. Allostasis comprises both behavioral and physiological processes that maintain internal parameters within the

Com relação à sobrecarga alostática, esse autor considera três tipos:

[...] (1) estimulação excessiva pelo estresse, resultando na presença acentuada de hormônios do estresse; (2) fracasso na inibição de respostas alostáticas quando elas não são mais necessárias, ou a inabilidade de se habituar ao mesmo estressor, ambos os casos resultando em uma exposição excessiva aos hormônios do estresse; e (3) inabilidade para estimular respostas alostáticas quando necessárias. Nesses casos, outros sistemas (e.g. citocinas inflamatórias) tornam-se hiperativas e produzem outros tipos de desgaste (SCHULKIN, 2003, p. 22).¹⁴⁸

Dentre os indicadores da sobrecarga alostática, ele destaca: patologia cardiovascular, deterioração metabólica, atrofia cerebral, disfunção imunológica e baixa resistência a impactos virais, desmineralização dos ossos, vulnerabilidade a parto precoce e mudanças nos processos sensíveis. Isso tudo quer dizer que uma das características da sobrecarga alostática é uma destacada vulnerabilidade a doenças.

Na base do conceito, está a compreensão de que, em um mundo em incessante mudança, imersos numa natureza permanentemente dinâmica, os seres vivos estão em ininterrupto processo de adaptação fisiológica, ou, pelo menos, em esforço constante para se adequarem às dinâmicas transformações do meio ambiente. Esse esforço de adaptação envolve, do ponto de vista orgânico, o Sistema Nervoso Central e a regulação fisiológica sistêmica e isso se dá mediante a alteração de estados internos e da coordenação de impulsos fisiológicos e comportamentais para a obtenção da viabilidade vital.

Assim sendo, aqueles mecanismos fisiológicos encarregados de promover a viabilidade interna, quando em ativação prolongada por qualquer estressor, levam ao desgaste do organismo e à doença. Nos seres vivos, as variáveis que mantêm o sistema sobrecarregado podem ser agentes químicos, físicos, fenômenos sazonais

limits essential for life.

^{2.} Allostatic State: Chronic overactivation of regulatory systems and the alterations of body set points.

^{3.}Allostatic Overload: The expression of pathology by the chronic overactivation of regulating systems" (SCHULKIN, 2004, p. 21).

¹⁴⁸ "[...] (1) overstimulation by frequent stress, resulting in excessive stress hormone exposure; (2) failure to inhibit allostatic responses when they are no needed or an inability to habituate to the same stressor, both of which result in overexposure to stress hormones; and (3) inability to stimulate allostatic responses when needed, in which case other systems (e.g., inflammatory cytokines) become hyperactive and produce other types of wear an tear" (Ibid., p. 22).

ou situações que exponham o organismo ao perigo e ao risco de vida. No homem, há ainda a agravante das experiências emocionais como mais um agente desestabilizador da viabilidade interna.

As situações de medo, bem como as de sua evitação, são extremamente desagradáveis ao indivíduo, dado que sempre reeditam uma vivência de ameaça e conseqüente desequilíbrio emocional e fisiológico. Muitas vezes, na clínica, testemunha-se o desconforto que qualquer uma dessas ocasiões representam, especialmente quando a defesa a um desejo falha e o paciente faz o ataque fóbico a fim de, por um lado, evitar uma situação de exacerbação ainda maior do desejo que burlou a censura e ameaça invadir a consciência, e, por outro, re-invocar a defesa abalada.

Esses eventos não são, entretanto, breves. Alguns deles duram semanas, meses ou, até mesmo, anos. Se, então, o indivíduo está psicologicamente temeroso, abalado pela *Angst*, fisiologicamente ele está em alerta. A emoção de medo presente nesses quadros aciona as respostas fisiológicas do medo, conforme já comentado anteriormente. Esses estados de perturbação psíquica funcionam como estressores, se não crônicos, pelo menos de longa duração, e levam o organismo a se manter adaptado a níveis mais elevados de seu padrão normal, causando desgastes e facilitando a emergência das doenças psicossomáticas.

