

De afeto a transtorno: a patologização da angústia¹

Alyne Pinto Ribeiro²

Marcus André Vieira³

Resumo

Neste artigo, desenvolvemos uma discussão sobre o tratamento da angústia na clínica psicanalítica e psiquiátrica. Por um lado, a angústia é uma expressão subjetiva que Freud chamou de afeto; por outro, trata-se de um sintoma a ser eliminado. Investigamos o movimento de patologização que transformou a angústia em transtorno de ansiedade, ao levantar o histórico desse fenômeno nos manuais de classificação de doenças e transtornos – DSM e CID. Na teoria psicanalítica, consideramos as contribuições sobre a angústia em Freud e Lacan, principalmente em *Inibição, sintoma e angústia* e no seminário *A angústia*, respectivamente. Comparamos as abordagens acerca da angústia tanto em Psicanálise quanto em Psiquiatria, tendo em vista as noções da teoria lacaniana de angústia como afeto e sua relação com o sintoma: não o sintoma a ser extirpado, mas decifrado. Seguimos a indicação de Jacques Lacan de não tomarmos angústia e sintoma como sinônimos, tampouco angústia e transtorno de ansiedade. Destacamos, entretanto, que o sintoma pode ser uma via de tratamento da angústia em análise. Ao concluir, consideramos a proposta lacaniana de sintomatização da angústia como modo de tratamento desse afeto, tal como a conversão em fobia no caso Hans publicado por Freud.

Palavras-chave: Angústia. Ansiedade. Sintoma. Psicanálise. Psiquiatria.

¹ Este artigo é fruto da dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica: Psicanálise, Clínica e Cultura, da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio), intitulada *A angústia na clínica contemporânea: interface entre psicanálise e psiquiatria*, de Alyne Pinto Ribeiro, orientada por Marcus André Vieira.

² Psicanalista. Mestra em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Especialista em Clínica Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Graduada em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF). E-mail: alynepr1@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-3330-9407>

³ Psicanalista. Doutor em Psicanálise pela Université de Paris VIII. Graduado em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). E-mail: mav@litura.com.br. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0383-8218>

Neste artigo, pretendemos investigar o manejo da angústia na clínica psicanalítica e psiquiátrica a partir do seu lugar na contemporaneidade. Levantamos a problemática em torno da supressão do mal-estar nos tempos atuais e quais os fatores envolvidos no processo de patologização, especificamente da angústia, ao longo dos últimos anos.

Para Freud (1920/2010, p. 126), a angústia é considerada “um estado como de expectativa do perigo e preparação para ele, ainda que seja desconhecido”, e para a Associação Americana de Psiquiatria (American Psychiatric Association [APA], 2014, p. 189) a ansiedade está associada à “tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquivia”. O transtorno de ansiedade é a nomenclatura utilizada, a partir da Psiquiatria norte-americana, para se referir ao afeto da angústia, termo de preferência dos psicanalistas. Se o fenômeno é o mesmo, não significa que o manejo clínico deva ser semelhante. Na verdade, nosso esforço neste trabalho é examinar brevemente o campo de disputas que envolve tanto a nomenclatura – seja angústia, seja ansiedade – quanto as implicações para o tratamento em cada clínica. Iremos investigar quais implicações sobrevêm quando nos referimos a um termo ou outro, comparando principalmente a teoria psicanalítica de Freud e Lacan com os manuais de referência médica, nomeadamente o DSM e o CID.

Nesse contexto, a angústia advém como um ponto de interface entre Psicanálise e Psiquiatria, pois em ambas as clínicas se faz presente o tratamento dessa experiência – com suas devidas particularidades e diferenças. Como o afeto da angústia passou a ser inserida na perspectiva de um transtorno, fazendo de uma condição existencial um sintoma a ser eliminado? Tendo em vista a ascensão do neoliberalismo e a simultânea proliferação de diagnósticos a partir dos anos 1980, investigaremos de que forma a Psicanálise vai além do manejo baseado na observação, classificação e eliminação do mal-estar. Ou seja, nós nos guiamos pelas orientações de Freud e Lacan de considerar o sujeito do inconsciente e não apenas a apresentação dos fenômenos do indivíduo. Para tanto, recorreremos aos textos freudianos que fazem menção à angústia, anteriores a 1926, e à *Inibição, sintoma e angústia*, marco da “virada de 26”; em Lacan, teremos como base o Seminário 10: *A angústia*.

Angústia entre Psicanálise e Psiquiatria

A contemporaneidade da clínica, com as numerosas categorias nosológicas e a incidência dos imediatismos de “cura” medicamentosa e eliminação do mal-estar, convocamos a elaborar questões sobre a angústia e suas urgências sinalizadas no corpo. Taquicardia, sudorese, respiração ofegante e outros sinais anunciam um fenômeno que tem lugar tanto na clínica psicanalítica quanto psiquiátrica. A classificação médica, mais especificamente dos transtornos psiquiátricos, aparece com frequência para o psicanalista: cada vez mais chegam sujeitos com diagnóstico de transtorno de ansiedade – no qual se inclui o transtorno do pânico. Como a Psicanálise, a partir das propostas de Lacan, pode oferecer um outro lugar para a angústia, contrariando a lógica medicalizante⁴ em que não há espaço para a falta?

4 Este termo, mais do que medicação, aponta para o processo de apropriação pela medicina de questões do cotidiano, ou seja, o que é próprio da vida comum passa a ser considerado patológico.

Se destacamos a dimensão do afeto para nossa clínica, reconhecemos que a perspectiva psiquiátrica considera a angústia está no nível de um transtorno [de ansiedade]. Mais ainda, essa clínica inclui a angústia na dimensão do sintoma, buscando categorizá-la e curá-la pela via medicamentosa. Para tanto, evidenciamos dois documentos de referência para este trabalho: CID e DSM. A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID), organizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), tem o propósito de uniformizar a linguagem médica e os critérios diagnósticos entre os diversos países do mundo. Atualmente, na décima primeira revisão (CID-11), é adotado no Sistema Único de Saúde brasileiro e apresenta uma reunião de classificações de doenças e problemas relacionados à saúde, listados com seus códigos correspondentes. Já o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) foi elaborado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA). Na atualidade, encontra-se na quinta revisão (DSM-V) e é a referência principal e universal para as classificações dos transtornos mentais. O que encontramos nesse documento são rigorosas classificações acompanhadas de descrições minuciosas, com a pretensão de uma perspectiva atórica, atemporal e operacional (Pereira, 2000).

