

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

KAROLINE ROCHELLE LACERDA PERES

Transtorno de ansiedade social: psiquiatria e psicanálise

São Paulo

2018

KAROLINE ROCHELLE LACERDA PERES

Transtorno de ansiedade social: psiquiatria e psicanálise

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Léia Prizskulnik

São Paulo

2018

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Rochelle, Karoline

Transtorno de ansiedade social: psiquiatria e psicanálise / Karoline Rochelle;
orientador Léia Prizskulnik. -- São Paulo, 2018.

80 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) --
Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2018.

1. Transtorno de ansiedade social. 2. Superego. 3. Psicanálise. 4. Freud. I.
Prizskulnik, Léia, orient. II. Título.

Nome: ROCHELLE, Karoline

Título: Transtorno de ansiedade social: psiquiatria e psicanálise.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Aos meus pais, pelo amor e pela vida.

AGRADECIMENTOS

À orientadora Prof.^a Dr.^a Léia Prizskulnik, pela oportunidade, pela confiança, pelo apoio e suporte acolhedor nos momentos difíceis, pelas críticas, pela orientação que foi fundamental para a realização deste trabalho e pelos cafés na Taninha, que foram momentos em que aprendi várias coisas sobre a vida, sobre a psicanálise e sobre a profissão de professor.

Aos professores, Prof. Dr. Ivan Ramos Estevão e Prof.^a Dr.^a Alice Beatriz Barretto Izique Bastos que participaram da banca, para o Exame de Qualificação, com contribuições e sugestões muito valiosas para o enriquecimento deste trabalho.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica, pelas leituras e discussões nas disciplinas cursadas, importantes na delimitação e desenvolvimento do problema de pesquisa.

À secretária Cláudia, do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica, pela generosidade, pela disponibilidade e pela competência.

À secretaria do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade de São Paulo, pela competência, pela seriedade e pela disponibilidade.

Aos professores de graduação em Psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), principalmente ao Prof. Dr. Alcindo Rosa e à Profa. e doutoranda Noemi Bandeira, pelo carinho, pela orientação generosa e por terem acreditado em mim.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa concedida para o desenvolvimento desta pesquisa.

À psicanalista Sueli Ignotti, pela generosidade, pelo carinho, pela escuta sensível, pelo incentivo e por ter me ajudado a acreditar em mim.

Ao psicanalista Carlos Genaro (in memoriam), pelo apoio, pelo incentivo e pelos cafés “com açúcar e com afeto” em São Paulo.

À psicóloga Ms. Natalia Fonseca, pelo acolhimento, pela generosidade, pelo carinho e pela escuta sensível.

À minha mãe, Lucimar, pelo amor, pelo cuidado, pela dedicação, pela generosidade e por ser uma fonte de inspiração para mim.

Ao meu pai, José Carlos, por ter deixado em mim um imenso orgulho de tê-lo como pai.

Ao meu irmão, Carlos Eduardo, pelo carinho, pela amizade, pelo apoio, pelo respeito e pelas brincadeiras bobas do dia-a-dia.

A minha amiga Tatiana Brenner, pela generosidade, pela alegria, pelo incentivo, apoio, pelos conselhos sábios e precisos, pelo acolhimento carinhoso nos momentos difíceis e pelas contribuições na fase final deste trabalho.

Ao meu amigo Diógenes Faustino, pelo carinho, pela escuta acolhedora, pela disponibilidade, pela leitura dos meus trabalhos e pelas contribuições precisas.

Aos meus amigos, Maria Alice e Bruno Santos, pela amizade, pelo carinho, pela generosidade e pelo abraço acolhedor.

As minhas amigas, Carla e Maryanne, pelo carinho, pela amizade e alegria que preenche a nossa casinha.

*Eu vos digo:
Alguém precisa ter caos em si mesmo
Para dar luz a uma estrela dançante.*

Friedrich Nietzsche

RESUMO

ROCHELLE, K. **Transtorno de ansiedade social**: psiquiatria e psicanálise. 2018. 88 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

O transtorno de ansiedade social (TAS) ou fobia social se caracteriza por ansiedade e medo excessivos em relação à situação social. Os indivíduos diagnosticados com TAS evitam às situações sociais temidas ou as suportam com imenso medo ou ansiedade. Além disso, sentem uma forte sensação de insuficiência e de inadequação diante do outro, também têm um medo excessivo do julgamento alheio, por supor que ele seja sempre desfavorável. Estudos epidemiológicos indicam que o TAS tem grande impacto funcional negativo, tanto social quanto educacional e ocupacional. Os fóbicos sociais, normalmente, recorrem ao saber médico que tende a apresentar uma resposta clara e objetiva: trata-se de um transtorno neurobiológico que deve ser tratado via medicação. A psicanálise se contrapõe às pretensões da ciência de reduzir o ser humano ao corpo biológico e à sedação indiscriminada do sofrimento psíquico através de psicofármacos. Diante disso, o objetivo deste trabalho é abordar o TAS sob a perspectiva da psicanálise. Esse trabalho se baseia em um modelo de pesquisa qualitativa em psicanálise, que permite compreender os fenômenos em sua complexidade. Segundo Freud, a fobia é um meio encontrado pelo indivíduo para se livrar da angústia, que é produzida pelo ego frente à ameaça de castração. O que ocorre na fobia, no fundo, é a substituição de um perigo interno, pulsional, por um externo, perceptivo. Através do conceito de narcisismo, Freud pôde concluir que os sentimentos de inferioridade e de insuficiência, bem presentes no TAS, são decorrentes da impossibilidade de satisfação narcísica através do ideal do ego e da dificuldade de obter satisfação da libido objetal. Já o conceito de superego lhe permitiu compreender que o neurótico atribui ao outro o olhar vigilante do superego, assim como seus julgamentos e suas censuras. Por isso, o fóbico social teme tanto o olhar alheio e tem a sensação clara de estar sendo observado pelo outro. Esse quadro foi denominado por Freud de “delírio de observação”, o qual revela o quanto a realidade psíquica é composta por fantasias que para o indivíduo adquire o mesmo estatuto de realidade da percepção. A partir dessas considerações, o transtorno de ansiedade social seria, para a psicanálise, uma tentativa do indivíduo de solucionar seu conflito psíquico. Diante da relevância deste quadro, a psicanálise, por meio de sua teoria e de sua prática clínica, pode contribuir para o alívio desse sofrimento humano.