7.8 O RESULTADO

Os estressores emocionais, tais como o medo, a raiva e as frustrações, são extremamente desagradáveis para qualquer pessoa. Sempre reeditam uma vivência de ameaça e conseqüente desequilíbrio emocional e fisiológico. Muitas vezes, na clínica, testemunha-se o desconforto que qualquer uma dessas ocasiões representa, especialmente quando a defesa que mantém o recalque de uma pulsão falha, e o paciente é compelido a fazer o ataque fóbico, por exemplo. Por conseguinte, a fim de evitar uma situação de exacerbação ainda maior da sua condição pulsional que burlou a censura e ameaça invadir a consciência, é necessário re-invocar a defesa abalada, o que o leva a uma crise emocional.

Concluindo, o medo, a *Angst*, presente no conflito psíquico, seria, por si só, suficiente para gerar o desequilíbrio fisiológico, acionar a resposta ao estresse e manter o organismo em alerta fisiológico. A conseqüente descarga de cortisol e as respostas provenientes da ação do sistema nervoso autônomo simpático levarão esse organismo a desenvolver alguma doença psicossomática, de acordo com sua vulnerabilidade genética.

CONCLUSÃO

A cultura sempre considerou o medo como uma demonstração de fraqueza, um afeto próprio das mulheres, o "sexo frágil", ou dos covardes. Dos homens, "sexo forte", sempre se cobrou valentia e destemor. Uma alma intrépida, isto é, que não fraqueja frente a nada, tornou-se o ideal masculino no decorrer dos séculos e nas inúmeras culturas que a História registrou.

O medo, entretanto, é um companheiro universal do homem. Os "valentes" sabem como domá-lo, superá-lo ou, ainda, como obter prazer de sua presença, registrada fisiologicamente pela descarga de altas doses de adrenalina no sangue. Seria quase uma dependência a esse hormônio natural. Nem todos, entretanto, desfrutam desse privilégio e, muitas vezes, tentam disfarçar a pecha de "covardes" diante dos próprios olhos. A diferença entre uns e outros é o prazer ou o desprazer obtido com essas experiências que mantêm unidos os aspectos físicos e psíquicos do homem.

Sigmund Freud, entretanto, rompendo com essa tradição milenar de dividir a sociedade entre valentes e covardes, trouxe ao centro da observação científica a necessidade fundamental de reinterpretar o papel desse afeto tão persistente. Após alguns anos de observação de seus pacientes, concluiu que o medo estava presente em todos os casos clínicos de neurose e, assim, criou uma hipótese plausível à época, de acordo com as suas descobertas clínicas. Com o passar do tempo, essa primeira teoria sobre o medo se mostrou inapropriada e ele pôde, na seqüência de seu trabalho, evidenciar o verdadeiro papel dessa emoção na vida psíquica do ser humano. Em 1894, ele apresentara o conceito inovador de que os neuróticos desenvolviam seus sintomas como formas de defesas contra experiências emocionais dolorosas e insuportáveis. Em 1926, propôs que o medo é o sinal que desencadeia essa defesa.

A proposição freudiana que associava o medo com a defesa mostrou-se profícua em psicanálise e, independente de ter sofrido influência do pensamento freudiano ou não, mostrou-se também bastante eficiente para a pesquisa sobre a biologia do comportamento.

Essa hipótese de que as emoções desencadeiam complexos processos fisiológicos tem sido confirmada diariamente pela medicina e o conceito de defesa é, hoje, fundamental no tocante à pesquisa biológica sobre o estresse.

Como se viu pôde observar decorrer do presente trabalho, as neuroses são resultantes de intensas experiências de medo que convocam uma defesa psíquica. O estudo das emoções, em geral, demonstrou que essas desencadeiam processos fisiológicos fundamentais à vida, os quais também visam defender o organismo e prepará-lo para experiências adversas. Tanto em nível psíquico quanto em nível somático, esses processos defensivos, que, inicialmente, protegeriam não só o corpo como também a mente, tornam-se nocivos.

As experiências concretas de medo, como, por exemplo, assaltos, animais ferozes, intempéries naturais, etc., podem ser evitadas ou, como são passageiras, possibilitam a recuperação da homeostasia corporal em breve espaço de tempo. Aquelas experiências resultantes de medos internos que, embora assumam aparência de realísticas, mas que são, de fato, provenientes dos processos psicológicos inconscientes e se manifestam na forma de apreensão crônica, ataques de pânico e fobias em geral, como são duradouras e escapam do controle da pessoa, mantêm o organismo em estresse, causando todas as conseqüências provenientes desse nocivo processo fisiológico.

Se o medo, essa emoção primordial e onipresente, é o desencadeador da neurose e se manifesta sempre que as defesas psíquicas de um indivíduo estão enfraquecidas ou são ameaçadas por novos aportes pulsionais, pode-se presumir que essa emoção irá, de um lado, manter as defesas psíquicas em alerta e, de outro, conservar o processo fisiopatológico de estresse em ação, levando-o, assim, após alguns anos, às doenças psicossomáticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAMS, M. H. *The mirror and the lamp*: romantic theory and the critical tradition. London: Oxford University Press, 1971.

ALEXANDER, Franz; SELESNICK, Sheldon T. **História da psiquiatria**: uma avaliação do pensamento e da prática psiquiátrica desde os tempos primitivos até o presente. Trad. Aydano Arruda. São Paulo: IBRASA, 1980.

ANDRÉ, Christophe. **Psicologia do medo**: como lidar com temores, fobias, angústias e pânicos. Trad. João Batista Kreuch. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

ASSIS, Joaquim Maria Machado de. **Memórias Póstumas de Brás Cubas**. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 2004.

BALLONE, G. J.; PEREIRA NETO, E., ORTOLANI, I. V. **Da emoção à lesão**: um guia de medicina psicossomática. Barueri: Manole, 2002.

BERTHELSEN, Detlef. **Dia a dia com a família Freud**: depoimentos da governanta Paula Fichtl. Trad. Claudio F. Mahler. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1996.

BETTELHEIM, Bruno. **Freud e a alma humana**. Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Cultrix, 1982.

BREUER, Josef; FREUD, Sigmund. **Estudos sobre a histeria**. Trad. Christiano Monteiro Oiticica. Rio de Janeiro: Imago, 1974. (Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. II).

BURTON, Robert. *The anatomy of melancholy*. New York: New York Review of Books, 2001.

CORBIN, Alain. Bastidores. In: PERROT, Michelle (Org.). **História da vida privada 4**: da Revolução Francesa à Primeira Guerra. Trad. Denise Bottmann, partes 1 e 2; Bernnardo Joffily, partes 3 e 4. 9. reimpressão. São Paulo: Companhia das Letras, 2003. v. 4. p. 413-611.

DELUMEAU, Jean. Medos de ontem e de hoje. In: NOVAES, Adauto (Org.). Ensaios sobre o medo . São Paulo: Senac São Paulo, 2007. p. 39-52.
DESCARTES, René. Obra completa . São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1973.
Discurso do método . Trad. Márcio Pugliesi e Norberto de Paula Lima. São Paulo: Hemus, 1978.
DUMAS FILHO, Alexandre. A dama das camélias. Trad. Renata Maria Parreira Cordeiro. São Paulo: Nova Alexandria, 1996.
FALZEDER, Ernest. <i>The complete correspondence of Sigmund Freud and Karl Abraham: 1907-1925 completed edition</i> . Trad. Caroline Schwarzacher. London: Karnac, 2002.
FENICHEL, Otto. <i>Teoria psicoanalitica de las neuroses</i> . Buenos Aires: Paidos, 1079.
FICHTNER, Gerhard. <i>The Sigmund Freud – Ludwig Binswanger Correspondence</i> 1908-1938. New York: Other Press, 2003.
FLAUBERT, Gustave. <i>Madame Bovary.</i> Trad. Araújo Nabuco. São Paulo: Abril Cultural, 1981.
FREUD, Ernst L. Sigmund Freud – correspondência de amor e outras cartas 1873-1939 . Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.
FREUD, Sigmund. Observação sobre um caso grave de hemianestesia em um homem histérico (1886). In: Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos . Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1977. p. 55-67. Rio de Janeiro: Imago, 1969. (Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. I).
Sobre os critérios para destacar das neurastenias uma síndrome particular intitulada "neurose de angústia" (1895 [1894]). In: Primeiras publicações

(Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. III).
Über die Berechtigung Von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als "Angstneurose" abzutrennen. In: Studien über Hysterie\ Frühe Schriften zur Neurosenlehre. Frankfurt am Main: Fischer 1'Taschenbuch Verlag, 1999. p. 313-342. (Gesammelt Werke). v. I.
Uma réplica às críticas do meu artigo sobre neurose de angústia (1895). In: Primeiras publicações psicanalíticas . Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 139-160. (Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. III).
Obsessões e fobias: seu mecanismo psíquico e sua etiologia (1895 [1894]). In: Primeiras publicações psicanalíticas . Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1978. p. 83-100. (Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. III).
Obsessions et phobies. In: Gesammelte Werke : Studien über Hysterie Frühe Schriften zur Neurosenlehre. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 1999. p. 343-353.
Uma réplica às críticas do meu artigo sobre neurose de angústia (1895). In: Primeiras publicações psicanalíticas . Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 139-160. (Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. III)
Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa (1896). In: Primeiras publicações psicanalíticas. Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 181-211. (Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. III).
XXV. Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychosen. In: Studien über Hysterie \ Frühe Schriften zur Neurosenlehre. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 1999. p. 377-403. (Gesammelt Werke). v. I.
A interpretação de sonhos (parte I) (1900). Trad. Walderedo Ismael de Oliveira. Rio de Janeiro: Imago, 1972. (Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. IV).

FREUD, Sigmund. A interpretação de sonhos (parte II) (1900). In: A interpretação de sonhos (parte II) e sobre os sonhos. Trad. Walderedo Ismael de Oliveira. Rio de Janeiro: Imago, 1972. p. 361-665. (Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. V).
Die Traumdeutung. In: Die Traumdeutung\ Über den Traum. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 1999. (Gesammelt Werke).
Fragmento da análise de um caso de histeria (1905 [1901]. In: Um caso de histeria e três ensaios sobre sexualidade e outros trabalhos. Trad. Antônio Barata; Jacob D. Azulay; Paulo Dias Corrêa. Rio de Janeiro: Imago, 1972. p. 1-119. (Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. VII).
Bruchstück einer Hysterie-analyse. In: Werke aus den Jahren 1904-1905. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 1999. p. 161-286. (Gesammelt Werke). v. V.
Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905). In: Um caso de histeria, Três ensaios sobre sexualidade e outros trabalhos. Trad. Antônio Barata; Jacob D. Azulay; Paulo Dias Corrêa. Rio de Janeiro: Imago, 1972. p. 121-252. (Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. VII).
Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. In: Werke aus den Jahren 1904-1905. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 1999. p. 27-145. (Gesammelt Werke). v. V.
Análise de uma fobia em um menino de cinco anos (1909). In: Duas histórias clínicas (O "pequeno Hans" e o "homem dos ratos") . Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 197-?. p. 11-154. (Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. X).
Analyse der Phobie eines Fünfjährigen Knaben. In: Werke aus den Jahren 1906-1909. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 1999. p. 241-377. (Gesammelt Werke). v. VII.
Notas sobre um caso de neurose obsessiva (1909). In: Duas histórias clínicas (O "pequeno Hans" e O "homem dos ratos"). Trad. Jayme Salomão. Rio

de Janeiro: Imago, 197-?. p. 155-320. (Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. X).
Bemerkungen über einen Fall vonnZwangsneurose. In: Werke aus den Jahren 1906-1909. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 1999. p. 379-463. (Gesammelt Werke). v. VII.
Algumas observações gerais sobre os ataques histéricos (1909 [1908]). In: 'Gradiva' de Jensen e outros trabalhos . Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 229-238. (Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. IX).
Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental (1911). In: O caso de Schreber – artigos sobre a técnica e outros trabalhos . Trad. José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago, 197-?. p. 271-299. (Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XII).
Tipos de desencadeamento da neurose (1912). In: O caso de Schreber – artigos sobre a técnica e outros trabalhos . Trad. José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago, 197-?. p. 287-299. (Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XII).
Recordar, repetir e elaborar (novas recomendações sobre a técnica da psicanálise II) (1914). In: O caso de Schreber – artigos sobre a técnica e outros trabalhos . Trad. José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago, 197-?. p. 189-203. (Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XII).
Sobre o narcisismo: uma introdução (1914). In: A história do movimento psicanalítico – artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos. Trad. Themira de Oliveira Brito, Paulo Henriques Britto e Christiano Monteiro Oiticica. Rio de Janeiro: Imago, 1974. p. 83-119. (Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XIV).
Os instintos e suas vicissitudes (1915). In: A história do movimento psicanalítico – artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos. Trad. Themira de Oliveira Brito, Paulo Henriques Britto e Christiano Monteiro Oiticica. Rio de Janeiro: Imago, 1974. p. 127-162. (Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XIV).

FREUD, Sigmund. <i>Triebe und Triebeschicksale</i> . In: <i>Werke aus den Jahren</i> 1913-1917 . Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 1999. p. 209-232. (<i>Gesammelt Werke</i>). v. X.
Repressão (1915). In: A história do movimento psicanalítico – artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos . Trad. Themira de Oliveira Brito, Paulo Henriques Britto e Christiano Monteiro Oiticica. Rio de Janeiro: Imago, 1974. p. 163-182. (Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XIV).
<i>Die Verdrängung</i> . In: <i>Werke aus den Jahren</i> 1913-1917. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 1999. p. 247-261. (<i>Gesammelt Werke</i>). v. X.
O inconsciente (1915). In: A história do movimento psicanalítico – artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos. Trad. Themira de Oliveira Brito, Paulo Henriques Britto e Christiano Monteiro Oiticica. Rio de Janeiro: Imago, 1974. p. 183-245. (Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XIV).
Das Unbewusste. In: Werke aus den Jahren 1913-1917. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 1999. p. 263-303. (Gesammelt Werke). v. X.
Luto e melancolia (1917 [1915]). In: A história do movimento psicanalítico – artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos . Trad. Themira de Oliveira Brito, Paulo Henriques Britto e Christiano Monteiro Oiticica. Rio de Janeiro: Imago, 1974. p. 269-294. (Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XIV).
Conferência XXV. A ansiedade (1917 [1916-17]). In: Conferências introdutórias sobre psicanálise (parte III). Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 457-479. (Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XVI).
XXV. Vorlesung. Die Angst. In: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 1999. p. 407-426. (Gesammelt Werke). v. XI.
História de uma neurose infantil (1918 [1914]). In: Uma neurose infantil e outros trabalhos. Trad Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago. 1976. p.

11-153. (Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XVII).
Aus der Geschichte einer infantile Neurose. In: Werke aus den Jahren 1917-1920. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 1999. p. 27-157. (Gesammelt Werke). v. XII.
O 'estranho' (1919). In: Uma neurose infantil e outros trabalhos . Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 271-318. (Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XVII).
Das Unheimliche. In: Werke aus den Jahren 1917-1920. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 1999. p. 227-268. (Gesammelt Werke). v. XII.
Além do princípio do prazer (1920). In: Além do princípio de prazer – psicologia de grupo e outros trabalhos . Trad. Christiano Monteiro Oiticica. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 11-85. (Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XVIII).
Além do princípio do prazer (1920). In: Escritos sobre a psicologia do inconsciente . Trad. Claudia Dornbusch, Helga Araujo, Maria Rita Salzano e Luiz Alberto Hanns. Rio de Janeiro: Imago, 2006. p. 123-198. (Obras psicológicas de Sigmund Freud, v. II).
Jenseits des Lustprinzips. In: Jenseits des Lustprinzips\Massenpsychologie und Ich-analyse\Das Ich und das Es. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 1999. p. 1-69. (Gesammelt Werke). v. XIII.
Psicologia de grupo e análise do ego (1921). In: Além do princípio do prazer – Psicologia de grupo e outros trabalhos . Trad. Christiano Monteiro Oiticica. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 87-179. (Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XVIII).
O ego e o id (1923). In: O ego e o id e outros trabalhos . Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 11-83. (Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XIX).

Massenpsychologie und Ich-Analyse \ Das Ich und das Es. In Jenseits des Lustprinzips \ Massenpsychologie und Ich-Analyse \ Das Ich und das Es. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 1999. p. 235-289. (Gesammelt Werke). v. VIII.
A organização genital infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade (1923). In: O ego e o id e outros trabalhos . Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 175-184. (Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XIX).
A dissolução do complexo de Édipo (1924). In: O ego e o id e outros trabalhos . Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 213-224. (Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XIX).
Algumas conseqüências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos (1925). In: O ego e o id e outros trabalhos . Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 301-320. (Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XIX).
Inibições, sintomas e ansiedade (1926 [1925]). In: Um estudo autobiográfico inibições, sintomas e ansiedade – a questão da análise leiga e outros trabalhos. Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 93-201. (Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XX).
Hemmung, Symptom und Angst. In: Werke aus den Jahren 1925-1931. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 1999. p. 111-205. (Gesammelt Werke). v. XIV.
Sexualidade feminina (1931). In: O futuro de uma ilusão – o malestar na civilização e outros trabalhos . Trad. José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago, 1974. p. 255-279. (Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XXI).
Conferência XXXII. Ansiedade e vida instintual (1933 [1932]). In: Novas conferências introdutórias sobre psicanálise e outros trabalhos. Trad. Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 103-138. (Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XXII).

