



# DA ANSIEDADE À ANGÚSTIA: CAMINHOS POSSÍVEIS ENTRE A PSICOPATOLOGIA E A PSICANÁLISE

DE LA ANSIEDAD A LA ANGUSTIA: POSIBLES CAMINOS ENTRE LA PSICOPATOLOGÍA Y EL PSICOANÁLISIS

FROM ANXIETY TO ANGUISH: POSSIBLE PATHS BETWEEN PSYCHOPATHOLOGY AND PSYCHOANALYSIS

Gesianni Amaral Gonçalves<sup>1</sup>  
Gabriela Vitória Ferreira Rodrigues<sup>2</sup>  
Júlia Gomes Mourão<sup>3</sup>  
Allison Jorge Ribeiro Valentim<sup>4</sup>  
Izabelle Laini Leão Gomes<sup>5</sup>  
Humberto Barbosa Bergamini<sup>6</sup>  
Taynara Aparecida de Almeida<sup>7</sup>

---

**RESUMO:** A pesquisa intitulada Da ansiedade à angústia: caminhos possíveis entre a psicopatologia e a psicanálise, financiada pelo Programa Institucional de Apoio à Pesquisa (PAPq) da UEMG, possui como objetivo realizar uma análise crítico-comparativa entre os critérios diagnósticos dos Transtornos de Ansiedade (TA) vigentes no DSM-V (Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) com a perspectiva psicanalítica sobre a angústia por Sigmund Freud e Jaques Lacan, com vistas a discutir os impasses e as possibilidades do trabalho psicanalítico face a contemporânea demanda mercadológica de medicalização do sofrimento psíquico. De uma psicopatologia geral à uma psicopatologia fundamental há um movimento pendular que oscila entre essas duas perspectivas na qual uma se baseia em uma abordagem diagnóstica pautada em aspectos biologicistas, cogniti-vista, das categorias diagnósticas, do sistema classificatório do DSM e da CID (Classificação Estatística Inter-nacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde). Do outro lado temos uma abordagem diagnóstica que se preocupa em considerar o sentido do sintoma, os aspectos subjetivos, os afetos, a dinâmica psíquica, os aspectos sociais e econômicos do processo saúde-doença. O caráter normativo da classificação DSM é fundado em uma forte tendência de se classificar o sofrimento psíquico, dentro de uma lógica nitidamente taxonômica que exclui o sujeito determinado pela linguagem. Esse, em detrimento do direito de narrar sua história,

---

<sup>1</sup> Psicanalista. Pós-Doutora em Intervenções Clínicas e Sociais (PUC Minas), Doutora em Estudos Psicanalíticos (UFMG), Mestre em Psicologia (PUC Minas). Professora Titular da Universidade do Estado de Minas Gerais/UEMG. Coordenadora e orientadora do projeto de iniciação científica referente ao Edital 11/2023 do Programa Institucional de Apoio à Pesquisa– PAPQ/UEMG (gesianni@terra.com.br).

<sup>2</sup> Discente do curso de Psicologia da Universidade do Estado de Minas Gerais/UEMG. Bolsista do projeto de iniciação científica referente ao Edital 11/2023 do Programa Institucional de Apoio à Pesquisa– PAPQ/UEMG. gabifrodriques107@gmail.com

<sup>3</sup> Discente do curso de Psicologia da Universidade do Estado de Minas Gerais/UEMG. Membro do grupo de pesquisa do projeto de iniciação científica referente ao Edital 11/2023 do Programa Institucional de Apoio à Pesquisa– PAPQ/UEMG. juliagmourao@gmail.com

<sup>4</sup> Discente do curso de Psicologia da Universidade do Estado de Minas Gerais/UEMG. Membro do grupo de pesquisa do projeto de iniciação científica referente ao Edital 11/2023 do Programa Institucional de Apoio à Pesquisa– PAPQ/UEMG. allison.1696693@discente.uemg.br

<sup>5</sup> Discente do curso de Psicologia da Universidade do Estado de Minas Gerais/UEMG. Membro do grupo de pesquisa do projeto de iniciação científica referente ao Edital 11/2023 do Programa Institucional de Apoio à Pesquisa– PAPQ/UEMG. izabellelaini@gmail.com

<sup>6</sup> Discente do curso de Psicologia da Universidade do Estado de Minas Gerais/UEMG. Membro do grupo de pesquisa do projeto de iniciação científica referente ao Edital 11/2023 do Programa Institucional de Apoio à Pesquisa– PAPQ/UEMG.

<sup>7</sup> Discente do curso de Psicologia da Universidade do Estado de Minas Gerais/UEMG. Membro do grupo de pesquisa do projeto de iniciação científica referente ao Edital 11/2023 do Programa Institucional de Apoio à Pesquisa– PAPQ/UEMG. almeida.a.taynara1@gmail.com

seu mal-estar, seu sofrimento, podendo assim ser alçado à posição de sujeito ao se responsabilizar pelo que fala, é subsumido à posição de objeto de observação.

**PALAVRAS-CHAVE:** Angústia; Ansiedade; Psicanálise; Psicopatologia; Psicologia.

**RESUMEN:** La investigación titulada De la ansiedad a la angustia: posibles caminos entre la psicopatología y el psicoanálisis, financiado por el Programa Institucional de Apoyo a la Investigación (PAPq) de la UEMG, tiene como objetivo realizar un análisis crítico-comparativo entre los criterios diagnósticos de los Trastornos de Ansiedad (TA) vigentes en el DSM-V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales). ) con la perspectiva psicoanalítica sobre la angustia de Sigmund Freud y Jaques Lacan, con miras a discutir los impasses y posibilidades del trabajo psicoanalítico frente a la demanda del mercado contemporáneo de la medicalización del sufrimiento psicológico. De una psicopatología general a una psicopatología fundamental, hay un movimiento pendular que oscila entre estas dos perspectivas en las que una se basa en un enfoque diagnóstico basado en aspectos biológicos y cognitivos, las categorías diagnósticas, el sistema de clasificación del DSM y la CIE (Estadística Clasificación (Asociación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados). Por otro lado, tenemos un enfoque diagnóstico que se preocupa por considerar el significado del síntoma, los aspectos subjetivos, los afectos, la dinámica psíquica, los aspectos sociales y económicos del proceso salud-enfermedad. El carácter normativo de la clasificación del DSM se basa en una fuerte tendencia a clasificar el sufrimiento psicológico, dentro de una lógica claramente taxonómica que excluye al sujeto determinado por el lenguaje. Esto, en detrimento del derecho a narrar su historia, su malestar, su sufrimiento, pudiendo así ser elevado a la posición de sujeto al responsabilizarse de lo que dice, queda subsumido a la posición de objeto de observación.

**PALABRAS CLAVE:** Angustia; Ansiedad; Psicoanálisis; Psicopatología; Psicología.

**ABSTRACT:** The research entitled From anxiety to anguish: possible paths between psychopathology and psychoanalysis, funded by the UEMG Institutional Research Support Program (PAPq), aims to carry out a critical-comparative analysis between the diagnostic criteria for Anxiety Disorders (AD) in force in the DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). ) with the psychoanalytic perspective on anguish by Sigmund Freud and Jaques Lacan, with a view to discussing the impasses and possibilities of psychoanalytic work in the face of the contemporary market demand for the medicalization of psychological suffering. From a general psychopathology to a fundamental psychopathology, there is a pendulum movement that oscillates between these two perspectives in which one is based on a diagnostic approach based on biological and cognitive aspects, diagnostic categories, the classification system of the DSM and the ICD (Statistical Classification). International Association of Diseases and Related Health Problems). On the other hand, we have a diagnostic approach that is concerned with considering the meaning of the symptom, the subjective aspects, the affects, the psychic dynamics, the social and economic aspects of the health-disease process. The normative character of the DSM classification is based on a strong tendency to classify psychological suffering, within a clearly taxonomic logic that excludes the subject determined by language. This, to the detriment of the right to narrate his story, his discomfort, his suffering, thus being able to be elevated to the position of subject by taking responsibility for what he says, is subsumed to the position of object of observation.

**KEYWORDS:** Anguish; Anxiety; Psychoanalysis; Psychopathology; Psychology.

## 1 INTRODUÇÃO

A proposta dessa pesquisa é fruto de um projeto de extensão (Plantão psicológico on-line: acolhimento e prevenção/PPOLAP), que desde o início da pandemia de COVID-19 realiza atendimentos gratuitos a comunidade em âmbito nacional, com uma média de 300 pessoas atendidas por ano. O objetivo geral do projeto de extensão é ofertar uma escuta psicanalítica gratuita, no formato de plantão psicológico on-line, que se configura como uma intervenção clínica. Trata-se de uma prática de atendimento imediato dirigida à escuta dos diversos sentidos do sofrimento psíquico proporcionando, em momentos de crises, a escuta e o acolhimento aos interessados. Portanto, a partir da análise dos dados extraídos dessa ampla experiência de atendimentos gratuitos à comunidade, foi possível demarcar as principais mo-

tivações pela procura dos atendimentos manifestadas nos prontuários, destacando-se vivências de ansiedade e angústia como queixas recorrentes. Dessa cartografia psíquica da experiência do trauma/COVID-19 o significativo ansiedade e angústia destacaram-se ao serem mencionados por mais de 40% dos inscritos para atendimentos no projeto de extensão.

Assim, contextualizamos que a pesquisa aqui apresentada, realizada no período de março a dezembro de 2023, por meio do financiamento do Programa de Apoio à Pesquisa – PAPQ/UEMG, foi constituída de um eixo quantitativo por meio dos dados extraídos do Projeto de Extensão e de uma parte qualitativa voltada à análise dos critérios diagnósticos dos Transtornos de Ansiedade (TA) vigentes do DSM-V com a revisão bibliográfica sobre a Angústia apresentada por Sigmund Freud e Jaques Lacan. O Desenho metodológico adotado para a pesquisa foi constituído por eixos distintos de análise referentes a dois grandes campos que apresentam, por sua vez, distintos modos de estabelecer um diagnóstico. São eles: os quadros clínicos que têm como sintoma marcante a ansiedade; a noção de angústia apresentada por Freud e desenvolvida por Lacan.

Diante os dados quantitativos relevantes, extraídos do projeto de extensão, fomos convocados a dar sequência em nossos estudos buscando compreender a ansiedade e a angústia pela perspectiva da psicopatologia e da psicanálise com vistas a estimular a iniciação científica dos alunos do curso de Psicologia. Dentre os objetivos definidos buscamos mapear as entidades clínicas que formam as categorias diagnósticas dos Transtornos de Ansiedade no DSM-5, bem como estudar através de revisão de literatura o Seminário livro 10: a angústia de Jacques Lacan (1962-1963/2005) e o texto Inibição, sintoma e angústia de Sigmund Freud (1926/1980). Com esse intuito almejamos ampliar o exercício da escuta clínica, tão essencial na realização da prática psicológica de qualidade, de modo que os alunos estejam mais capacitados para a realização de intervenções clínicas no âmbito dos estágios curriculares, bem como, das atividades extensionistas.

## **2 PSICOPATOLOGIA GERAL X PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL**

Emil Kraepelin (1856-1926), considerado o fundador da psiquiatria científica, dedicou a vida em diferenciar e classificar as doenças mentais cuja etiologia é pautada em desordens genéticas e biológicas, ao contrário de seu contemporâneo, Sigmund Freud (1856-1939), que privilegiava os fatores psicológicos das doenças mentais. Desta feita, surgem dois modos distintos de compreender o sofrimento mental e, conseqüentemente, buscar formas de trata-

mento: um modo pautado na compreensão psicológica e outro se atendo somente a critérios operacionais e empíricos.

A psicopatologia geral, concebe o indivíduo como um resultado derivado de conjuntos de dados e estatísticas, os quais são fornecidos por manuais que buscam classificar e padronizar comportamentos diversos. Essa perspectiva, que caracteriza o sujeito como um desvio de uma norma preestabelecida, guarda semelhanças com a visão presente no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), onde critérios pré-determinados definem as características do indivíduo. Entretanto, em contraste com essa visão taxonômica, emerge uma abordagem que reconhece o sujeito como atravessado pelo inconsciente, configurando-se como um sujeito barrado capaz de atribuir sentido aos seus próprios sintomas. Esta perspectiva enfatiza a subjetividade do indivíduo, diferenciando-se da abordagem mais objetiva da psicopatologia geral.