Palavras-chave: Transtorno de ansiedade social. Superego. Psicanálise. Freud.

ABSTRACT

ROCHELLE, K. Social anxiety disorder: psychiatry and psychoanalysis. 2018. 88 f. Thesis (Masters in Clinical Psychology) - Institute of Psychology, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

The social anxiety disorder (SAD) or social phobia is characterized by an excessive anxiety and fear towards the social situation. The individuals that are diagnosed with SAD avoid the feared social situations or they endure it with an immense fear and anxiety. Moreover, they feel a strong sensation of insufficiency and inadequacy towards others, they also have a great amount of fear of being judged, for supposing that they will always be negatively evaluated. Epidemiological researches indicate that SAD has a great negative functional impact, in the social, educational and occupational areas. The social phobics usually look for a physician, who generally have a clear and objective answer: it is a neurobiological disorder that must be treated with medication. The psychoanalysis opposes the science's pretension of reducing the human being to the biological body and to the indiscriminated use of medication to mitigate the psychic suffering. Therefore, the purpose of this thesis is to understand how the psychoanalysis perceives the SAD. This study is based on a qualitative psychoanalysis research, which allows the understanding of the phenomena in its complexity. According to Freud, the phobia is a way that the individual finds to get rid of the anguish that is produced by the ego when dealing with the castration threat. What truly occurs in the phobia is the substitution of an internal, pulsional, fear for an external, perceptive, one. Through the concept of narcissism, Freud could conclude that the feelings of inferiority and insufficiency, widely present on SAD, are consequences of the impossible narcissistic satisfaction through the ideal of the ego and the difficulty of obtaining the objectal libido satisfaction. And the concept of superego allowed him to understand that the neurotics attribute to the other the scrutiny eye of the superego, as well as its judgments and censure. Therefore, the social phobic fears the scrutiny from others and has the clear sensation of being observed by others. Freud has called these symptoms "observational delirium", which reveals how much of the psychic reality is composed by fantasys, that acquires the same status of the perception's reality for the individual. From these considerations, the social anxiety disorder would be, for psychoanalysis, an attempt of the individual to solve his psychic conflict. Given the importance of this matter, psychoanalysis, through its theory and clinical practice, may contribute to the mitigation of this human suffering.

Key words: Social Anxiety Disorder. Superego. Psychoanalysis. Freud.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. METODOLOGIA.....	17
3. PSIQUIATRIA: DO CORPO HUMANO PARA O BIOLÓGICO.....	18
4. HISTÓRIA DO TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL.....	21
5. TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL.....	24
5.1. Transtorno de ansiedade social: definição e diagnóstico.....	24
5.2. Transtorno de ansiedade social: sua incidência e seus efeitos nocivos.....	26
6. FREUD: DA MEDICINA À PSICANÁLISE.....	31
7. FOBIA SOCIAL: CONTRIBUIÇÕES DE FREUD (1894 A 1898).....	35
7.1. Fobia: 1894-1898.....	35
8. FOBIA SOCIAL: CONTRIBUIÇÕES DE FREUD (SEGUNDA TÓPICA).....	42
8.1. Narcisismo e superego.....	42
8.2. Delírio de observação.....	53
8.3. Realidade psíquica.....	57
9. CASO CLÍNICO DO PEQUENO HANS.....	63
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
REFERÊNCIAS.....	76

1. INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho é abordar o transtorno de ansiedade social (TAS) através da perspectiva da psicanálise. Pretende-se, com isso, discutir esse transtorno sob uma perspectiva que prioriza a subjetividade e considera as manifestações do sujeito como expressão de seu mal-estar, seu conflito psíquico, marcados pela sua história e sua singularidade.

O TAS é caracterizado pelos sentimentos de medo e de ansiedade excessivos em relação à ameaça real apresentada pela situação social e o contexto sociocultural. Os fóbicos sociais com frequência evitam as situações sociais temidas ou, então, as suportam com imenso medo ou ansiedade.

Os indivíduos ansiosos são capazes de selecionar certos objetos em seu ambiente e ignorar outros, na tentativa de provar que estão certos ao considerar a situação, muitas vezes inofensiva, amedrontadora e ao responderem de acordo com esta percepção.

Além disso, fóbicos sociais sentem uma forte sensação de insuficiência e de inadequação diante do outro, também têm um medo excessivo do julgamento alheio, por supor que ele seja sempre desfavorável. Estudos epidemiológicos indicam que o TAS tem grande impacto funcional negativo, tanto social quanto educacional e ocupacional.