FREUD, Sigmund. XXXII. Vorlesung. Angst und triebleben. In: Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 1999. p. 87-118. (Gesammelt Werke). v. XV.
Análise terminável e interminável (1937). In: Moisés e o monoteísmo – esboço de psicanálise e outros trabalhos . Trad. José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 239-287. (Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XXIII).
A divisão do ego no processo de defesa (1937). In: Moisés e o monoteísmo – esboço de psicanálise e outros trabalhos. Trad. José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 305-312. Rio de Janeiro: Imago, 1969. (Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XXIII).
Esboço de psicanálise (1940 [1938]). In: Moisés e o monoteísmo – esboço de psicanálise e outros trabalhos . Trad. José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 163-237. (Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XXIII).
GREENSON, Ralph R. Investigações em psicanálise . Trad. Eva Nick. Rio de Janeiro: Imago, 1982. (Série Analytica). 2 v.
GUYTON, Arthur C.; HALL, John E. Tratado de fisiologia médica . Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
HAYNAL, André; PASINI, Willy; ARCHINARD, Marc. Medicina psicossomática : perspectivas psicossociais. Trad. José Nunes de Almeida. Lisboa: Climepsi Editores, 1998.
HERÁCLITO. Fragmentos : origem do pensamento. Trad. Emmanuel Carneiro Leão. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1980.
HESÍODO. Teogonia : a origem dos deuses. Trad. Jaa Torrano. 2. ed. São Paulo: Iluminuras, 1992.

HOMERO. Odisséia. Trad. Antônio Pinto de Carvalho. São Paulo: Abril cultural,

1981.

HOMERO. **Ilíada**. Trad. Haroldo de Campos. 5. ed. 4. reimpressão. São Paulo: Arx, 2004. v. 1.

HIRSCHMANN, Eduard. *Freud's theories of the neuroses*. London: Kegan Paul, 1921.

HÜTHER, Gerald. *Biologie der Angst – wie aus stress Gefühle werden*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co., 2005.

KEMPER, Jochen. **Standard Freud**: uma avaliação crítica do reducionismo nas edições da obra freudiana. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

LAPLANCHE, J. **A angústia**. Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

LEDOUX, Joseph. *The emotional brain* – the misterious underpinnings of emotional life. New York: Simon & Schuster Paperbacks, 1996.

LE RIDER, Jacques. **A modernidade vienense e as crises de identidade**. Trad. Elena Gaidano. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1992.

LEWIS, Michael; HAVILAND-JONES, Jeannette M. (Editors). *Handbook of emotions*. New York: The Guilford Press, 2000.

LYONS, Albert S.; PETRUCELLI,II, Joseph R. *Medicine: an ilustreted history*. New York: Harry N. Abrams, Inc., 1987.

LOCKE, John. *An essay concerning human understanding*. London, England: Penguin Books, 1997.

LOVALLO, William R. *Stress and health*: biological and psychological interactions. London: Sage Publications: 2005.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS – DSM-IV. Trad. Dayse Batista. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

MASSON, Jeffrey Mossaief. A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess: 1887-1904. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Imago, 1986.

_____. Sigmund Freud Briefe an Wilhelm Fliess. Frankfurt am Main: S. Ficher Verlag, 1986.

MELO FILHO, Julio de. Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

____. Concepção psicossomática: visão atual. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

MICHAUD, Stéphane. A mulher. In: FURET, François (Dir.). **O homem romântico**. Trad. Miguel Serras Pereira. Lisboa: Presença, 1999. p. 87-115.

MILLON, Theodore. **Masters of the mind**: exploring the story of mental illness from ancient times to the new millennium. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., 2004.

MONTAIGNE, Michel Eyquem de. **Ensaios**. Trad. Sergio Milliet. 2. ed., Brasília: Hucitec, 1987. 3 v.

MUCHEMBLED, Robert. **Uma história do diabo**: século XII-XX. Trad. Maria Helena Kühner. Rio de Janeiro: Bom Texto, 2001.

NOVAES, Adauto (Org.). **Ensaios sobre o medo**. São Paulo: Senac São Paulo, 2007.

NEWMAN, Paul. *A history of terror*: fear & dread through the ages. Gloucestershire: Sutton Publishing, 2000.

PAUSANIAS. *Guide to Greece:* volume 1: central Greece. London, England: Penguin Books, 1979.

PASKAUSKAS, Andrew. The complete correspondence of Sigmund Freud and Ernest Jones, 1908-1939. London: Belknap Harvard, 1993.

PERROT, Michelle (Org.). **História da vida privada 4**: da Revolução Francesa à Primeira Guerra. Trad. Denise Bottmann, partes 1 e 2; Bernnardo Joffily, partes 3 e 4. 9. reimpressão. São Paulo: Companhia das Letras, 2003. v. 4.

PEURIFOY, Reneau Z. *Anxiety, phobias & panic* – a step-by-step program for regaining control of your life. New York: Warner Books, 2005.

PLASTINO, Carlos Alberto. **O primado da afetividade**: crítica freudiana ao paradigma moderno. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

PRAZ, Mario. *The romantic agony*. Oxford: Oxford University Press, 1979.

RIEMANN, Fritz. *Grundformen der Angst*. München: Ernst Reinhardt Verlag, 2006.

RODIS-LEWIS, Geneviève. **Descartes**: uma biografia. Trad. Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Record, 1996.

RODRIGUES, Antenor Salzer. **Freud, a opção pelo psíquico**. 2002. 175 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora, Juiz de Fora.

ROUSSEAU, George S. *Nervous acts, essays on literature, culture and sensibility*. New York: Palgrave Macmillan, 2004.

SAPOLSKY, Robert M. Why zebras don't get ulcers. New York: Owl Books, 2004.

SCRUTON, Roger. **História da filosofia moderna**: de Descartes a Wittgenstein. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

SELYE, Hans. *The stress of life*. New York: Mcgraw-Hill Companies, Inc., 1984.

SHELLEY, Mary. *Frankenstein*. Trad. Marcos Maffei. São Paulo: Ática, 1998.

SÊNECA. *Epistles* **1-65**. Michigan: Loeb Classical Library, 2006.

SÊNECA. Moral essays. Michigan: Loeb Classical Library, 2006. v. 3.

SHAKESPEARE, William. Macbeth. In:____. Romeu e Julieta; Macbeth; Hamlet, príncipe da Dinamarca; Otelo, o Mouro de Veneza. Trad. F. Carlos de Almeida Cunha Medeiros e Oscar Mendes. São Paulo: Abril Cultural, 1981. p. 113-191.

SILVA, Ana Beatriz B. **Mentes com medo**: da compreensão à superação. São Paulo: Integrare, 2006.

SOLOMON, Robert C. What is an emotion? Oxford: Oxford University Press, 2003.

SCHULKIN, Jay. *Rethinking homeostasis*. Cambridge: The MIT Press, 2003.

_____. Rethinking homeostasis: allostatic regulation In:____. **Physiology and pathophysiology**. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press, 2003.

STEKEL, W. *Conditions of nervous anxiety and their treatment*. New York: Liveright Publishing Corporation, 1950.

STEVENSON, Robert Louis. *Dr Jekyll and Mr Hyde*. London: Penguin Books, 1994.

STOKER, Bram. *Dracula*. London: Penguin Books, 1994.

TALBOTT, Shawn. *The cortisol connection:* why stress makes you fat and ruins your health – and what you can do about it. Alameda, CA: Hunter House Publishers, 2002.

WHITE, Michael. **Isaac Newton**: o último feiticeiro – uma biografia. Trad. Maria Beatriz Medina. Rio de janeiro: Record, 2000.

WOLFF, Francis. Devemos temer a morte? Trad. Marcelo Gomes. In: NOVAES, Adauto (Org.). **Ensaios sobre o medo**. São Paulo: Senac São Paulo, 2007. p. 17-52.

VARAZZE, **Jacopo de. Legenda Áurea**: vidas de Santos. Trad. Hilário Franco Júnior. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.