Inicialmente, não se trata apenas de distanciamentos entre Psicanálise e Psiquiatria no tocante à clínica da angústia, mas também de aproximações possíveis ao longo da antiga relação entre elas. As semelhanças prontamente se apresentam quando percebemos o que há em comum entre as definições das classificações de pânico da APA (2014) e o que Freud (1892/1987, 1893/1987, 1894/1987, 1894/1996) já apontava sobre a angústia em sua primeira teoria, vigente até 1926. No DSM-V, uma das orientações para tal diagnóstico, em termos de pânico, é que se apresente ao menos quatro dos seguintes sintomas:

1. Palpitações, coração acelerado, taquicardia.
2. Sudorese.
3. Tremores ou abalos.
4. Sensações de falta de ar ou sufocamento.
5. Sensações de asfixia.
6. Dor ou desconforto torácico.
7. Náusea ou desconforto abdominal.
8. Sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio.
9. Calafrios ou ondas de calor.
10. Parestesias (anestesia ou sensações de formigamento).
11. Desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (sensação de estar distanciado de si mesmo).
12. Medo de perder o controle ou “enlouquecer”.
13. Medo de morrer. (American Psychiatric Association, 2014, p. 208).

O que foi definido em 2014, em termos nosológicos, já havia sido observado na clínica de Freud em 1894. Sabe-se que Freud reconsidera sua teoria sobre a angústia nos anos de 1920, todavia mantém os achados referentes aos fenômenos corporais, como “irritabilidade, estados de expectativa angustiada, fobias, ataques de angústia completos ou rudimentares, ataques de medo e de vertigem, tremores, suores, congestão, dispneia, taquicardia etc., diarreia crônica, vertigem locomotora crônica, hiperestesia, insônia etc.” (Freud, 1894/1996, p. 89), encontrados no quadro clínico da neurose de angústia.

Temos então, na neurose de angústia, um fenômeno somático (Leite, 2011). Seguiremos a autora no exercício de comparação entre o quadro da angústia descrita por Freud e o pânico, classificação presente no DSM e CID (Transtorno de Pânico – F41.0), no rol dos transtornos de ansiedade. Aqui encontramos uma fenomenologia que se aproxima tanto da Psicanálise como da Psiquiatria, em suas devidas nomenclaturas. Leite (2011) demonstra a semelhança

entre os ataques de angústia em Freud e o diagnóstico psiquiátrico de transtorno de pânico por meio das manifestações no corpo, que se apresentam de forma quase que exclusivamente fisiológica. No caso da angústia,⁵ a excitação libidinal provocada não encontra escoamento adequado e transforma-se em angústia, enquanto o ataque de pânico refere-se a “um surto abrupto de medo intenso ou desconforto intenso” (APA, 2014, p. 208).

Não é mera coincidência que tais descrições se assemelhem. Essa discussão faz referência ao antigo perpassamento da Psicanálise nos manuais de classificação e aponta para os rumos que a Psiquiatria tomou com o posterior desenvolvimento e influência das neurociências.

De fato, a manifestação angustiante no corpo está associada à etimologia da palavra: *angho*, em grego, que corresponde a estrangular, sufocar. Em francês, encontramos tanto *angoisse* como *anxiété*, e no inglês, *anguish* e *anxiety*. Essa palavra em alemão (*Angst*) também não tem um sentido único na língua portuguesa. Embora angústia e ansiedade possam ser consideradas sinônimos para a tradução de *Angst*, palavra utilizada por Freud, este trabalho já anuncia a preferência por angústia, presente nas obras do autor traduzidas do alemão para o português pela editora Companhia das Letras. Ainda, entendemos que essa é uma discussão importante e nada simples em torno do termo “ansiedade”. Considerando ao que ele remete para a Psiquiatria em níveis de circuitos mentais ou até mesmo ao senso comum, é uma discussão compatível com nossa intenção de construir um diálogo entre Psicanálise e Psiquiatria sobre o tema da angústia, exatamente por não termos o objetivo de inseri-la na perspectiva dos transtornos. Ou seja, se ansiedade diz respeito a ansiar por algo, a angústia vai além de uma expectativa, ao inserir em uma tradução subjetiva de algo insuportável de lidar em termos de economia psíquica. Nesse ponto, a ansiedade trabalha com uma dimensão de expectativa da psique, enquanto a angústia aponta para aquilo que é insuportável para o psíquico.

Angst ainda pode estar vinculado ao medo, demonstrando ser ainda maior a problemática em torno da tradução dessa palavra para a língua portuguesa. Essa discussão é apresentada por Hanns:

O termo *Angst* (literalmente significa “medo”) é traduzido geralmente para o português como “ansiedade” (seguindo a vertente da tradução inglesa, *anxiety*) ou como “angústia” (de acordo com a tendência francesa, *angoisse*). Nem sempre é possível diferenciar os termos “medo”, “ansiedade” e “angústia” entre si. Conforme o contexto, tanto *Angst* (“medo”) como *Furcht* (“temor”, palavra também ocasionalmente empregada por Freud) podem corresponder a “ansiedade” e mais raramente a “angústia”; entretanto, a rigor, nem *Angst* nem *Furcht* correspondem em alemão a “ansiedade” ou a “angústia” (1996, p. 62).

5 Cabe salientar que essa definição sobre a angústia corresponde à primeira teoria da angústia, antes da “virada de 1926” com a publicação de *Inibição, sintoma e angústia* e o novo lugar desse afeto diante do recalque. A apresentação no corpo é uma característica que se mantém tanto em Freud ao longo de suas teorias da angústia como no DSM na definição da ansiedade, mas é importante percebermos como Freud vai além da dimensão fisiológica, continua na investigação sobre a angústia e aponta sua função de sinal, como veremos adiante a partir das contribuições de 1926.