A sensação de ansiedade se caracteriza por um sentimento difuso, desagradável e vago de apreensão, frequentemente, acompanhado por sintomas, como: cefaleia, hiperidrose, taquicardia, diarreia, palpitações, alta frequência e urgência urinária, etc. No entanto, os sintomas tendem a variar entre as pessoas.

Os efeitos da ansiedade sobre o pensamento, a percepção e o aprendizado também não podem ser ignorados. Ansiedade tende a produzir confusão e distorções perceptivas não apenas em termos de tempo e espaço, mas com relação aos significados atribuídos às pessoas e aos eventos. Essas distorções podem interferir no aprendizado, baixando a concentração, reduzindo a memória e prejudicando a capacidade de relacionar uma coisa com a outra.

De acordo com a Associação Americana de Psiquiatria (APA) (2015), a fobia social foi considerada, em 2001, o terceiro transtorno mental mais comum nos EUA, depois da depressão e do alcoolismo. No Brasil, em 2012, foi publicado um estudo de prevalência das doenças psiquiátricas em São Paulo, e a prevalência da fobia social foi de 5,6% ao longo da vida.

Em um estudo epidemiológico, Baptista (2006) encontrou uma prevalência elevada de transtorno de ansiedade social de 11,6% em uma população composta por 2319 estudantes

universitários brasileiros. Identificou-se que os sujeitos do gênero feminino apresentaram uma maior prevalência do transtorno de 12,5%, em comparação aos sujeitos do gênero masculino de 7,4%.

Estudos relatam que, na fobia social, as comorbidades com outros transtornos psíquicos são extremamente comuns. Um estudo populacional multinacional sugere que cerca de 50% dos pacientes que sofrem de fobia social apresentam também diagnóstico de outro transtorno psiquiátrico.

As principais associações foram com agorafobia (odds ratio [OR] = 21,6), transtorno de ansiedade generalizada (OR = 13,5), transtorno de pânico (OR = 11,6) e depressão (OR = 10,2) (CORDÁS, 2014). Em comorbidade, a fobia social agrava o prognóstico de outros transtornos mentais, aumenta sua cronicidade e gravidade, e, no caso de depressão, eleva o risco de suicídio (CORDÁS, 2014).

Estudos epidemiológicos indicam que o transtorno de ansiedade social tem grande impacto funcional negativo, tanto social quanto educacional e ocupacional. A presença do transtorno causa o abandono escolar e um maior risco de desemprego, além de maior engajamento em cargos abaixo do nível de qualificação do indivíduo.

Autores mais atuais do campo psicanalítico constataram a partir de pesquisas clínicas que o aumento da incidência da fobia social pode ser decorrente de mudanças econômicas, políticas e sociais nas sociedades ocidentais contemporâneas, e de interesses comerciais das indústrias farmacêuticas (VERZTMAN, 2005).

Diante de novas exigências sociais, como necessidade excessiva de exposição, de autenticidade e de performance individual e profissional, os fóbicos se preocupam excessivamente com o modo como estão sendo vistos, com a sua imagem e o seu desempenho individual (VERZTMAN, 2005).

Os indivíduos diagnosticados com esse transtorno sentem uma forte sensação de insuficiência e de inadequação diante do outro, também têm um medo excessivo do julgamento alheio, por supor que ele seja sempre desfavorável. Eles se sentem vulneráveis ao olhar do outro, que eles julgam ser capaz de perceber algo que seria falho, deficitário ou que não corresponderia a uma performance desejada (VENTURI; VERZTMAN; 2012).

Em virtude disso, os fóbicos têm um medo exagerado de contato com outro. Normalmente, eles se isolam completamente de todo convívio social, e sofrem muito com essa situação. Diante da relevância desses dados, considerou-se importante discutir esse

transtorno a partir da teoria psicanalítica, para assim analisar as manifestações do sujeito do inconsciente através de uma perspectiva que prioriza a subjetividade.

Ao contrário da psicanálise, o diagnóstico médico de transtorno compreende as manifestações do sujeito como uma enfermidade que deve ser eliminada, preferencialmente, por meio de intervenções medicamentosas. Reduz, com isso, a dimensão subjetiva ao corpo biológico. O paradigma que orienta essa clínica é positivista, então o trabalho é baseado na consciência e na razão, e seguem os pressupostos que a ciência determina, isto é, a objetividade, a quantificação, a homogeneidade, a generalização, etc (PRISZKULNIK, 2000).

Por isso, a necessidade de abordar o TAS a partir da psicanálise, pois é um meio de dar voz ao sujeito, à sua singularidade, os quais foram excluídos por um saber e uma prática clínica psiquiátrica, que no último século abriu mão da subjetividade para se submeter aos imperativos da clínica positivista em busca de reconhecimento científico, de investimento financeiro para suas pesquisas e de prestígio social.

Assim, discutir o TAS a partir da psicanálise é um retorno à subjetividade, ao questionamento, à complexidade. O que caracteriza a psicanálise é a investigação da subjetividade, e o seu rigor é dado pela fidelidade aos seus pressupostos, e não pelo cumprimento dos pressupostos da ciência positivista, que exclui o sujeito do inconsciente.

Na clínica psicanalítica, o sintoma tem um sentido inconsciente, afastado da consciência, que está relacionado à história de vida do paciente. Freud descobriu que para ter acesso ao inconsciente era preciso estabelecer uma relação com seus pacientes, transferência, e usar a associação livre e a atenção flutuante. Portanto, o diagnóstico em psicanálise não é realizado de maneira objetiva, ele não é feito a partir dos sintomas, por exemplo, se a pessoa tem tais sintomas, ela tem tal transtorno (PRISZKULNIK, 2000).

Já a psiquiatria apresenta uma resposta clara e objetiva frente aos sintomas: trata-se de um transtorno neurobiológico que deve ser tratado via medicação e terapia cognitivo-comportamental. Por isso, essa discussão é tão importante, pois a articulação entre saber e poder evidenciada pela medicação da existência permanece oculta sobre o véu do discurso da neutralidade científica. O aumento do poder médico sobre a regulação de condutas e comportamentos passa a ter uma função de normalização.

Segundo Freud (1937), cada época busca seus recursos para dar conta do mal-estar que a caracteriza e a medicação é, atualmente, o recurso que a ciência e a tecnologia produzem para tentar responder aos sintomas de hoje. Essa atitude demonstra que a alta

aceitação da medicalização se deve ao fato dela responder aos anseios de uma sociedade que busca rapidamente extirpar aquilo que lhe causa incômodo e atrapalha o seu funcionamento.

Até o final do século passado, a psiquiatria ainda buscava estabelecer um diálogo entre o saber médico e o psicanalítico a respeito dos significados dos fenômenos ligados à saúde e à doença. Com o passar do tempo, segundo Birman (1999), houve o ressurgimento de uma visão organicista e biológica no discurso médico e social a partir do prestígio científico conquistado pela psiquiatria biológica e neurológica.

Essa transformação ocorreu em função do impacto causado por pesquisas acerca do metabolismo neuroquímico, do mapeamento cerebral (com avanço das técnicas de neuroimagem) e das novas drogas psicofarmacológicas. Com isso, os manuais de diagnósticos psiquiátricos passaram a desconsiderar a constituição subjetiva do indivíduo e o contexto social, econômico e político.

As mudanças no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) passaram a omitir qualquer informação relevante sobre o indivíduo, em prol de um referencial estritamente neurobiológico, na busca de sinais objetivos e mensuráveis, quase que isentando a necessidade de escuta do paciente. Esse processo de renomeação de quadros psicopatológicos pelos manuais de psiquiatria acaba por suprimir a subjetividade das manifestações sintomáticas e transforma os conflitos psíquicos em processos neuroquímicos.

A visão organicista e biológica passou a dominar o discurso científico e social, apoiado no tripé psicofarmacologia, neurociências e genética, que permitiram à psiquiatria afirmar o exercício de sua prática. A consequência clínica imediata disso, segundo Birman (1999), é a medicalização indiscriminada da angústia. Nega-se, assim, a presença de conflitos na história da constituição da subjetividade na relação com o outro.

Diante disso, é necessário se posicionar de forma crítica frente ao diagnóstico de transtorno de ansiedade social do discurso médico científico, que reduz o sofrimento humano a processos neuroquímicos. Vale destacar que não é o objetivo deste trabalho discutir profundamente os precedentes históricos da clínica médica positivista como um modelo de diagnosticar e de propor tratamentos.

Será apresentado primeiramente como a psiquiatria entende o TAS, para depois pensá-lo e discuti-lo a partir da teoria freudiana. Do terceiro ao quinto capítulo, serão abordados, pelo viés psiquiátrico, a história do TAS, sua incidência, seu diagnóstico e tratamento.

Já do sétimo ao nono capítulo serão destinados à discussão desse transtorno a partir da perspectiva psicanalítica, explorando as noções de sintoma e de sujeito do inconsciente,

pautando-se no caso clínico do pequeno Hans, e também dos conceitos de angústia, pulsão, narcisismo, superego, ideal do ego, realidade psíquica, fantasia e delírio de observação, os quais se mostraram relevantes para a realização deste trabalho.

No sétimo capítulo, serão apresentadas as contribuições freudianas da primeira tópica para a fobia social. Já no oitavo capítulo, serão abordadas as contribuições, a partir da segunda tópica, através dos conceitos de narcisismo, superego, delírio de observação e realidade psíquica. Por último, será apresentado e discutido o caso clínico do pequeno Hans, com base na publicação do caso por Freud, em 1909, e também em 1926, no texto *Inibição, sintoma e angústia*, em que Freud retoma o caso e faz importantes modificações a partir da segunda tópica.

A partir do caso clínico do pequeno Hans e dos conceitos mencionados foi possível refletir sobre as manifestações do sujeito diagnosticado pela psiquiatria com transtorno de ansiedade social, como sentimento de inferioridade, de inadequação, também a sensação de ser observado pelo outro e se sentir transparente diante do olhar dele, e de atribuir a ele julgamentos e pensamentos negativos sobre si.

Através do caso clínico do pequeno Hans, foi possível compreender que a fobia, independente do objeto fóbico (animal ou pessoa), é um meio encontrado pelo indivíduo de resolver seu conflito psíquico e de cessar com o desenvolvimento da angústia.

Já por meio do conceito de narcisismo e de superego foi possível concluir que os sentimentos de inferioridade e de insuficiência, bem presentes na fobia social, são decorrentes da severidade do superego e da impossibilidade de satisfação narcísica através do ideal do ego e da dificuldade de obter satisfação da libido objetal.

O conceito de superego, também, permitiu compreender que o neurótico atribui ao outro o olhar vigilante do superego, assim como seus julgamentos e suas censuras. Por isso, o fóbico social teme tanto o olhar alheio e tem a sensação clara de estar sendo observado e julgado pelo outro.

A sensação de estar sempre sob o olhar do outro foi denominada por Freud de “delírio de observação”. Essa sensação é sentida como real pelo fóbico social, e revela o quanto a realidade psíquica é composta por fantasias que para o indivíduo adquirem o mesmo estatuto de realidade da percepção. Diante dessas considerações, é possível notar a necessidade de abordar o caso do pequeno Hans e os conceitos mencionados para discutir o TAS pela perspectiva freudiana.

2. METODOLOGIA

A concepção de investigação que embasa esta pesquisa é o modelo de pesquisa qualitativa em psicanálise que permite compreender os fenômenos em sua complexidade. Referente à técnica de coleta e de análise de dados, esta pesquisa é teórica e bibliográfica.

Segundo Gil (2007), a pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Essa pesquisa é elaborada com base em material já publicado, busca recolher informações e conhecimentos sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta.

A pesquisa bibliográfica é um processo contínuo, consistindo no levantamento bibliográfico nas bases de dados de sites que publicam e divulgam artigos acadêmicos, nas Bibliotecas da Universidade de São Paulo, na Biblioteca Virtual em Saúde, PsycINFO, SciELO, etc (FONSECA, 2002).

Nessa pesquisa, são considerados artigos de periódicos, livros, dissertações, teses, anais de eventos, assim como, material divulgado nos veículos de comunicação de massa, como jornais e revistas, pois se considera que esses também podem se constituir como uma fonte de informação apropriada sobre o tema. Após esse levantamento, na pesquisa bibliográfica, se realiza um estudo crítico desse material com o objetivo de contextualizar o tema da pesquisa e de caracterizar as referências conceituais utilizadas no trabalho (FONSECA, 2002).

O esforço para investigar e discutir a fobia social a partir de Freud se justifica tanto por aspectos científicos quanto pragmáticos. Após o levantamento bibliográfico, se constatou uma escassez de trabalhos sobre esse tema, pois se encontrou apenas artigos que discutiam a fobia social com base na teoria lacaniana, sendo abordada de modo bem sucinto em Freud. Mas encontraram-se muitas dissertações e teses que analisavam a fobia a partir do caso clínico do pequeno Hans.

O levantamento bibliográfico foi feito através das seguintes bases de dados: na Biblioteca Virtual em Saúde, PsycINFO, SciELO, PubMed e, principalmente, no Dedalus (Catálogo Coletivo das Bibliotecas da USP). Quanto à obra de Freud, foi utilizado a “Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud” e “Sigmund Freud: Obras Completas, Companhia das letras”. Os principais textos trabalhados foram: As neuropsicoses de defesa (1894), Obsessões e fobias: seu mecanismo psíquico e sua etiologia (1895), O

pequeno Hans (1909), Introdução ao narcisismo (1914), O recalque (1915), Inibição, sintoma e angústia (1926) e O mal estar na civilização (1930).

Além disso, foram utilizados os trabalhos dos seguintes comentadores da obra freudiana: Luiz Alfredo Garcia Rosa, Antônio Quinet, Ivan Ramos Estevão, que apresentam uma leitura freudiana a partir de um viés lacaniano. Também foram usados o Vocabulário da Psicanálise de Jean Laplanche e Jean-Bertrand Pontalis e o Dicionário de Psicanálise de Elisabeth Roudinesco e Michel Plon.

A pesquisa se desenvolveu a partir de dois eixos temáticos, psiquiatria e psicanálise.

3. PSIQUIATRIA: DO CORPO HUMANO PARA O BIOLÓGICO

Hipócrates, que viveu de 460 a 370 a.C., é considerado o pai da medicina, a qual possui mais de dois mil anos de tradição. Sua participação no campo científico, porém, ocorreu relativamente tarde, em virtude dos obstáculos científicos ao estudo do corpo. O exame e a investigação de cadáveres, por exemplo, foi proibida por muito tempo.

A medicina começou a ingressar na área científica na segunda metade do século XVIII e esse processo só foi concluído na primeira metade do século XX, com quase dois séculos de duração.

A sua inserção no campo científico pode ser resumida da seguinte forma: o estabelecimento do normal e do patológico em bases clínicas, anatômicas e fisiológicas, que provocou duas mudanças fundamentais: no papel do médico e na concepção de corpo (BARRETO, 2014).

Antes de entender a mudança que ocorreu no papel do médico é necessário primeiro compreender a grande alteração na concepção de corpo. Esse passou a ser considerado um sistema homeostático, reduzido ao corpo biológico, que precisava ser inteiramente fotografado, radiografado, calibrado, diagramado e condicionado, por isso o corpo humano passou a ser chamado de corpo-máquina (BARRETO, 2014).

O conhecimento médico está cada vez mais amplo sobre partes cada vez menores do corpo-máquina, cujas leis e funcionamento são descobertas de forma minuciosa e precisa. Os avanços dos recursos tecnológicos, no final do século XX, permitiram à medicina uma dissecação virtual in vivo e um salto no conhecimento científico do corpo-máquina.

O avanço do conhecimento foi tamanho que não era mais possível ter o domínio teórico e prático do corpo inteiro. O corpo precisou ser recortado em pequenas partes pelo discurso científico médico. Em virtude disso, o médico está cada vez mais um especialista e “caminha para tornar-se, se já não se tornou, um técnico” (BARRETO, 2014, p.3).

O corpo-máquina opera de acordo com leis rigorosamente definidas, de causa e efeito, de modo que é possível descobrir e elucidar o seu modo de funcionamento. O corpo é entendido como uma máquina complexa que pode ser inteiramente explicada, e o que o médico procura é uma relação entre o sintoma e o seu substrato biológico.

Esse modelo de conhecimento científico exclui a subjetividade do médico e do paciente. “[...] Não foi por acaso que o nascimento da psicanálise coincidiu com o ingresso da medicina na era científica” (BARRETO, 2014, p.3). A psicanálise ocupou-se do que a

medicina deixou de lado durante a sua evolução: a subjetividade humana.

No início do século XX, enquanto a medicina concluía sua inserção no campo científico por meio de sólidas bases biológicas (clínicas, anatômicas e fisiológicas), o mesmo não ocorria com a psiquiatria, devido ao seu objeto de estudo.

A psiquiatria usava subsídios da medicina, de um lado, e, de outro, contribuições da fenomenologia husserliana, do existencialismo heideggeriano ou da psicanálise freudiana. Essas contribuições eram consideradas importantes para o estudo da subjetividade dos pacientes (BARRETO, 2014).

Esse cenário permaneceu até a primeira metade do século passado, ao passo que, na segunda metade ocorreu uma reviravolta. A partir do avanço das neurociências, o psíquico passou a ser entendido como um segundo cérebro.

O cérebro seria um computador complexo e a vivência humana como um semblante de sua atividade. Nesse sentido, toda doença mental seria uma perturbação no funcionamento da supermáquina e todo tratamento uma correção do defeito (BARRETO, 2014).

Essa concepção de corpo leva a uma redução de toda a vivência humana a um fato cerebral. O psíquico, enquanto, cérebro permite explicar fenômenos considerados básicos até mesmo os complexos, como felicidade, orientação sexual, genialidade, entre outros.

A psiquiatria tornou-se cada vez mais biológica com o intuito de se aproximar da medicina contemporânea. “Da mesma forma que o médico, o psiquiatra atual é, cada vez mais, um técnico, com a função de dar diagnósticos bastante padronizados e propor tratamentos cada vez mais cabíveis em algoritmos” (BARRETO, 2014, p.4).

No entanto, há diferenças cruciais entre a psiquiatria e a medicina, as quais são ocultadas. A principal diferença, para esse autor, é que o conceito de normal e patológico em medicina está fundamentado em bases biológicas consistentes, enquanto em psiquiatria não está claro o suficiente a determinação biológica.

Apesar de a psiquiatria biológica ter uma base científica pouco precisa e consistente, ela adota um discurso científico e posições científicas. Já a intervenção médica, que antes era restrita aos processos das doenças e de sua prevenção, passou a ampliar cada vez mais a sua área de atuação.

Começou a ser do domínio médico experiências como a gravidez, o parto e a amamentação, assim como as fases da vida: infância, adolescência, climatério e senilidade. Também foram incluídas atividades como alimentação, sono, trabalho e sexo, inclusive

opções existenciais relacionadas à anatomia sexual e o ideal estético ligado à imagem corporal (BARRETO, 2014).

A expansão da intervenção médica também ocorreu por meio de novas intervenções cirúrgicas (as plásticas, os implantes, as próteses), medicamentos (inibidores do apetite, liberadores sexuais, hormônios — anticoncepcionais, anabolizantes, virilizantes, feminilizantes), técnicas de embelezamento da medicina cosmética, entre outras. Por meio dessa variada oferta de produtos, a medicina fortalece a ideia de que o ideal é realizável, de que a perfeição é possível (BARRETO, 2014).

4. HISTÓRIA DO TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL

O conceito de ansiedade social tem sua origem no termo “neurose”, que surgiu no fim do século XVIII. Nas décadas seguintes, esse conceito vai sendo apurado e atinge o seu auge através da psicanálise. Quase no final do século XX, o conceito desaparece e surgem outros diagnósticos, entre eles o de fobia social, hoje, transtorno de ansiedade social (CORDÁS, 2014).

O influente médico escocês William Gullen (1710-1790), expoente do iluminismo, define a neurose como uma alteração da função nervosa, claramente de delimitação física. No século XIX, o termo neurose afasta-se da definição original em razão dos trabalhos com hipnose de Jean-Martin Charcot e Hippolyte Bernheim, na França.

Por meio do trabalho deles, as neuroses passaram a ser ligadas às questões da história pessoal dos indivíduos e a sua forma de lidar com os problemas relacionais, de modo que não teriam mais uma origem orgânica.

“Os trabalhos de Janet e, sobretudo, os de Freud acentuaram a necessidade de diferenciar uma psiquiatria dos asilos e hospitais de uma psiquiatria menos médica, mais psicológica, no estudo e no tratamento das neuroses” (CORDÁS, 2014, p.16).

Enquanto a história dos conceitos de neurose, histeria, hipocondria e transtorno obsessivo-compulsivo recebeu maior atenção, os transtornos de ansiedade generalizada, de pânico e de ansiedade social, em especial esse último, eles tiveram pouca iluminação.

De acordo com Cordás (2014, p.19), “o transtorno de ansiedade social mantém-se um construto não totalmente claro, com limites pouco precisos, com formas mais circunscritas de transtornos de ansiedade e de personalidade”.

Hipócrates foi o primeiro a relatar o transtorno de ansiedade social, ao citar o caso de um indivíduo que não era reconhecido por suas qualidades filosóficas por causa de seu comportamento recolhido e isolado.

Segundo ele, esse indivíduo acreditava que todas as pessoas o observavam, por conta disso ele não caminhava. Ele também não convivia com as pessoas por medo de ser mal-interpretado pelos cidadãos de Atenas (CORDÁS, 2014).

Embora os medos patológicos tenham sido referidos desde Hipócrates, o termo “fobia” só começou a ser utilizado na literatura médica no século XIX, ganhando maior notoriedade com a classificação de Janet.

A fobia passou a ser caracterizada por um medo extremo, fora de qualquer proporção em relação ao estímulo desencadeador, de modo inexplicável, que produz um comportamento de esquiva da situação ou do objeto temido.

As fobias aparecem como um diagnóstico específico na CID (Classificação Internacional de Doenças), da Organização mundial de Saúde, em 1955, e na DSM (Classificação da Associação Psiquiátrica Americana) em 1952. Antes disso, as fobias estavam incluídas nos quadros neuróticos (GURFINKEL, 2012).

Os termos “histeria” e “neurose” deixaram de ser utilizados pelo DSM e pelo CID por serem considerados imprecisos, e passaram a ser substituídos pelos termos “transtornos” ou “distúrbios”, entendidos como síndromes: “[...] conjuntos de sinais e sintomas que tendem a coexistir e se comportar de uma maneira coerente em um dado tempo, independente de sua causa” (GURFINKEL, 2012, p.16 apud GENTIL, 1997, p.34).

A primeira classificação médico-clínica a apresentar o transtorno de ansiedade como uma entidade separada, denominada fobia social, foi a da Associação Psiquiátrica Americana de 1980, DSM-III (CORDÁS, 2014).

Tanto a CID e como a DSM classificam as fobias com base na situação temida e as catalogam por meio da adição do sufixo *phofia* à palavra latina ou grega denotando o objeto temido. Segundo a descrição de Cordás, essa prática de classificação retardou o reconhecimento fenomenológico e clínico de características comuns aos transtornos fóbicos.

Além disso, Quinet (2009b) adverte que todo o investimento financeiro comandado pelas indústrias farmacêuticas em pesquisas em psiquiatria estaria subordinado aos interesses do mercado, ocultando uma intenção perversa, na qual o objetivo final não seria mais criar novos remédios para novos males, mas, antes, novos males para os remédios desenvolvidos.

Em suas palavras: “Em vez de termos drogas cada vez mais eficazes para combater novos males decorrentes da transformação da sociedade, será que não são os ‘males’ que agora são criados e categorizados em novas síndromes para serem então tratados pelas novas drogas?” (QUINET, 2009b, p. 22).

A respeito do conflito de interesses é importante citar que dos 137 membros do painel do DSM-V, 56% são psiquiatras que relatam ter vínculos financeiros com indústria farmacêutica. Além disso, Allen Frances, redator-chefe do DSM-IV, fez críticas severas sobre a nova versão do manual, e alertou sobre o poder de marketing da indústria farmacêutica, a qual engendra falsas epidemias e modismos em matéria de diagnósticos psiquiátricos para medicar a aflição cotidiana (ST-ONGE, 2013).

Talvez isso explique, por exemplo, o número cada vez maior de diagnósticos derivados da constante mutação da nosografia psiquiátrica e incluídos às edições do DSM e CID (Classificação Internacional de Doenças). A lógica epistêmica desses manuais diagnósticos, com sua tendência nominalista, age em perfeita consonância com o progresso da indústria farmacológica.

Surgem novas categorias diagnósticas, que veem a justificar a utilização de medicamentos por mais e mais pessoas. Essa evolução acompanhada do desenvolvimento da ciência revela que “o ‘invólucro formal do sintoma’ varia segundo a época: a histeria muda de cara, a psicose de vestes, a obsessão de ideias” (QUINET, 2009b, p. 10).

Quanto mais subdividida for a classificação dos problemas passíveis de serem tratados por fármacos, melhor será para aqueles que obtêm ganhos econômicos com essa conduta médica. A patologização da vida cotidiana é diretamente proporcional à velocidade com que a psicofarmacologia e a psiquiatria contemporânea expandiram seu mercado (QUINET, 2009b).

A quinta edição do DSM, lançada em 2013, por exemplo, possui 900 páginas – comparadas às 150 da primeira edição – e nela estão incluídos transtornos que causam “estranhamento”, como o Internet Gaming Disorder, que poderia ser traduzido por uma espécie de distúrbio caracterizado por pessoas viciadas em jogar jogos na internet.

Por mais que, de fato, existam sujeitos que passem horas em frente ao computador jogando, o que um diagnóstico como esse poderia realmente explicar ou contribuir para a compreensão do sofrimento humano? (SILVA, 2014).

Pode se notar que os manuais do DSM é uma clara tendência nominalista que trata o sintoma pela via da nomenclatura, ao mesmo tempo em que lhe designa um objeto de consumo, por meio do qual se produz a medicalização do sofrimento (SILVA, 2014).

5. TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL

5.1. Transtorno de ansiedade social: definição e diagnóstico

A psiquiatria define a fobia social como um transtorno de ansiedade, pois suas características predominantes são medo e ansiedade excessivos, e perturbações comportamentais relacionadas (BARNHILL, 2015).

Medo é a resposta emocional a ameaça real ou percebida, enquanto a ansiedade é a antecipação de ameaça futura. Tanto o medo quanto à ansiedade são necessários para a sobrevivência da espécie humana. O medo é importante para a luta e a fuga, já a ansiedade é necessária para a preparação de um perigo futuro e comportamentos de cautela e de esquiva.

O que diferencia o medo e a ansiedade, nos transtornos de ansiedade, é sua intensidade e persistência. Os indivíduos com transtornos de ansiedade, em geral, superestimam o perigo nas situações que temem, e possuem comportamentos constantes de esquiva. Mas, em casos de bullying, a ansiedade está, realmente, relacionada a um perigo real, e, logo, ela não pode ser julgada excessiva (BARNHILL, 2015).

Nesse caso, cabe ao clínico avaliar se a ansiedade é desproporcional ou não, para tanto ele precisa considerar o contexto sociocultural. Por exemplo, em certas culturas, o comportamento que de outra forma aparece socialmente ansioso pode ser considerado apropriado em situações sociais (ex. pode ser visto como um sinal de respeito) (BARNHILL, 2015).

No caso de fobia social, os sentimentos de medo e de ansiedade são desproporcionais à ameaça real apresentada pela situação social e o contexto sociocultural. Os fóbicos com frequência evitam as situações sociais temidas ou, então, as suportam com imenso medo ou ansiedade. Mas um indivíduo que fica ansioso apenas ocasionalmente em situação(ões) social(ais) não seria diagnosticado com transtorno de ansiedade social.

Em crianças, o medo ou ansiedade pode ser expresso por choro, ataques de raiva, imobilização, comportamento de agarrar-se ou encolher-se em situações sociais. O indivíduo pode se esquivar de diversos modos, como não ir a festas, recusar a escola, etc., e pode evitar de maneira mais sutil, por exemplo, ao preparar excessivamente uma desculpa, desviar a atenção para os outros, limitar o contato visual (BARNHILL, 2015).

O fóbico social tem medo de ser avaliado negativamente. “Ele tem a preocupação de que será julgado como ansioso, débil, maluco, estúpido, enfadonho, amedrontado, sujo ou desagradável” (BARNHILL, 2015, p.203).

O fóbico social teme demonstrar sintomas de ansiedade, como ruborizar, tremer, transpirar, tropeçar nas palavras, porque, sabe que, se fizer isso, será avaliado negativamente pelos demais. Assim um indivíduo com medo de tremer as mãos pode evitar beber, comer, escrever ou apontar em público.

Alguém com medo de transpirar pode evitar apertar as mãos ou comer alimentos picantes. Enquanto um indivíduo com medo de ruborizar pode evitar desempenho em público, luzes brilhantes ou discussão sobre tópicos íntimos.

Alguns têm medo e evitam urinar em banheiros públicos quando outras pessoas estão presentes (ex. parurese, ou “síndrome da bexiga tímida”). Outros têm medo de expressar uma opinião diferente ou de se expor emocionalmente, e serem rejeitados como consequência. Esses medos podem impedir os fóbicos sociais de realizar tarefas básicas, e prejudicar o seu convívio social e desempenho profissional (BARNHILL, 2015).

Os indivíduos com transtorno de fobia social podem apresentar comportamentos excessivos, como serem muito submissos. Podem ter uma postura corporal excessivamente rígida ou contato visual inadequado ou falar com voz extremamente suave. Podem ser tímidos e ser menos abertos em conversas e revelar pouco a respeito. Podem sair da casa dos pais mais tarde.

Os homens podem postergar o casamento e a paternidade, enquanto as mulheres podem restringir sua vida profissional ao trabalho doméstico. A automedicação com substância é comum, por exemplo, beber antes de ir para uma festa.

A ansiedade social entre adultos mais velhos também pode incluir a exacerbação de sintomas de doenças médicas, como tremor aumentado ou taquicardia. O rubor é a resposta física característica do transtorno de ansiedade social (BARNHILL, 2015).

Para um indivíduo receber o diagnóstico de fobia social, os sintomas precisam durar pelo menos seis meses geralmente, mas o critério de duração deve ser usado como um guia geral, com a possibilidade de um grau de flexibilidade. O medo, a ansiedade e a esquiva devem causar sofrimento significativo ou prejuízo no funcionamento funcional social, profissional ou em outras áreas importantes de sua vida.

Às vezes, o indivíduo tem dificuldade de falar em público e o seu trabalho não exige esse desempenho/tarefa, e se ele não apresenta um sofrimento a respeito disso, ele não

receberia o diagnóstico de transtorno de ansiedade social. Agora, se ele evita o trabalho, ou a escola, devido aos sintomas de ansiedade social, então deve ser diagnosticado como tal (BARNHILL, 2015).

Muitos dos transtornos de ansiedade se desenvolvem na infância e tendem a persistir se não forem tratados. A maioria ocorre com mais frequência em indivíduos do sexo feminino do que no masculino (proporção de aproximadamente 2:1).

Ao fazer o diagnóstico, o clínico deve considerar o tempo dos sintomas, em geral, duram mais de seis meses, também deve verificar se os sintomas não causados por substâncias ou medicamento. