

# O tratamento da angústia por meio da fantasia e do delírio

---

Gabriela Gomes Moreira

## Resumo

Este artigo propõe que o tratamento psicanalítico incide sobre os modos que cada sujeito estabeleceu para tratar a angústia derivada de seu encontro originário com o real. Mais especificamente, discute-se que essas respostas estão ligadas à estrutura de cada sujeito e que o trabalho analítico se dará no âmbito da fantasia, nos casos de pacientes neuróticos, e no âmbito do delírio, nos casos de psicóticos. Para sustentar a noção de que a angústia é um sinal do encontro originário com o real, mostra-se como Lacan deu consequências à segunda teoria freudiana da angústia, a qual não mais a considera como um derivado da repressão, mas como reação a um perigo percebido como real. Para demonstrar as diferenças entre as estratégias neurótica e psicótica de tratar a angústia, o trabalho compara dois casos clínicos: um, no qual a interrogação de uma mulher neurótica sobre sua posição fantasmática lhe permite deixar uma posição queixosa para entrar em análise, e outro, no qual um paciente psicótico formula um delírio que lhe permite não ser mais tão intensamente assaltado pela angústia, podendo sustentar melhor seu desejo.

## Palavras-chave:

Angústia; Neurose; Psicose; Fantasia; Delírio.

## The treatment of anxiety through fantasy and delusion

### Abstract

This article proposes that psychoanalytic treatment focuses on the ways each subject has established to deal with the anguish derived from their original encounter with the real. More specifically, it argues that these responses are linked to the structure of each subject and that the analytical work will take place within the scope of fantasy, in cases of neurotic patients, and within the scope of delirium, in cases of psychotics. To support the notion that anguish is a sign of the original encounter with the real, this paper shows how Lacan draw consequences to the second Freudian theory of anguish, which no longer considers it as a derivative of repres-

sion, but as a reaction to a danger perceived as real. To demonstrate the differences between neurotic and psychotic strategies for treating anguish, the paper compares two clinical cases: one in which a neurotic woman's questioning of her fantasmatic position allows her to leave a complaining position and enter into analysis, and another in which a psychotic patient formulate a delusion that allows him to no longer be so intensely assaulted by anguish, enabling him to better sustain his desire.

### **Keywords:**

Anxiety; Neurosis; Psychosis; Fantasy; Delusion.

## **El tratamiento de la angustia a través de la fantasía y el delirio**

### **Resumen**

Este artículo propone que el tratamiento psicoanalítico se centra en las formas que cada sujeto ha establecido para tratar la angustia derivada de su encuentro original con lo real. Más específicamente, se sostiene que estas respuestas están ligadas a la estructura de cada sujeto y que el trabajo analítico se desarrollará en el ámbito de la fantasía, en los casos de pacientes neuróticos, y en el ámbito del delirio, en los casos de psicóticos. Para sustentar la noción de que la angustia es un signo del encuentro original con lo real, se muestra cómo Lacan sacó conclusiones de la segunda teoría freudiana de la angustia, que ya no la considera como un derivado de la represión, sino como una reacción ante un peligro percibido como real. Para demostrar las diferencias entre estrategias neuróticas y psicóticas para el tratamiento de la angustia, el trabajo compara dos casos clínicos: uno en el que el cuestionamiento de una mujer neurótica sobre su posición fantasmática le permite abandonar una posición quejosa para entrar en análisis, y otro en el que un paciente psicótico formula un delirio que le permite ya no ser asaltado tan intensamente por la angustia, pudiendo sostener mejor su deseo.

### **Palabras clave:**

Angustia; Neurosis; Psicosis; Fantasía; Delirio.

## **La cure de l'angoisse par le fantasme et le délire**

### **Résumé**

Cet article propose que la cure psychanalytique se concentre sur les façons dont chaque sujet a établi pour faire face à l'angoisse dérivée de sa rencontre originelle avec le réel. Plus précisément, on soutient que ces réponses sont liées à la structure

de chaque sujet et que le travail analytique se déroulera dans le domaine du fantasme, pour le cas des patients névrotiques, et dans le domaine du délire, pour les cas de psychotiques. Pour soutenir l'idée que l'angoisse est un signe de la rencontre originelle avec le réel, on montre comment Lacan a donné des conséquences à la deuxième théorie freudienne de l'angoisse, la quelle considère plus comme un dérivé du refoulement, mais une réaction à un danger perçu comme réel. Pour démontrer les différences entre les stratégies névrotiques et psychotiques de traitement de l'angoisse, l'étude compare deux cas cliniques : l'un dans lequel l'interrogation d'une femme névrosée à propos de sa position fantasmatique lui permet de sortir d'une position plaignante pour entrer en analyse, et l'autre dans lequel un patient psychotique formule un délire qui lui permet de ne plus être aussi intensément assailli par l'angoisse, pouvant mieux soutenir son désir.

### Mots-clés :

Angoisse ; Névrose ; Psychose ; Fantasme ; Délire.