A semelhança entre angústia e medo está presente na teoria de Freud (1917/2014, 1920/2010, 1926/2014). Esse dado ratifica a problemática em torno da angústia desde sua definição, e talvez por isso não seja coincidência que a tradução da obra original alemã de 1926, *Hemmung, Symptom und Angst*, tenha trazido a palavra *Angst* traduzida como ansiedade (Imago), medo (L&PM) e angústia (Companhia das Letras). No entanto, há uma ressalva nesse mesmo escrito, no qual Freud atribui especificamente a palavra *Furcht* para se referir ao medo, e *Shreck* para terror. Medo e angústia inicialmente se diferenciam quanto à necessidade da presença (ou não) do objeto, apontando para o uso mais adequado de *Angst* para angústia. Destacamos que essa “designa um estado como de expectativa do perigo e preparação para ele, ainda que seja desconhecido” (Freud, 1920/2010, p. 126). Indeterminado, na angústia, e determinado, no medo: esse é o eixo principal para diferenciá-los, já que há objeto conhecido quando nos referimos às situações de medo. Isto é, para Freud, a angústia não dependeria da presença de um objeto propriamente dito – e isso permanece em toda sua teoria, sendo reformulado apenas com Lacan e a proposição do objeto *a*.

Patologização da angústia: um breve histórico

Para delinear a relação de aproximações e distanciamentos entre Psicanálise e Psiquiatria, faremos um percurso histórico dos manuais em vigor (como vimos, DSM e CID).

A primeira versão do DSM publicada pela APA para fins clínicos se deu em 1952: nesse documento, marcava-se a influência da psicodinâmica psiquiátrica e da Psicanálise por intermédio das noções predominantes de neurose e psicose. Quanto ao primeiro grupo, encontravam-se principalmente os diagnósticos de ansiedade e depressão; no segundo, os delírios e as alucinações (Dunker, 2014), reunindo, ao todo, 106 categorias.

Com maior uniformização, em 1968 foi publicado o DSM-II, mesmo ano da publicação do CID-8. No documento oficial da APA, vemos que a ansiedade é a principal característica da neurose, que veio a ter posteriormente classificação específica de *anxiety neuroses*, ou neurose de ansiedade (que nos servirá de elemento de estudo da *Angstneurose*⁶ proposta por Freud):

Esta neurose é caracterizada por preocupação excessiva e ansiosa, que se estende ao pânico e frequentemente associada a sintomas somáticos. Diferente da neurose fóbica, a ansiedade pode ocorrer em qualquer circunstância e não se restringe a situações ou objetos específicos. Este transtorno precisa ser diferenciado de apreensão normal ou medo, que ocorre em situações perigosas reais. (APA, 1968, p. 39).

Posteriormente, a CID-9 mantém-se em conformidade com o DSM-II, apresentando também a ansiedade no rol das categorias entre os “transtornos neuróticos” (*neurotic disorders*, código 300) – ao lado da histeria, fobia, neurastenia e demais, estariam os estados ansiosos (ou *anxiety states*, código 300.0). Segundo a OMS, em 1976, estes seriam definidos como “várias combinações de manifestações físicas e mentais de ansiedade, não atribuíveis a perigo real e ocorrendo ou em ataques ou como estados persistentes” (tradução nossa).

⁶ Também passível de tradução por ansiedade de neurose, tal como a referida expressão em inglês, embora preferimos neurose de *angústia*.

A fundamentação da classificação psiquiátrica com base na Psicanálise vigora no Manual apenas nas primeiras versões, marcando uma posterior e significativa ruptura com a influência psicanalítica. Birman (1999) aponta como a Psiquiatria foi gradativamente tentando se inserir no campo científico da Medicina do século XX. O processo de transformação, desde o tratamento moral de Pinel e Esquirol até a psicopatologia de base neurobiológica, reformulou a própria dimensão da terapêutica em saúde mental. O esforço para o desenvolvimento da Psiquiatria no contexto das ciências médicas era ameaçado pela influência da Psicanálise. O afastamento das referências psicanalíticas é acompanhado do crescimento da participação da psicofarmacologia, o que mostra a oposição dos paradigmas nesse período (Birman, 1999).

O DSM-III (de 1980), como um sistema multiaxial, traz à tona características do Manual de Psiquiatria de Kraepelin e a prevalência de um modelo descritivo e biomédico para investigação do que seria considerado transtorno. Com 265 categorias, dissolve-se ainda mais a divisória existente entre as “doenças mentais” e os problemas psicossociais do cotidiano (Martinhago & Caponi, 2019). Sobre as significativas alterações apresentadas no DSM-III, ainda de acordo com as autoras,

O DSM III é o marco da mudança de paradigma no âmbito da psiquiatria, que até o momento era regida, principalmente, com fundamentação na psicanálise. As patologias psiquiátricas passam a ser definidas por agrupamentos de sintomas, o que ocasionou a supressão das histórias de vida, das narrativas dos pacientes, das causas psicológicas e sociais que possivelmente causaram algum sofrimento psíquico e/ou sua manifestação em determinado comportamento (p. 79).

Nesse campo de disputas, vemos na terceira versão do DSM o termo neurose de angústia ser substituído por transtorno do pânico. Não podemos considerar que isso se trata de uma simples troca de termos, mas de toda uma perspectiva clínica em que não existiriam mais neuroses, e sim transtornos (Chiabi, 2014). Em outras palavras, o que está na ordem do psíquico cede lugar para o que é orgânico – e suas correlatas terapêuticas farmacológicas. Cabe salientar que a crítica aos moldes das classificações encontradas nas versões do DSM não parte apenas dos psicanalistas, porém também de fenomenólogos; nessa perspectiva, os manuais teriam de alguma forma “manipulado” a fenomenologia clássica ao retirar seu rico conteúdo filosófico pelos interesses de um uso mais pragmático dos fenômenos (Alarcón, 2009).

A angústia, termo tão caro aos filósofos, passa então a ser apropriada pelo discurso da Neurobiologia. Como afirma o psiquiatra e psicanalista Mario Eduardo Costa Pereira (2000, p. 184), houve uma importante transformação que diz respeito a “um estado afetivo específico e perturbador cuja instalação não dependeria da subjetividade ou da história daquele que o experimenta, mas apenas da materialidade biologicamente herdada de seus sistemas neuronais”.

A ênfase nos modelos organicistas e a valorização de categorias propriamente psiquiátricas, como síndromes e distúrbios, é apontada também por Roudinesco (2000), quanto à publicação do DSM-IV (1994) e a consequente exclusão da subjetividade. Categorias já existentes passam a ser desmembradas em numerosas novas classificações sindrômicas: a histeria, por exemplo, cede lugar a dissociação, dismorfia corporal, depressão, ansiedade e fibromialgia (Martinhago & Caponi, 2019).

O DSM-V, a versão mais atual do Manual da APA, foi publicado em 2013 e organizado em mais de 300 categorias. Dunker (2014) faz uma importante ressalva ao questionar as inovações científicas apresentadas nessa versão. Na verdade, conforme o autor, trata-se de redefinições dos sintomas em termos de déficits, alterações e desvios. Os psiquiatras estadunidenses Lewis-Fernández & Aggarwal (2013) apontam que foram produzidas por psiquiatras transformações das reações às adversidades e experiências complexas em nomenclaturas fixas das doenças (*diseases*). O que encontramos de mais recente no DSM, especificamente em relação à ansiedade (Transtorno de Ansiedade Generalizada, correspondente ao código F41.1 da CID-10), está brevemente exposto a seguir.

As características essenciais do transtorno de ansiedade generalizada são ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva) acerca de diversos eventos ou atividades. A intensidade, duração ou frequência da ansiedade e preocupação é desproporcional à probabilidade real ou ao impacto do evento antecipado. O indivíduo tem dificuldade de controlar a preocupação e de evitar que pensamentos preocupantes interfiram na atenção às tarefas em questão. (APA, 2014, p. 223).

Esse debate em torno das numerosas nomenclaturas não pode ser desvinculado da influência da farmacologia e do fenômeno da medicalização. A isso, podemos retomar a noção de biopoder de Foucault, cujos sistemas de poder e de saber detêm domínio sobre “causar a vida ou devolver à morte”, em substituição do anterior “causar a morte ou deixar viver” (Foucault, 1999, p. 129); no caso do saber institucionalizado da Medicina, a medicalização seria uma forma de operar esse domínio sobre a vida.

As instituições disciplinares e a biopolítica formam uma aliança útil no exercício da gestão da vida, que encontra, no fenômeno da medicalização, um lugar de ação, visto que a medicalização se caracteriza pela intervenção médica sobre o plano da vida dos sujeitos, exercendo um controle sobre a população e o indivíduo. (Zorzanelli & Cruz, 2018, pp. 725-726).

Assim, entendemos a medicamentação como um termo complementar, especificando o uso de fármacos para o tratamento do que foi medicalizado. Concordamos com as autoras Rosa e Winograd (2011, p. 43), em relevante e atual estudo sobre o tema, que “O processo de medicamentação do mal estar psíquico tornou-se peça fundamental de um mecanismo de poder sobre a vida próprio do contemporâneo, em que os valores de autonomia e eficácia prevalecem na constituição das subjetividades”.

De acordo com Ehrenberg (1995/2010), os indivíduos do nosso tempo são marcados pelo culto à performance: o autor considera que, devido às novas configurações do trabalho pautadas em competitividade, concorrência e busca pela excelência, o indivíduo é levado a potencializar sua performance ao máximo. Nesse estado de constante exigência de desempenho, o fracasso é visto como impotência pessoal. Se o indivíduo não foi capaz de se transformar em uma máquina de produtividade, nessa lógica, cabe a ele receber um tratamento para eliminar o mal-estar que o impede de produzir, o qual é justificado pelas descompensações cerebrais.

A descoberta das drogas psicoativas, a partir dos anos 1950, produz uma transformação na maneira de lidar com o sofrimento psíquico, que passa a prescindir da história de vida do paciente: o que estaria na ordem do mental passa a ser localizado nos desequilíbrios químicos

do cérebro. Tendo isso em vista, podemos observar com Miller (1997) a condição de pensar sobre os fenômenos clínicos a partir dos efeitos que os medicamentos podem oferecer (que passaram a ser os maiores organizadores da clínica psiquiátrica). Esse debate tem como base o aumento das categorias diagnósticas desde a ascensão do neoliberalismo, acompanhadas pelas terapêuticas médico-farmacológicas correspondentes. Nesse cenário, um dos pontos principais a ser ressaltado é a função de produzir novas patologias, por parte da Psiquiatria, para endossar o consumo de psicofármacos, uma manobra que se insere na lógica da performance do indivíduo tal como a gestão de uma empresa (Safatle, Silva, & Dunker, 2021).

Laia e Aguiar (2017) fazem considerações necessárias sobre as estratégias da indústria farmacêutica nesse contexto: a propaganda da condição ou doença a ser tratada por determinado medicamento serve como proposta de um modo de vida passível de ser ajustado à normalidade. No caso dos psicotrópicos, tais como os antidepressivos e ansiolíticos, Roudinesco (1999/2000, p. 21) aponta que eles têm “o efeito de normalizar comportamentos e eliminar os sintomas mais dolorosos do sofrimento psíquico, sem lhes buscar a significação”. Dessa forma, existe uma conduta de equivalência entre sintomas observados e diagnósticos ofertados nos manuais, sem que haja uma devida consideração do sujeito. “[...] a teoria freudiana leva em consideração as questões causais e contextuais, enquanto os manuais propõem categorias baseadas em dados empíricos com possibilidade de generalização dos resultados” (Machado & Ravello, 2014, p. 334).

Aqui reside um ponto de divergência fundamental entre as clínicas psiquiátrica e psicanalítica. Na perspectiva desta, a falta é estrutural na constituição do sujeito, mas o que encontramos cotidianamente são as inúmeras tentativas de adequação à “normalidade” do indivíduo em uma ilusão de totalidade e plenitude. O que está em jogo é “calar o sujeito numa classe universal que apreende [o sujeito] sem resto” (Barreto & Iannini, 2017, p. 47). O resultado não poderia ser diferente de passividade e homogeneização, haja vista que

O sujeito é medicado para produzir mais, para dormir menos e melhor, para não se cansar, para ter condições de trabalhar sem dar prejuízo, para ser menos lento. Possui um corpo consertado para supostamente lidar com as possíveis frustrações e condições adversas da vida. Nesse viés, a função que os medicamentos adquirem é a de regulamentar as características de um sujeito, levando a uma unicidade e indiferenciação dos seres (Salvador & Cordeiro, 2020, p. 3).

É por esse viés de um suposto ideal de normalidade que podemos incluir o manejo da angústia na contemporaneidade. Cada vez menos espaço para o mal-estar promove uma busca incessante de mecanismos de atenuação do que é próprio do sujeito ao encontro do traumático. As terapias baseadas na classificação e no reducionismo, como as realizadas mediante medicamentos e as terapias comportamentais, são amplamente ofertadas ao angustiado em descon sideração de uma implicação subjetiva. O ponto em comum dessas tentativas é o discurso perpetuado de individualização e, ao mesmo tempo, universalização do sofrimento, como impotência de cada um na gerência do que lhe acomete. Em resposta a isso, no caso das ferramentas medicamentosas sustentadas pela referência às disfunções químicas cerebrais, possibilitariam uma saída: a oferta de bem-estar para aquele indivíduo que também serviria para todos, de forma universal. Se há algo disfuncional a ser compensado,

a terapêutica há de ser homogênea, não havendo espaço para furos ou falta. É a própria subjetividade sendo excluída.

A mídia e os veículos de comunicação colaboram para esse discurso de exaltação do eu às custas da subjetividade. Qualquer sinal do mal-estar é visto como desnecessário e precisaria ser tamponado com a nova pílula ou o objeto da moda. A proposta da Psicanálise não é desconsiderar o sofrimento, mas contextualizar o sujeito na cultura: o mal-estar, já dizia Freud (1930/2010), advém do viver em civilização. Para tanto, o sofrimento não precisa ser eliminado, porém inserido em uma narrativa que valorize o sujeito angustiado, castrado e, principalmente, desejanste. Na perspectiva psicanalítica da angústia, é “sempre em vão tentar curá-la apenas com psicofármacos, pois ela é inseparável da dialética do desejo” (Chiabi, 2014, p. 140).

Para além do transtorno: a angústia na clínica psicanalítica

A posição do sujeito em torno da angústia demonstra uma singularidade para além de um transtorno psiquiátrico. Nossa crítica não diz respeito aos psiquiatras, mas ao discurso da psicopatologia contemporânea que encerra o sujeito em nomenclaturas e terapêuticas correspondentes. É preciso considerar também o contexto social, político e econômico de nossa cultura, e lembramos que a ascensão do neoliberalismo nos anos 1980 é acompanhada por uma proliferação de diagnósticos, individualização do sofrimento e respostas pragmáticas ao mal-estar. Portanto problematizamos a postura de recusa do inconsciente e o apagamento do sujeito em nome do doente e do consumidor. Na prática medicalizante, questionamos o encerramento das questões em nível dos fenômenos do eu: se por um lado o indivíduo é reduzido à nomenclatura psiquiátrica para eliminação de seus sintomas, por outro a Psicanálise permanece oferecendo um lugar de abertura de sentido para a emergência do sujeito – na qual se pode incluir os transtornos, todavia não se restringindo a eles (e sua “cura”).

Essa discussão já deixa claro o desafio que se apresenta na clínica contemporânea. Não se trata, a partir da Psicanálise de Freud e de Lacan, de recusar o diagnóstico ou desconsiderar aquilo que foi nomeado como transtorno. Na verdade, a proposta é ir além do diagnóstico e, preferencialmente, em trabalho de parceria com o médico quando necessário. Observamos que a fixação em uma identificação como “ansioso” ou “deprimido” é uma recusa da possibilidade de algo de outra ordem, ou melhor, do inconsciente. Também vemos que alguns pacientes chegam ao consultório do psicanalista com o objetivo de se livrar de seus sofrimentos a qualquer custo. Falas como “sou ansiosa” ou “tenho crises de pânico” são acompanhadas de pedidos de alívio imediato, sem que haja uma narrativa em torno dessa queixa. O trabalho de análise é uma saída interessante que permite àquele que sofre vir a se desfazer do peso do diagnóstico recebido por outro caminho que não seja a da mera supressão do mal-estar via psicofármacos. De acordo com Leite,

Pode-se supor que a aceitação, muitas vezes irrestrita, da hegemonia do discurso médico se articula ao alívio psicológico resultante da nomeação de algo que é da ordem do enigma para o sujeito. Essa nomeação, no entanto, acaba por excluir o próprio sujeito e sua responsabilidade sobre o sintoma. A inquietação é silenciada, mas também as possibilidades de inscrição do sujeito e do seu desejo são perdidas (2011, pp. 25-26).

A proposta segue em direção da emergência do sujeito, para que no “ansioso” possa existir um sujeito que se posiciona em meio às demandas de uma sociedade ansiosa e, por isso, fala sobre seu sintoma e *por meio dele*, em sua complexidade para além do diagnóstico psiquiátrico. Por conseguinte, a angústia é um afeto de relevância na clínica, pois tanto Freud como Lacan advertem que a angústia produz o recalque, o que aponta uma relação com o inconsciente. Tendo isso em vista, tomamos a angústia como um motor não apenas do recalque, mas da análise: no *setting* analítico na relação sob transferência, não há o objetivo de eliminação do afeto da angústia, no entanto considera-se-la uma tradução subjetiva e via de acesso ao desejo. A angústia, nesse contexto, não é um sintoma a ser eliminado aos moldes da clínica psiquiátrica, tampouco é um sintoma de acordo com a Psicanálise. Sabemos que se trata de um afeto, contudo, afinal, existe uma relação possível entre afeto e sintoma para o tratamento da angústia na clínica psicanalítica?

Afeto e sintoma: a sintomatização da angústia

A angústia, para a Psicanálise, diferentemente dos outros afetos como tristeza ou raiva, é o afeto que não engana, como já nos orientava Lacan (1963/2005) em referência ao objeto *a*. Enquanto afeto sem representação, ela aponta para a marca do real que é para o sujeito tão avassaladora. Essa consideração nos serve para distinguirmos angústia de sintoma, que é fundamental para nossa discussão neste trabalho. Se encontramos uma correspondência entre sintoma e doença para a clínica psiquiátrica, o que se evidencia desde os ensinamentos de Freud é uma articulação de outra ordem: o sintoma aponta para a dimensão subjetiva e carrega em si um valioso aspecto enigmático, por ser propriamente produto do mecanismo de recalque.

Se, na teoria freudiana, o sintoma é uma expressão do inconsciente que advém do conflito da energia libidinal recalcada (em termos lacanianos, inserido no registro do simbólico), o afeto da angústia é uma experiência do próprio viver que traz a dimensão do real, pois fora da cadeia significativa. Enigma, por um lado, e certeza, do outro. A proposta do tratamento psiquiátrico da angústia é fazer sua equivalência à dimensão do sintoma com o objetivo de curá-lo (leia-se eliminá-lo), sob a perspectiva do transtorno. E o que vemos na teoria e prática psicanalítica é o esforço em separar teoricamente a angústia do sintoma – não para localizar clinicamente qual sofrimento precisaria ser de fato “eliminado”, mas para um manejo próprio do que é formação inconsciente e do que é da ordem do afeto.

Se a angústia está fora da cadeia significativa, pois fora do simbólico, é preciso que haja alguma costura de sentido para acesso à angústia. Pensamos que esse pode ser o sintoma, este sim significantizável. A fobia ou o medo tem um objeto determinado que circunscreve o que na angústia está indeterminado. O caso do pequeno Hans, relatado por Freud (1909/2015), exemplifica esse mecanismo, pois localiza nos cavalos o sintoma fóbico desenvolvido a partir da angústia de castração. Na visão de Soler (2000-2001), trata-se de metaforizar a angústia, convertê-la em medo e a partir disso indicar a proximidade do real. Aqui se faz prontamente a função sintomática para a clínica da angústia. Dito de outra forma, se vimos que a angústia não é sintoma, ao mesmo tempo, a angústia pode ser contornada pela via do sintoma. Ainda que sejam noções diferentes para a Psicanálise, a proposta clínica mostra que um caminho

possível é a partir do sinal [do real], em direção ao que é significativo [simbólico] pela via da sintomatização e assim produzir uma fala em torno do afeto.

A fobia de cavalos no caso Hans nos serve para ilustrar a articulação entre sintoma e angústia. De acordo com Vieira (2001), o sintoma, posterior ao recalque, possibilita um contorno menos difuso para a angústia e a insere na dimensão significativa, representado pelo medo do cavalo deslocado da ameaça do pai. Ainda, o autor confirma que a ação do recalque não é no nível do afeto da angústia, mas dos conteúdos ligados a ela, que “são substituídos, por deslocamento, do conteúdo inicial único: ser castrado pelo pai. Com a formação da fobia, passa-se assim, da angústia ao medo. O medo transforma a castração estrutural em uma ameaça concreta, mitificada e mundana” (Vieira, 2001, p. 60).

Consideramos que uma possibilidade de acesso para a angústia seja pela sintomatização, como a formação do sintoma fóbico. Ou seja, é apenas uma das saídas possíveis entre outras que Lacan (1954-1955/2010) indicou a partir do trabalho de nomeação: dar existência ao que insiste sem nome na experiência angustiante, ao real que se manifesta diretamente no corpo. A nomeação é o trabalho que permite uma abertura ao que antes era da ordem do excesso.

Lacan (1962-1963/2005) introduz a ideia de travessia da angústia: não se trata, como discutimos ao longo deste trabalho, de “curar” a angústia, porém de atravessá-la, ou *superá-la*, como diz o autor, dada sua posição intermediária entre desejo e gozo. O tratamento da angústia, como pretendemos demonstrar, não é o equivalente à sua eliminação, todavia de um modo de lidar com o referido afeto.

Afinal, qual o remédio da angústia?

Para essa pergunta, respostas variadas são possíveis. Nossa aposta é a de que não se trata unicamente de ansiolíticos ou de objetos ofertados para consumo, mas de desejo. Diferentemente de Freud, Lacan considera que a angústia não corresponde à falta (angústia de castração), e sim da falta da falta. Para exemplificar, Lacan (1962-1963/2005, p. 64) traz o exemplo da relação entre pais e filhos, apontando que “A criança fica perturbada ao máximo quando não há possibilidade de falta, quando a mãe está o tempo todo nas costas dela, especialmente a lhe limpar a bunda, modelo da demanda, da demanda que não pode falhar”. Daí advém a função da angústia como sinal, anunciando o perigo posto pela sufocação do desejo. O excesso não dá lugar à falta, e é na falta por onde o desejo circula.

Se a angústia é um afeto que sustenta o desejo, já nos aponta para um lugar que não é o da patologia por si só, e muito menos há de ser eliminada. Existem mecanismos em torno da angústia que possibilitam maior inserção do simbólico em torno do afeto, como apontamos pela via da sintomatização. No caso de Hans, Freud (1909/2015) esclarece uma saída para encobrir a angústia por meio da formação do sintoma fóbico, uma vez que cumpre uma função de localizar o perigo: a angústia passa a ser um medo de um objeto determinado. Nesse caminho, o discurso do sujeito pode dar lugar ao que antes era apenas irreducibilidade ao significativo, ou, seguindo com Hans, a fobia dos cavalos pode ter uma amarração de sentido maior que a imprecisão da mancha preta do focinho, marca da angústia. Por esse motivo, a fobia é uma forma de tratamento da angústia e, como aponta Lacan (1961/1995),

serve para a sustentação da relação com o desejo na angústia, sendo a formação do sintoma fóbico menos um problema do que uma solução nesse contexto.

Tratar a angústia, tendo em vista a práxis psicanalítica, diz respeito a tratar o real pelo simbólico. Isso põe em cena novos rumos para o processo de análise, uma vez que possibilita o contorno pela palavra e uma amarração discursiva que é inédita ao real desse afeto. A angústia, como motor, não é aquilo que pretendemos eliminar mediante um psicofármaco: pelo contrário, a angústia é o que mobiliza o enigma, o desejo de saber e a articulação de sentido por intermédio da palavra ao que era puramente manifestação do real. O sintoma, como posterior ao recalque, localiza-se, portanto, posterior à angústia. Tratar a angústia não é o fim, mas o começo: sintomatizá-la – como por meio da determinação de um objeto na fobia de Hans – é uma possibilidade de avançar no discurso ou justamente a entrada em análise.

Considerações Finais

Neste artigo, demonstramos como o tratamento da angústia diverge se compararmos o lugar que ela ocupa na clínica psicanalítica e na psiquiátrica. A distinção entre afeto e transtorno indica que a angústia não se trata de um mero sintoma a ser classificado, medicado e eliminado. Essa discussão é complexa e não se limita a este trabalho, entretanto apontamos que a proposta lacaniana é ir além da psicopatologia. A supressão da angústia, o afeto por excelência do ser humano, corresponderia ao apagamento do sujeito; vimos que, enquanto afeto da certeza, sinaliza o que há de mais íntimo na sustentação do desejo. O sintoma, por sua vez, não é aquele a ser eliminado; pois o trabalho do analista corresponde a oferecer escuta da dimensão simbólica do sofrimento que até mesmo serve de acesso à angústia. Em outros termos, a sintomatização da angústia é precisamente essa via de amarração de sentido possível que nos permite aproximar as noções tanto de angústia como de sintoma. Não como sinônimos, e sim como um par que pode direcionar o tratamento da angústia tal como demonstrado no sintoma fóbico de Hans.

Por fim, pretendemos neste artigo contribuir para as considerações sobre a clínica da angústia na interface entre Psicanálise e Psiquiatria não apenas na diferenciação entre afeto e sintoma, mas principalmente para deslocar a angústia do lugar unicamente de transtorno. Incluir nesse debate o processo de patologização da angústia ao longo do tempo é fundamental para compreendermos as principais diferenças que se apresentam para o manejo desse afeto na contemporaneidade.

É, portanto, o motivo pelo qual falamos em *tratamento*, e não *cura*: a função do psicanalista não é fazer desaparecer o que é próprio da existência, e sim possibilitar um lugar digno para a angústia, que pode servir como o motor de um trabalho analítico. Ou seja, o tratamento a que nos referimos não corresponde a observar, classificar e eliminar, mas a uma via de sentido possível ao que é do registro do real – e assim possibilitar um processo de elaboração do sujeito em análise. Desangustiar não é o fim, é o motor de uma cadeia discursiva: é preciso desangustiar o sujeito suficientemente para permitir sua inserção na palavra, no entanto não o bastante para impedir que a angústia incite mudanças (Vieira, 2001).

O manejo da angústia na experiência clínica psicanalítica pode produzir outras perspectivas de cuidado, pois vai além da intolerância ao mal-estar e do empuxo à performance. Desse modo, o tratamento em análise não tem como objetivo categorizar o que é normal ou patológico, como as classificações dos transtornos mentais, para enfim adaptar o indivíduo à produtividade, mas de escutar o singular e mobilizar o desejo de saber do sujeito – saber este que é sobre si mesmo.

Referências

- Alarcón, R. D. (2013). Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: Review and projections. *World Psychiatry*, 8(3), 131-139. Recuperado em 07/08/2024 em: <https://doi.org/10.1002%2Fj.2051-5545.2009.tb00233.x>
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM (1a ed)*. Washington, DC.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed. (Obra original publicada em 2013).
- Barreto, F. B., & Iannini, G. (2017). Introdução à psicopatologia lacaniana. In A. Teixeira & H. Caldas (Orgs.). *Psicopatologia lacaniana: semiologia* (Vol. 1, pp. 35-54). Belo Horizonte: Autêntica.
- Birman, J. (1999). A psicopatologia na pós-modernidade: As alquimias no mal-estar da atualidade. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 2(1), 35-49. Recuperado em 07/08/2024 em: <https://doi.org/10.1590/1415-47141999001003>
- Chiabi, S. (2014). A angústia na clínica psicanalítica e na Psiquiatria. *Psicanálise & Barroco em revista*, 12(1), 135-147. <https://doi.org/10.9789/1679-9887.2014.v12i1.%25p>
- Dunker, C. I. L. (2014). Questões entre a Psicanálise e o DSM. *Jornal de Psicanálise*, 47(87), 79-107.
- Ehrenberg, A. (2010). *O culto da performance: da aventura empreendedora à depressão nervosa*. Aparecida: Ideias & Letras. (Obra original publicada em 1995).
- Foucault, M (1999). *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal. (Obra original publicada em 1976).
- Freud, S. (1987). Rascunho A. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. I., pp. 130-132). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1892)
- Freud, S. (1987). Rascunho B. In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. I., pp. 132). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1893)
- Freud, S. (1987). Rascunho E. In Freud, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 1, pp. 141-146). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1894).
- Freud, S. (1996). Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada neurose de angústia. In Freud, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 3, pp. 47-67). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1894).
- Freud, S. (2010). Além do princípio do prazer. In Freud, S. *Obras completas* (Vol. 14,). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1920).

- Freud, S. (2014). Conferência XXV: a angústia. Conferências introdutórias à Psicanálise. In Freud, S. *Obras completas* (Vol. 13, pp. pp. 422-442). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1917).
- Freud, S. (2014). Inibição, sintoma e angústia. In Freud, S. *Obras Completas* (Vol. 17, pp. 09-98). São Paulo: Companhia das Letras. (Obra original publicada em 1926).
- International Classification of Diseases. CID 9. Recuperado em 8 nov. 2022 em: <http://www.centralx.com/diseases/icd273.htm>
- Laia, S., & Aguiar, A. A. (2017). Enigma, objetivação e diluição da loucura. In Teixeira, A. & Caldas, H. (Orgs.). *Psicopatologia lacaniana: semiologia* (Vol. 1, pp. 13-33). Belo Horizonte: Autêntica.
- Lacan, J. (1995). *O seminário, livro 04: a relação de objeto*. Rio de Janeiro: Zahar. (Obra original publicada em 1994).
- Lacan, J. (2005). *O seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Zahar. (Obra original publicada em 1962-1963).
- Lacan, J. (2010). *O seminário, livro 02: o eu na teoria de Freud e na técnica da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar. (Obra original publicada em 1954-1955).
- Leite, S. (2011). *Angústia*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Lewis-Fernández, R., & Aggarwal, N. K. (2013). Culture and Psychiatric Diagnosis. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 33, 15-30. <<https://doi.org/10.1159%2F000348725>>
- Machado, I. D., & Ravello, T. (2014). O conceito de angústia e suas relações com a linguagem. *Revista Subjetividades*, 14(2), 329-342.
- Martinhago, F., & Caponi, S. (2019). Breve história das classificações em Psiquiatria. *Revista INTERthesis*, 16(1), 74-91. <<https://doi.org/10.5007/1807-1384.2019v16n1p73>>
- Miller, J-A. (1997). *Lacan elucidado: palestras no Brasil*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Pereira, M. E. C. (2000). Pânico e desamparo: aspectos teóricos e clínicos do manejo da situação analítica com pacientes com transtorno de pânico. *Revista Psicanálise*, 2(1), 181-202.
- Rosa, B. P. G. D., & Winograd, M. (2011). Palavras e pílulas: sobre a medicamentação do mal-estar psíquico na atualidade. *Psicologia & Sociedade*, 23(spe.), 37-44. <<https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000400006>>
- Roudinesco, E. (2000). *Por que a Psicanálise?*. Rio de Janeiro: Zahar. (Obra original publicada em 1999).
- Safatle, V., Silva Junior, N., & Dunker, C. (Orgs.) (2021). *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Salvador, I. N., & Cordeiro, S. N. (2020). A medicalização no referencial psicanalítico: uma revisão sistemática de literatura. *Revista Subjetividades*, 20(2). <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v20i2.e9572>
- Soler, C. (2000-2001). *Declinaciones de la angustia: Curso 2000-2001*. España: Collège Clinique de Paris.
- Vieira, M. A. (2001). *A ética da paixão*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Zorzaneli, R. T., & Cruz, M. G. A. (2018). O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. *Interface*, 22(66), 721-731. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0194>

From Affection to Disorder: The Anguish Pathologization

Abstract

In this work, we discuss the anguish treatment in psychoanalytical and psychiatric practices. On the one hand, anguish is a subjective expression, which Freud called affection; on the other hand, it's a symptom to be eliminated. We investigate the pathologization movement that transformed anguish into anxiety disorder, analyzing the history of this phenomenon in the classification manuals of diseases and disorders – DSM and CID. In psychoanalytic theory, we consider the contributions on anguish in Freud and Lacan, mainly in *Inhibition, symptom and anxiety* and in the seminar *The Anguish*, respectively. We compare psychoanalytical and psychiatric views related to anguish, as we consider the notions of the lacanian theory of anguish as an affection and its relation with symptom: not the symptom to be eliminated, but deciphered. We seek to follow Jacques Lacan indication on not taking neither anguish and symptom as synonymous, nor anguish and anxiety disorder. We point out, however, that symptom can be one possible way to anguish treatment. In conclusion, we consider the lacanian proposition regarding anguish symptomatization as a way of this affect treatment, such as the conversion into phobia in the Hans case published by Freud.

Key words: Anguish. Anxiety. Symptom. Psychoanalysis. Psychiatry.

Del afecto al trastorno: la patologización de la angustia

Resumen

En este artículo, desarrollamos una discusión sobre el tratamiento de la angustia en la clínica psicoanalítica y psiquiátrica. Por un lado, la angustia es una expresión subjetiva que Freud llamó afecto; por otro lado, es un síntoma a eliminar. Indagamos la patologización de la angustia que la transformó en un trastorno de ansiedad, repasando la historia de este fenómeno en los manuales de clasificación de enfermedades y trastornos – DSM y CID. En teoría psicoanalítica, consideramos los aportes sobre la ansiedad de Freud y Lacan, principalmente en *Inhibición, síntoma y ansiedad* y en el seminario *La Angustia*, respectivamente. Comparamos los enfoques de la angustia tanto en Psicoanálisis como en Psiquiatría, considerando las nociones de la teoría de Lacan de angustia como afecto y la relación con el síntoma: no el síntoma a extirpar, sino a descifrar. Seguimos la indicación de Jacques Lacan de no tomar como sinónimos angustia y síntoma, ni angustia y trastorno de angustia. Destacamos, sin embargo, que el síntoma puede ser una forma de tratar la angustia en análisis. Para concluir, consideraremos la propuesta lacaniana de la sintomatización de la

angustia como una forma de tratar este afecto, como la conversión en fobia en el caso Hans publicado por Freud.

Palabras clave: Angustia. Ansiedad. Síntoma. Psicoanálisis. Psiquiatría.

De l'affection au trouble: la pathologisation de l'angoisse

Résumé

Dans cet article, nous entendons développer une discussion sur le traitement de l'angoisse dans la clinique psychanalytique et psychiatrique. D'une part, l'angoisse est une expression subjective que Freud appelait affect; en revanche, c'est un symptôme à éliminer. Nous étudierons la pathologisation de l'angoisse qui l'a transformée en trouble anxieux, en examinant l'histoire de ce phénomène dans les manuels de classification des maladies et des troubles – DSM et CID. Dans la théorie psychanalytique, nous considérons les contributions sur l'anxiété chez Freud et Lacan, principalement respectivement dans *Inhibition, symptôme et anxiété* et dans le séminaire *L'Angoisse*. Nous confronterons les approches de l'angoisse tant en Psychanalyse qu'en Psychiatrie, en considérant les notions de la théorie lacanienne de l'angoisse comme affect et du rapport au symptôme: non pas le symptôme à extirper, mais à déchiffrer. Nous suivrons l'indication de Jacques Lacan de ne pas prendre pour synonymes angoisse et symptôme, ni angoisse et trouble anxieux. Nous soulignons cependant que le symptôme peut être une manière de traiter l'angoisse analysée. En conclusion, nous considérerons la proposition lacanienne de la symptomatisation de l'angoisse comme une manière de traiter cet affect, comme de le transformer en phobie dans le cas Hans publié par Freud.

Mots-clés: Angoisse. Anxiété. Symptôme. Psychanalyse. Psychiatrie.

Recebido em: 15/12/2022

Aceito em: 30/1/2024