O princípio nosológico-clínico, central na organização contemporânea da psiquiatria, reorganiza elementos relacionados a uma doença, combinando aspectos como etiologia, predisposição, curso da doença, sintomatologia, prognóstico, idade, sexo e hábitos. Tal abordagem permite a consideração da doença como um conjunto de elementos específicos a cada unidade nosológica, um enfoque que continua a influenciar a psiquiatria moderna, “o diagnóstico psicopatológico repousa sobre a totalidade dos dados clínicos, momentâneos (exame psíquico) e evolutivos (anamnese, história dos sintomas e evolução do transtorno)” (DALGALARRONDO, 2019, p. 42). As ideias de Kraepelin ainda exercem uma influência significativa no método diagnóstico do DSM, centrado em signos que representam sinais dotados de significação. De forma análoga à semiologia médica, que, por exemplo, interpreta a febre como um sinal de infecção, a psicopatologia lida com signos que indicam a existência de sofrimento mental, transtornos e patologias. Diferenciando-se de Sigmund Freud, seu contemporâneo, que dava ênfase aos fatores psicológicos das doenças mentais, Kraepelin dedicou-se a distinguir e classificar as doenças mentais com base em desordens genéticas e biológicas. Assim, enquanto Freud explorava as profundezas da psique, Kraepelin estabelecia as bases da psiquiatria científica e dos transtornos mentais.

Os dois modos acima citados referentes ao movimento pendular das perspectivas da psicopatologia, caracterizam os seguintes campos da psicopatologia: psicopatologia descritiva x psicopatologia dinâmica; psicopatologia médica x psicopatologia existencial; psicopatologia comportamental-cognitivista x psicopatologia psicanalítica; psicopatologia categorial x psicopatologia dimensional; psicopatologia biológica x psicopatologia sociocultural; psicopatologia operacional x psicopatologia fundamental (DALGALARRONDO, 2019, p. 42).

Compreendemos algumas disparidades, desde a perspectiva fenomenológica descritiva às psicopatologias comportamentais, até à psicopatologia das forças dinâmicas. De maneira resumida, estas três psicopatologias remetem a caminhos distintos. As Psicopatologias Comportamentais enxergam o ser humano oriundo de contingências, estímulos e aprendizado. O pensamento assim como o comportamento se não adaptado gera sintomas e é visto como psicopatológico (DALGALARRONDO, 2019). As Psicopatologias Cognitivistas vêem o homem como possuidor essencial de uma cognição, isto é, de um funcionamento mental que é regido por crenças reforçadoras. Se estas crenças limitam o indivíduo a uma posição sintomática, algo não foi representado de maneira saudável configurando as crenças disfuncionais (DALGALARRONDO, 2019). Já a Psicopatologia Psicanalítica compreende que “o Eu não é senhor em sua própria morada”. Frase inaugural de Freud para postular que o inconsciente é soberano diante das racionalidades narcísicas do eu. Isto é, existem impulsos (pulsões) que quando não satisfeitas geram tensões. Estas tensões, ou desprazer, entram em conflito com regras e normas culturais e se manifestam em sintomas.

Desta feita, surgem dois modos distintos de compreender o sofrimento mental e, consequentemente, buscar formas de tratamento: um modo pautado na compreensão psicológica e o outro se atendo somente a critérios operacionais e empíricos. Na clínica da escuta psicanalítica, o sintoma se articula as determinações inconscientes como uma instância que demarca a imprecisão e o campo do discurso do Outro capaz de agir na determinação do sujeito. Por isso, o sintoma deve ser tratado pela fala, reintroduzindo aquilo que fora descartado pela medicina, ou seja, o aspecto subjetivo (GONÇALVES, 2022).

Na outra perspectiva, a psicopatologia geral caminha junto aos compêndios e manuais de psiquiatria, que visam justamente levar em consideração a nosografia e taxonomia dos supostos transtornos mentais. O DSM-IV, foi um marco na história da psicopatologia, pois consolidou o método anátomo-clínico na psiquiatria. Esse método se baseia na descrição dos sinais e sintomas da doença, na busca de uma referência anatômica ou biológica para esses sintomas e no estabelecimento da causa da doença. A semiologia, primeira etapa do método, consiste na descrição precisa dos sintomas apresentados pelo paciente. Deste modo ela é essencial para o diagnóstico preciso do transtorno mental. Já a nosografia, a segunda etapa do método, busca identificar grupos de sintomas que se associam a uma mesma condição biológica ou psicológica. A etiologia, terceira e última etapa do método, busca entender as causas da doença e desenvolver tratamentos.

Essa episteme médica cria uma técnica que artificialmente faz aparecer um signo onde não há sintoma: “O olhar médico não se dirige ao corpo concreto, mas aos signos que dife-

rencia uma doença da outra” (FOUCAULT, 1977, p. 7). A semiologia deixa de ser uma leitura para se tornar um conjunto de técnicas que constitui aquilo que o filósofo denomina de anatomia patológica projetiva. Para a anatomia patológica de Bichat o que não está na escala do olhar se encontra fora do domínio do saber possível (GONÇALVES, SIMÕES, MASSARA, 2022). Desta feita, temos que o DSM-IV faz parte da história da psicopatologia e para o desenvolvimento da psiquiatria, pois padronizou o diagnóstico psiquiátrico. Ele é um espelho da evolução do pensamento médico, que passou da observação dos sintomas à busca de uma explicação biológica para as doenças. Sendo assim, compreendemos que tanto para o DSM quanto para a psicopatologia geral, o foco não está em aspectos subjetivos ou de dados socioeconômicos, bem como nas complexidades sociais que influenciam no tratamento, mas sim numa visão estatística e taxonômica.

É por este caminho que começamos a compreender que a história da psiquiatria e suas perspectivas epistemológicas trazem visões que buscam eliminar as singularidades e ou remodelar o comportamento para que as pessoas vivam conforme os valores sociais estabelecidos. Ademais, o pensamento médico tem forte influência na psicopatologia geral e com ele não podemos descartar a visão capitalista e medicamentosa.

Uma questão se anuncia: o que é definitivamente a marca do ser humano que o diferencia dos animais irracionais? Tendo em vista a óptica de um viés psicopatológico geral, temos a ideia de que o homem é provido da razão, da sapiência, de sua capacidade cognitiva, seu intelecto e ainda de seus assessorios anátomo-fisiológicos complexos. Temos ainda a ideia de que o homem é diferente dos outros animais porque possui a capacidade de aprender e repassar seu conhecimento, um certo logos.

Segundo Dunker (2016), há escolas dentro da psicologia que tendem a entender essas disparidades entre o homem e os animais a partir da consciência, da relação com o tempo e a certeza da morte. Existem também perspectivas que aproximam o homem dos animais, como a etologia. Neste caso, o estudo dos comportamentos dos animais tende a mostrar que existem mais semelhanças do que diferenças. Segundo a psicanálise, nas palavras de Dunker (2016), tais disparidades se dão através da linguagem. Os animais possuem sua linguagem, mas não têm domínio por exemplo da complexidade entre significante e significado, de metonímia, metáforas e até do que é chamado de dêiticos: como o ser humano se relaciona com sua própria enunciação. Por outro lado, o homem dirigido pelo inconsciente está sempre afetado pelo simbólico, pela cultura e por estas estruturas de linguagem.

Compreende-se que a constituição do sujeito é determinada pelo traço que o insere na linguagem, traço este que é exemplificado pelo afeto e pelo desejo. O recém-nascido é na

maior parte das vezes desejado pela mãe e com isso o novato na experiência humana é receptor da falta de seu cuidador. Consideramos então que para a psicanálise e para psicopatologia fundamental, o que difere o humano dos outros animais é sua posição frente ao desamparo constitutivo. Por consequência, o ser desejado, recebe o seio da mãe lactante e ao estabelecer essa conexão tem a primeira experiência de afeto. O que seria de fato esse sentimento? Trata-se de um afeto que tem como direção essa relação amorosa com o primeiro objeto de amor da criança que futuramente trocará este objeto por outro (FREUD, 1910/2006, p. 34). Esse afeto linguageiro marca a inserção do homem e estabelece formas de subjetivar-se.

Está posta aqui a especificidade do diagnóstico psicanalítico que opera exclusivamente com a fala buscando aquilo que Freud (1916-1917/1980) já havia postulado, a saber, que o sintoma tem um sentido e estabelece uma conexão com a vida de quem o produz. Além disso, Freud (1913/1980) descreve a função do diagnóstico advertindo quanto ao risco da mecanização da técnica, salientando: “a extraordinária diversidade das constelações psíquicas [...], a plasticidade de todos os processos mentais e a riqueza dos fatores determinantes” de um sintoma (FREUD, 1913/1980, p.164). As recomendações sobre a técnica da psicanálise sinalizam para o risco que conduz a demarcação excessiva de campos diagnósticos, bem como as possibilidades de cometer equívocos. Portanto, para o escopo teórico dessa pesquisa elegemos o campo da psicopatologia psicanalítica (que atua em consonância com a psicopatologia fundamental) como chave de leitura para o objeto de estudo. Aqui a questão diagnóstica toma todo seu valor, dado que trabalhamos com uma clínica da escuta na qual o psicanalista, operando através da transferência, não trabalha como um leitor de fenômenos e sim, como nomeador de um modo de incidência do sujeito na linguagem (FIGUEIREDO; MACHADO, 2000). Diferentemente da perspectiva médica, (amparada pelos manuais de classificação como o DSM) para a qual a definição de diagnóstico indica “conhecimento ou determinação de uma doença pelo(s) sintoma(s), sinal ou sinais e/ou mediante exames diversos (radiológicos, laboratoriais, etc.)” (FERREIRA, 1999, verbete diagnóstico).

### 3 DSM-V E OS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

Na Psicopatologia Geral do DSM-V é apresentado onze subtipos de Transtornos de Ansiedade, com classificações de sintomas comportamentais, cognitivos e físicos para cada um. Os transtornos apresentados são: Transtorno de Ansiedade de Separação; Mutismo Seletivo; Fobia Específica; Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social); Transtorno de Pânico; Agorafobia; Transtorno de Ansiedade Generalizada; Transtorno de Ansiedade Induzido

por Substância/Medicamento; Transtorno de Ansiedade Devido a Outra Condição Médica; Outro Transtorno de Ansiedade Especificado e Transtorno de Ansiedade Não Especificado.

Segundo o Manual, os transtornos de ansiedade englobam condições que apresentam medo e ansiedade em excesso, juntamente com perturbações comportamentais associadas. O medo sendo a reação emocional diante de uma ameaça eminente, seja real ou percebida, enquanto a ansiedade refere-se à antecipação de ameaças futuras. O medo está voltado a períodos de excitabilidade autonômica elevada, necessária para a luta ou fuga, acompanhada de pensamentos sobre perigo imediato e comportamentos de evasão. Por outro lado, a ansiedade está mais associada à tensão muscular e vigilância, preparando-se para perigos futuros, manifestando-se em comportamentos cautelosos ou de esquiva. Em algumas situações, a persistência nos estados de medo ou ansiedade podem ser atenuadas por meio de comportamentos de esquiva contínuos.

Os transtornos relacionados à ansiedade apresentam variações nos tipos de estímulos ou situações. De acordo com o DSM-5 (2014), a característica distintiva dos transtornos de ansiedade reside em sua natureza excessiva ou na persistência além dos períodos apropriados ao desenvolvimento, em contraste com o medo ou a ansiedade adaptativa. Assim, indivíduos com transtorno de ansiedade geralmente amplificam a percepção do perigo nas situações temidas ou evitadas, a avaliação primária sobre a excessividade ou desproporcionalidade do medo ou ansiedade leva em consideração fatores contextuais e culturais. Desta forma, destacaremos aqui três dos onze transtornos de ansiedade descritos pelo DSM-V: Transtorno de Pânico; Agorafobia e Transtorno de Ansiedade Generalizada, por serem esses transtornos frequentemente mencionados como queixa principal dos sujeitos acolhidos em no projeto de extensão intitulado Plantão Psicológico Online: Acolhimento e prevenção.

O Transtorno de Pânico é caracterizado por episódios inesperados e repetidos de ataques de pânico. Um ataque de pânico é uma súbita manifestação de medo intenso ou desconforto, atingindo seu auge em questão de minutos e acompanhado por quatro ou mais dos treze sintomas físicos e cognitivos estabelecidos, tais como: 1) palpitações, aceleração cardíaca, 2) sudorese, 3) tremores, 4) sensação de falta de ar, 5) asfixia, 6) dor torácica, 7) náusea, 8) tontura, instabilidade, vertigem, 9) calafrios ou calor excessivo, 10) parestesias, 11) desrealização, despersonalização, 12) medo de perder o controle ou enlouquecer, 13) medo de morrer (DSM-5, 2014). Tais sintomas explicitam a manifestação da angústia no corpo.

A recorrência, neste contexto, indica a ocorrência de mais de um ataque de pânico inesperado. A característica "inesperada" refere-se à ausência de qualquer indício ou desencadeante óbvio no momento do episódio, ou seja, o ataque parece surgir de forma súbita, co-

mo durante um período de relaxamento ou ao despertar do sono (conhecido como ataques de pânico noturno). Em contraste, os ataques de pânico esperados são aqueles para os quais há um indício ou desencadeante evidente, como em situações que os ataques ocorrem regularmente.

A característica da agorafobia manifesta-se através do receio intenso ou ansiedade exacerbada desencadeados pela exposição atual ou antecipada a pelo menos duas das cinco circunstâncias seguintes: 1) utilização de meios de transporte público, como automóveis, ônibus, trens, navios ou aeronaves; 2) permanência em espaços descobertos, como áreas de estacionamento, mercados ou pontes; 3) permanência em ambientes fechados, como lojas, teatros ou cinemas; 4) aguardar em filas ou estar no meio de uma multidão; ou 5) sair sozinho de casa. Não se pretende que os exemplos de cada situação sejam exaustivos; outras circunstâncias podem igualmente gerar apreensão. Quando confrontados com o medo e a ansiedade associados a essas situações, os indivíduos frequentemente vivenciam pensamentos de que algo negativo pode ocorrer (DSM-5, 2014).

A intensidade do medo experimentado pode variar conforme a proximidade da situação temida e pode manifestar-se tanto na antecipação quanto na presença efetiva da situação agorafóbica. Adicionalmente, esse medo ou ansiedade pode se manifestar na forma de um ataque de pânico completo ou sintomas parciais. O medo ou ansiedade é acionado praticamente todas as vezes que o indivíduo se depara com a situação temida. Logo, uma pessoa que ocasionalmente sente ansiedade em uma situação agorafóbica (por exemplo, ao aguardar em fila ou em apenas uma em cada cinco ocasiões) não seria diagnosticada com agorafobia. O indivíduo procura ativamente evitar a situação ou, caso não consiga ou opte por não o fazer, experimenta medo ou ansiedade intensos. A evitação ativa significa que o indivíduo está, naquele momento, adotando comportamentos intencionais para prevenir ou minimizar o contato com situações agorafóbicas. Essa evitação pode ser de natureza comportamental (por exemplo, alterar rotinas diárias, escolher empregos próximos para evitar o uso de transporte público, organizar a entrega de alimentos para evitar entrar em lojas e supermercados) ou cognitiva (por exemplo, utilizar distração para enfrentar situações agorafóbicas). Em alguns casos, a situação pode se agravar a ponto de a pessoa se isolar completamente em sua residência. Frequentemente, o enfrentamento de uma situação temida é mais viável quando o indivíduo está acompanhado por alguém, como um parceiro, amigo ou profissional de saúde (DSM-5, 2014).

As principais características do transtorno de ansiedade generalizada englobam uma manifestação intensa de ansiedade e preocupação excessiva, caracterizada por uma expectativa apreensiva em relação a diversas situações ou atividades. A magnitude, extensão e fre-

quência dessa ansiedade e preocupação são notavelmente desproporcionais à probabilidade real ou ao impacto efetivo dos eventos antecipados. O indivíduo afetado enfrenta desafios para gerenciar a inquietação e para evitar que pensamentos ansiosos interfiram na atenção dedicada às tarefas em execução (DSM-5, 2014).

As características que demarcam o transtorno de ansiedade generalizada de uma ansiedade não patológica são distintas em diversos aspectos. Inicialmente, as inquietações vinculadas ao transtorno de ansiedade generalizada revelam-se excessivas, exercendo, frequentemente, uma interferência substancial no funcionamento psicossocial. Por outro lado, as preocupações inerentes à ansiedade cotidiana não apresentam tal magnitude exacerbada, sendo percebidas como mais gerenciáveis e suscetíveis a serem postergadas diante de questões mais prementes (DSM-5, 2014). As apreensões associadas ao transtorno de ansiedade generalizada manifestam de maneira mais difusa, intensa e angustiante. Estas não apenas perduram por períodos prolongados, mas também frequentemente emergem sem a presença de precipitantes claros, acentuando a complexidade e a profundidade da aflição experimentada pelos indivíduos afetados.

#### **4 DE FREUD À LACAN: A ANGÚSTIA**

Freud em seus estudos iniciais acerca da angústia, aponta que os fenômenos angustiadores eram ligados a libido que fora reprimida, nos Estudos Sobre a Histeria (1893-1895/1980) ele relata ter notado que certas práticas sexuais geravam nos indivíduos ataques de angústia e/ou uma predisposição geral à angústia. O psicanalista evidencia a importância das distinções diagnósticas e causais dos sintomas histéricos, da angústia e dos quadros orgânicos para possibilitar um tratamento psicanalítico. É fundamental sublinhar que a angústia vivida no corpo juntamente com os sintomas corporais da histeria, consistem em modalidades do fenômeno clínico que permitiram a Freud delinear uma concepção inovadora acerca da inter-relação corpo, psíquico e angústia. O que está envolvido na paralisia histérica é a ideia do corpo afetado pela libido como defesa face a angústia, e não noções de anatomia do sistema nervoso. Desta constatação passamos do campo da medicina, da anatomia e da lesão no órgão para à área da psicologia e para o pensamento da psicanálise que estava surgindo com essas descobertas.

As concepções de Freud sobre a etiologia das neuroses nessa época possibilitaram a seguinte divisão: psiconeuroses (histeria e neurose obsessiva) e neuroses atuais (neurastenia e neurose de angústia). Segundo Strachey (1969), editor da Standard Edition, no ano de 1895,

Freud encontrava-se em transição no processo de passar das explicações fisiológicas dos estados psicopatológicos para as explicações psicológicas. Ele assim resume as propostas de Freud neste contexto:

Por um lado, propunha o que era, em linhas gerais, uma explicação química das neuroses “atuais” – neurastenia e neurose de angústia [...] e, por outro, propunha uma explicação essencialmente psicológica – em termos de “defesa” e “recalcamento” – para a histeria e as obsessões (STRACHEY, 1969, p. 27).

Se naquela época o psicanalista ainda estava empenhado em formular os dados da psicologia em termos neurológicos, sabemos que pouco tempo depois, ao propor a existência dos processos mentais inconscientes, esse projeto é substituído pelo interesse em desvendar os enigmas das neuroses e pela criação da psicanálise. Vemos assim um movimento freudiano, efetuado no final do século XIX, que vai na contramão do movimento contemporâneo que almeja explicar o homem e suas diferentes formas de viver e de sofrer em termos estritamente biológicos.

No desbarvar desse caminho, Freud (1892/1980), levanta alguns problemas acerca da etiologia da neurose de angústia, propondo quatro fatores etiológicos para esse tipo de neurose: o esgotamento devido às formas de satisfação anormais; a inibição da função sexual; afetos concomitantes a essas práticas, e os traumas sexuais anteriores ao início da idade da compreensão. Em 1894, Freud correlaciona a neurose de angústia à tensão sexual. Assim, a neurose de angústia surgiria como consequência do acúmulo de excitação física sexual não descarregada. Ele argumenta que, quando essa tensão atingisse certo limiar, seria despertado o afeto psíquico. Entretanto, a conexão psíquica oferecida não se apresentaria como suficiente e, como consequência, não haveria a formação do afeto sexual, ficando, assim, a tensão sexual física sem uma ligação psíquica. Com isso, se daria a transformação dessa mesma tensão em angústia.

Em *Inibição, Sintoma e Angústia* (1926/1980), Freud formula a segunda teoria da angústia, onde ele conclui que a angústia é um estado afetivo que causa sensação desprazerosa, que pode ocasionar, também, algumas sensações físicas, que são colocadas como reações de descargas em trilhas específicas. Porém, o autor aponta que não se interessa pela fisiologia da angústia, mas possui um intuito de encontrar o que sustenta tal afeto. Assim, a partir da segunda teoria da angústia, o termo é colocado por Freud como um perigo exterior que constitui para o sujeito uma ameaça real, a angústia como um sinal que aponta para um fenômeno que está posto no limite do eu diante a ameaça de algo.

Nesta obra, Freud (1926/1980), coloca o nascimento como sendo a primeira experiência de angústia, apontando que ela surgiu como reação a um estado de perigo primordial, o primeiro trauma que coloca o sujeito em situação de desamparo, isso significa que muitos estímulos estão postos naquele momento e é impossível descarregá-los. Ele diz: “A angústia sentida ao nascer tornou-se o protótipo de um estado afetivo que teve de sofrer as mesmas vicissitudes que os outros afetos” (FREUD, 1926/1980, p.159).

Nesse mesmo texto, o psicanalista utiliza como exemplo o caso do Pequeno Hans, para representar o funcionamento dos sintomas e inibições perante a angústia. Freud menciona que: “O inexplicável medo de “Little Hans” por cavalos era o sintoma e sua incapacidade de sair à rua era uma inibição, uma restrição que o ego do menino impusera a si mesmo a fim de não despertar o sintoma de angústia” (FREUD, 1926/1980, p. 123). Assim, a representação ocorre a partir do momento em que ele ressalta, o medo de cavalos como o sintoma, a incapacidade de sair à rua como a inibição e que tudo isso se dá para que não se desperte no eu, o sintoma de angústia.

Através dessas implicações feitas pelo autor, é possível enfatizar a ideia de que a angústia é um sinal, ou seja, ela é concebida como uma reação ou preparação para o perigo. Assim, nas teorias freudianas, a formação da angústia ocorre no eu e nessa instância psíquica ela é repetida, sendo assim é possível notar que o sintoma é uma maneira de poupar o eu da situação de perigo. Assim, possui dois aspectos, um deles acontece internamente, a subtração do eu diante o perigo, e o outro aspecto possui a formação substitutiva, um mecanismo de defesa que tenta obter o prazer de outras formas. Isto é, quando há um impulso pulsional perigoso ele é recalçado através da defesa e assume um curso específico para que o eu faça garantia desse recalque. Destarte, o sujeito elege um objeto fóbico para se proteger da angústia. Isso fica explicitado nos transtornos de ansiedade anteriormente mencionados, como por exemplo, quando o objeto fóbico se manifesta em meios de transporte público ou espaços abertos entre outros.

Vemos que o tema da angústia em Freud passou por diferentes momentos conceituais. Poderíamos pensar que o caso Hans e a descoberta do complexo de castração possibilitaram ao autor seguir em direção ao que no texto “Inibições, sintomas e angústia” representou um momento de mudança teórica. Nesse momento, a angústia deixa de ser consequência do recalçamento, mas inversamente, passa a ser seu próprio motor, assim, ouçamos a ideia freudiana: “O afeto da angústia (...) proveio, não do processo de recalque, não das catexias libidinais dos impulsos recalçados, mas do próprio agente repressor” (FREUD, 1926/1980, p. 131). Assim temos que toda angústia é angústia de castração.

Em síntese, extraímos desse momento da teoria freudiana, duas modalidades de origem da angústia: a-) involuntária, automática, econômica e ocorrendo “sempre que uma situação de perigo análoga ao nascimento se havia estabelecido” (FREUD, 1926/1980, p.160); b-) produzida pelo eu “logo que uma situação dessa espécie simplesmente ameaça ocorrer, a fim de exigir sua evitação” (FREUD, 1926/1980, p.160). Nesse mesmo texto, temos uma distinção importante feita por Freud entre angústia e medo. A angústia (Angst) está relacionada a uma expectativa, ansiedade por algo, indefinição e falta de objeto e o medo (Furcht) quando tiver encontrado um objeto. Assim, a angústia na teoria freudiana é sem objeto ao passo que o medo possui um objeto bem delimitado.

A ansiedade [Angst] tem inegável relação com a expectativa: é ansiedade por algo. Tem uma qualidade de indefinição e falta de objeto. Em linguagem precisa empregamos a palavra ‘medo’ [Furcht] de preferência a ‘ansiedade’ [Angst] se tiver encontrado um objeto”. (FREUD, 1926/1980, p.162)

De forma contrária à Freud, Lacan no Seminário 10: a angústia (1962-1963/2005) defende que a angústia não emerge pela falta de objeto, mas na presença dele, especificamente do objeto a. Para Lacan: “[...] constitui um erro dizer que a angústia é sem objeto” (LACAN, 1965-1963/2005, p. 87). Dessa forma, na teoria de Lacan, a angústia está diretamente relacionada com a dialética da presença/ausência do desejo do Outro. Ou seja, a ameaça da presença do objeto a, o objeto de causa do desejo e também, representante da falta, é o que ocasiona a angústia. Assim, para Lacan (1962-1963/2005), o que é anterior a tudo, inclusive da angústia, é a presença do Outro. Esse Outro, antes de saber da nossa relação com o seu desejo quando há a presença da angústia, o colocamos primeiro ali com o A maiúsculo (Autre). A partir disso é que Lacan afirma que “o desejo do homem é o desejo do Outro” (LACAN, 1965-1963/2005, p. 53).

Dessa forma, esse Outro para Lacan é constituído como inconsciência e é nesse plano que o nosso desejo é implicado. Ou seja, “O Outro concerne a meu desejo na medida do que lhe falta e de que ele não sabe. É no nível do que lhe falta e do qual ele não sabe que sou implicado (...)” (LACAN, 1962-1963/2005, p. 32). A existência do Outro não só dá acesso ao nosso desejo, como o sustenta, e sustenta também o nosso lugar de sujeito dividido, faltoso, o que expressa a dependência necessária do sujeito em relação ao Outro.

A dimensão da angústia, elaborada por Lacan perpassa também pela estrutura da demanda: “A existência da angústia está ligada a que toda demanda, mesmo a mais arcaica, tem sempre algo de enganoso em relação àquilo que preserva o lugar do desejo” (LACAN, 1962-

1963/2005, p. 76). Para exemplificar a dimensão da demanda, ele elabora a partir da relação da mãe-bebê, no que concerne a dinâmica da presença/ausência da mãe em relação à demanda da criança. Ou seja, a mãe ao corresponder a todas as demandas do bebê, ela o dá uma falsa resposta, já que a saturação total da demanda provoca a manifestação da angústia. Há sempre um vazio que se deve preservar, nem positivo, nem negativo da demanda para que um sujeito se estruture como sujeito dividido, e, portanto, desejante.

Ao tomar a angústia como signo do desejo do Outro, Lacan propõe a fábula do louva-a-deus para exemplificar a relação essencial da angústia com o desejo argumentando que “deve ser a chave do que a doutrina freudiana introduz sobre a subjetividade: Che vuoi? Que quer?” (LACAN, 1965-1963/2005, p. 14).

A partir disso, Lacan (1962-1963/2005) estabelece uma relação fundamental da angústia com nossa posição em relação ao desejo do Outro, ou seja, ao ficarmos à deriva do Outro, sem saber quando é que esse desejo vai nos capturar ou nos largar, surge a angústia. Em vista disso, a angústia seria precisamente um afeto que sinaliza a emergência do desejo do Outro entendido como algo real. Sigamos a orientação lacaniana: “O que é a angústia? Afastamos a ideia de que seja uma emoção. Para introduzi-la, direi que ela é um afeto” (LACAN, 1965-1963/2005, p. 23). Um afeto que vem da dimensão do Real e não engana. Um afeto, que como destaca o psicanalista:

Ele não é recalado. Isso, Freud o diz como eu. Ele se desprende, fica à deriva. Podemos encontrá-lo deslocado, enlouquecido, invertido, metabolizado, mas ele não é recalado. O que é recalado são os significantes que o amarram (LACAN, 1965-1963/2005, p. 23).

Esse afeto à deriva, está presente na etiologia dos quadros clínicos que marcam os Transtornos de Ansiedade, deslocado em objetos variados, invertido em situações fóbicas, metabolizado em comportamentos compulsivos, mas sempre à deriva, não recalado. Portanto, cabe a indagação: não seria uma direção clínica da psicanálise, em casos dessa ordem, possibilitar aos sujeitos angustiados ou ansiosos um destino para esse afeto?

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou realizar uma análise crítico-comparativa entre os critérios diagnósticos dos Transtornos de Ansiedade (TA) vigentes no DSM-V com a perspectiva psi-

canalítica sobre a angústia desenvolvida por Sigmund Freud e Jaques Lacan. Para tanto, elegemos a ótica da psicopatologia distinguindo suas diferentes perspectivas.

Os distúrbios de ansiedade, descritos no manual, caracterizam a ansiedade como a apreensão de possíveis ameaças futuras. A ansiedade frequentemente se manifesta por meio de tensão muscular, vigilância em preparação para futuros perigos e comportamentos cautelosos ou evitativos. As diferentes categorias de distúrbios de ansiedade se distinguem umas das outras pelos tipos de objetos ou situações que provocam medo, ansiedade ou comportamento evitativo, bem como, pelas ideias e crenças associadas.

O caráter normativo da classificação DSM é fundado em uma forte tendência de classificar o sofrimento psíquico, dentro de uma lógica nitidamente taxonômica que exclui o sujeito determinado pela linguagem. Esse, em detrimento do direito de narrar sua história, seu mal-estar, seu sofrimento, podendo assim ser alçado à posição de sujeito ao se responsabilizar pelo que fala, é subsumido à posição de objeto de observação. Os avanços da medicalização ampliaram a descrição e a nomenclatura dos diagnósticos e expandiram as indústrias farmacêuticas que se tornaram a detentora do poder controlador do sofrimento psíquico e do mal-estar da sociedade. Tal perspectiva impõe muitos impasses à clínica psicanalítica convocando aos analistas e praticantes de psicanálise a avançarem nos estudos e pesquisas que possam fazer frente a tais desafios.

Compreende-se a psicopatologia geral como o estudo dos transtornos mentais com o objetivo de fornecer a referência, a classificação e a explicação para as modificações do modo de vida, do comportamento e da personalidade de um indivíduo que se desvia da norma. Já a psicopatologia fundamental é aquela que busca o estudo do que é constitutivo do sujeito, do que é universal e não desviante se ocupando do estudo da narrativa do sofrimento (pathos) psíquico (DALGALARRONDO, 2019). O campo da psicopatologia é portanto, marcado por um movimento pendular que oscila entre essas duas perspectivas na qual uma se baseia em uma abordagem diagnóstica pautada em aspectos biologicistas, organicistas, cog-nitivista, das disfuncionalidades, das categorias diagnósticas, dos aspectos cerebrais neuro-químicos e neurofisiológicos, do sistema classificatório do DSM e da CID. Do outro lado temos uma abordagem diagnóstica que se preocupa em considerar o sentido do sintoma, os aspectos subjetivos, o sofrimento como modo particular da existência, os afetos, a dinâmica psíquica, os aspectos sociais, culturais e econômicos do processo saúde-doença.

Na dimensão psicopatológica a angústia se entrelaça e se sobrepõe com a ansiedade, muitas vezes sendo usadas como sinônimos, tanto por psiquiatras como por psicanalistas, entretanto, elas ainda carregam diferenças a partir de um olhar mais rigoroso tanto pela psi-

quiatria como pela psicanálise (SIMONETTI, 2011). Na Psicopatologia Fundamental, o que se entende como angústia é sempre referenciada pelo sujeito. Na clínica médica, as formas de manifestação da angústia são, em muitos casos, tidas como se os sujeitos não tivessem “nada”. Entretanto, para Simonetti (2011) esse “nada”, dito pelos clínicos, aponta para uma verdade constitutiva do ser humano, ou seja, o nada que ele defronta pela vida que lhe causa angústia e ansiedade.

A angústia é, frequentemente, abordada como ansiedade. Questionamos se esses dois termos se referem a mesma coisa. Concordamos com Simonetti (2011) que a distinção entre angústia e ansiedade não é precisa, mesmo havendo a possibilidade de distinção entre esses dois pathos. A guisa de uma conclusão utilizamos a analogia feita pelo autor: “Na vastidão gelada do ártico um esquimó é capaz de enxergar e nomear mais de vinte tonalidades diferentes de branco” (SIMONETTI, 2011, p. 137). Assim como um esquimó, o psicanalista pode supor um saber sobre o vazio da angústia, desde que o sujeito que sofre possa dizer algo sobre esse afeto que não engana. É por essa fala endereçada a um Outro que a práxis da psicanálise existe e indica o caminho a ser seguido.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BERRIOS, G. E. Psicopatologia descritiva: aspectos históricos e conceituais. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, 15, 171-196, 2012.

DALGALARRONDO, Paulo. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

DUNKER, Christian. Qual é a diferença entre humanos e animais? Falando n'isso7 [Vídeo]. YouTube, 20 mar. 2016. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=UVDJpmxU3Yo&t=4220s>. Acesso em: 28 nov. 2023.

FERREIRA, A. B. H. *Dicionário Aurélio eletrônico: Século XXI* [1 CD-ROM. Versão 3.0. Não paginado]. São Paulo: Nova Fronteira, 1999.

FIGUEIREDO, Ana Cristina, MACHADO, Ondina Maria Rodrigues. O diagnóstico em psicanálise: do fenômeno à estrutura. *Revista Ágora*. V. 3, p. 65-86, 2000. Recuperado em 30/07/2018 em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-14982000000200004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982000000200004).

FREUD, S. Histeria (1888). In: \_\_\_\_\_. *Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. I).

FREUD, S. Rascunho A (1892). In.: \_\_\_\_\_. Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. I).

FREUD, S. Rascunho E. Como se origina a angústia (1894). In.: \_\_\_\_\_. Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. I).

FREUD, S.; BREUER, J. Casos clínicos – Caso Srta. Elisabeth von R. (1893-1895). In.: \_\_\_\_\_. Estudos sobre a histeria. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. II).

FREUD, Sigmund. Cinco lições de psicanálise (1910). In: FREUD, Sigmund. Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 2006. v. XI.

FREUD, Sigmund. Sobre o início do tratamento (1913). In.: \_\_\_\_\_. O caso de Schreber, Artigos sobre técnica e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição standard brasileira das obras psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XII).

FREUD, Sigmund. O sentido dos sintomas - Conferência XVII (196-1917). In.: \_\_\_\_\_. Conferências Introdutórias sobre Psicanálise (Parte III). Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição standard brasileira das obras psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XVI).

FREUD, S. Inibições, sintomas e Angústia (1926). In.: \_\_\_\_\_. Um estudo autobiográfico, Inibições, sintomas e Angústia, A questão da análise leiga e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XX).

FOUCAULT, M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

GONÇALVES, Gesianni Amaral. Corpo e clínica psicanalítica: teoria e prática. Curitiba: Juruá, 2022.

GONÇALVES, Gesianni Amaral; ROCHA, Guilherme Massara; SIMÕES, Alexandre. Dos Transtornos somatoformes para os Transtornos de sintomas somáticos: a escuta do corpo. In.: COSTA, Henrique Silva (org.). Saúde Coletiva - interfaces de humanização. São Paulo: Editora Dialética, 2022. v. 2.

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

STRACHEY, J. (1969). Nota do editor. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Imago: Rio de Janeiro, 1980.

SIMONETTI, Alfredo. A angústia e a ansiedade na psicopatologia fundamental. São Paulo, 2011.