Em linhas gerais, podemos apontar duas teorias da angústia em Freud. Em 1915, ao teorizar sobre o recalque, ele considera *angst* — traduzido em português por medo (Hanns, 2004) ou ansiedade (Strachey, 1976) — como um dos destinos da incidência do recalque sobre o fator quantitativo do representante da pulsão, sendo os outros dois destinos seu desaparecimento como resultado de uma repressão completa ou sua transformação em um afeto com determinado colorido qualitativo (Freud, 1915/2004, p. 182). Cabe ressaltar aqui que Freud trata a angústia como consequência do recalque da pulsão, particularmente ligada à operação de castração nos meandros do complexo edípiano; em outras palavras, a angústia é a libido transformada pelo recalque.

No entanto, em 1925, Freud se retrata. Ao examinar a formação das fobias do pequeno Hanns e do Homem dos Lobos, ele diz que, em ambos os casos, a angústia presente no sintoma não foi resultante de uma transformação da libido pela repressão dos impulsos hostis ao pai, como seria esperado segundo sua teoria de que a angústia é a libido transformada pelo recalque, mas derivou de um medo percebido como real em relação ao pai como agente da castração. Foi esse medo que gerou o recalque dos impulsos hostis ao pai e a consequente formação do sintoma fóbico. Isso representa uma reformulação de sua teoria inicial da angústia, levando-o ao seguinte enunciado: “Foi a ansiedade [*angst*] que produziu a repressão e não, como eu anteriormente acreditava, a repressão que produziu a ansiedade [*angst*]” (Freud, 1926/1976, p. 131).

Essa mudança na teoria da angústia muda decisivamente seu *status*. Observe-mos a seguinte descrição, encontrada na sequência do texto: “a ansiedade surgiu

originalmente como uma reação a um estado de perigo e é reproduzida sempre que um estado dessa espécie se repete” (Freud, 1926/1976, p. 157). A situação originária a que Freud se refere aqui é o trauma do nascimento (Freud, 1926/1976, p. 156). Quer dizer, essa segunda forma de conceber a angústia a toma como reação a uma marca traumática que se colocou para o indivíduo desde o início, não sendo uma manifestação contingente, dependente das modalidades repressivas de cada um e determinadas pelo atravessamento do complexo de castração.

Lacan retira consequências dessa segunda concepção de Freud sobre a angústia, tomando-a como o próprio sinal do encontro do sujeito com o real. O real se apresenta de vários modos: o impossível de simbolizar, o traumático, o que do corpo resta vivo, apesar do atravessamento dos semblantes etc. A dimensão real é um fato necessário na estruturação do sujeito falante, e é isso que a psicanálise se dedica a tratar. Nas palavras de Lacan, ao elaborar o fato de que o que se espera da sessão analítica é a surpresa: “O que temos de surpreender é algo cuja incidência original foi marcada como trauma” (Lacan, 1967/2003, p. 352).

Em face desse traumático angustiante e estruturante, o sujeito responde com a fantasia, o sintoma, o delírio, e por aí vai. Respostas sempre limitadas, mas que permitem a cada um entrar no laço social e retirar satisfação do objeto e de seu próprio corpo. Os sintomas criam um dispositivo de fixação do gozo e têm o predicado de serem até certo ponto interpretáveis. Por outro lado, a fantasia e o delírio funcionam para presidir o investimento libidinal nos objetos e formar certo senso de realidade para o sujeito, o que permite, com mais ou menos sucesso, sua participação no laço social; nada a ser interpretado nesse âmbito. Essas respostas do sujeito, penso eu, tratam a angústia estrutural, ao lhe enlaçar a semblantes. Essas estratégias de tratamento da angústia não dependem da psicanálise, certamente, mas são seu objeto de incidência.

Dessa perspectiva, este artigo compara dois tratamentos psicanalíticos, nos quais a angústia foi tratada de formas essencialmente diferentes. Em um caso, uma analisante elaborou algo da ordem da fantasia; em outro, houve a construção de uma crença delirante. É importante notar que as hipóteses diagnósticas diferem para cada caso; o trabalho com a fantasia se deu por uma paciente neurótica, e a construção do delírio foi obra de um paciente psicótico.

Tratemos da mulher neurótica, a qual sofre de angústia sob várias formas — ataques de pânico, ansiedade social, preocupação excessiva, insônia —, mas ela não sabe disso. Tudo fica eclipsado por sua depressão, que a deixa anestesiada e cansada, e por seus sintomas gastrointestinais. Ela passa mais de um ano recontando como seus pais não lhe escutaram, impediram-na de aproveitar a vida e a fizeram se calar. Em seus relatos, ela revisita algumas versões de uma cena em que sua família está se divertindo e ela fica observando-os de fora, sem participar.

Entendo que aí ela fala de sua posição fantasmática, mas isso nada lhe causa, pois ela está identificada a uma posição muito fixa, vê tudo apenas por um ângulo bem estreito. Apesar do discurso hermético, essa fase da análise pariu uma sacada importante — certo dia, a paciente descobriu que também sofria de ansiedade e elaborou a noção de que sua depressão é uma defesa; diante do desconforto da angústia, ela entra em um estado de anestesia emocional, fica reclusa em si mesma.

Durante minhas férias, essa mulher passa muito mal e começa um tratamento com um psiquiatra que lhe recomenda fazer terapia comportamental. Após alguns meses, ela diz que quer se tratar pelas duas modalidades ao mesmo tempo, mas eu a aconselho a escolher uma delas. A paciente, então, resolve continuar o tratamento psicanalítico, o que, *a posteriori*, tendo a ler como um ato que a implicou no processo, pois, logo após esse evento, ela começa a falar sobre sentir ciúmes da relação do marido com uma amiga comum ao casal, e há uma histericização de seu discurso. Ela para de se queixar sobre ser excluída para se interrogar sobre como ficar calada a coloca em posição de exclusão.

A entrada em análise se dá quando a paciente questiona sua posição fantasmática, o que tem conseqüências diretas para angústia, a qual deixa de tomar a forma do sintoma depressivo e ansioso. Os sintomas se reduzem drasticamente; a analisante se acalma e, ao mesmo tempo, passa a se deixar afetar — sente-se triste, enciumada, angustiada, desapontada, com medo, alegre, curiosa. Uma análise se inicia a partir desse trabalho inicial no terreno da fantasia.

Esse caso contrastou com outro tratamento, no qual atendi um homem psicótico. Em vez de o trabalho se desenrolar no terreno da fantasia, um delírio se apresentou, também com efeitos importantes sobre a angústia. Esse homem enfrentava períodos frequentes e intensos de nervosismo, agitação no corpo e falta de foco, modos de a angústia se manifestar. Ele tentava lidar com esses estados desenvolvendo estratégias de controle — dietas rigorosas, horários de sono rígidos, orações ritualísticas e estabelecimento de toda sorte de sistemas, como a construção de listas de tarefas, autoavaliações sobre sua saúde mental, uma programação detalhada para cada dia, e assim por diante. Parte importante de suas sessões era dedicada a executar e aperfeiçoar seus planejamentos, destinados a falhar na maior parte das vezes.

A certa altura do tratamento, o paciente formula uma crença delirante. Em seu delírio, ele sentia que foi salvo por Jesus, o que implicava ter sido perdoado por seus pecados, agraciado com uma segunda chance e escolhido entre os outros homens, tornando-se especial. O paciente passa a se referir a isso como tendo recebido uma graça. E a noção de graça lhe abre um novo leque de experiências com efeitos bastante positivos sobre ele. Sentir-se em estado de graça permitiu que ele passasse de estados de angústia para experimentar uma energia calma e ativa em

seu corpo e manter sua mente focada nas tarefas. Ser gracioso com as pessoas a seu redor tornava-o capaz de tolerar os erros alheios e, às vezes, até perdoar os algozes que o maltratavam.

O paciente sempre soube que essa crença era irreal e, por receio de parecer louco, levou algum tempo para compartilhá-la comigo. Minha aceitação e interesse por essa ideia lhe causaram certa surpresa e contribuíram para que ele mesmo pudesse aceitar algo que lhe parecia muito estranho, mas que, ao mesmo tempo, ele não conseguia refutar. Com o passar do tempo, essa crença delirante foi se consolidando, oferecendo ao paciente uma maneira de lidar com sua angústia, que estava além de recorrer a estratégias de controle. Nesse ponto, ele assumiu uma importante oportunidade profissional e conseguiu se manter estável o suficiente para se envolver com ela, sustentando seu desejo. O tratamento foi, então, interrompido. Após quase um ano da interrupção do tratamento, o paciente me escreveu para dizer que as coisas iam muito bem com ele e que sua família lidava bem com as intempéries da vida. Isso é uma evidência, na minha visão, de que os efeitos da análise tiveram certa permanência.

Se o trabalho da análise é tratar as marcas do que originalmente incidiu como trauma, o percurso será enformado pelo tratamento da angústia que o sujeito já foi capaz de empreender a partir de sua estrutura. Na neurose, os meandros do processo analítico devem passar por um trabalho sobre a fantasia; na psicose, será determinante o papel que o delírio assumirá na sustentação do desejo, para além da angústia. É isso o que demonstram as duas experiências relatadas neste artigo.

## Referências bibliográficas

- Freud, S. (1976). Inibições, sintomas e angústia. In S. Freud. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Strachey, Trad.) (Vol. XX, pp. 95-180). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926)
- Freud, S. (2004). O recalque. In S. Freud. *Obras psicológicas de Sigmund Freud* (L. A. Hanns, Trad.) (Vol. I, pp. 175-186). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915)
- Lacan, J. (2003). Da psicanálise em suas relações com a realidade. In J. Lacan. *Outros escritos* (pp. 350-358). Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1967)

**Recebido:** 01/11/2024

**Aprovado:** 15/11/2024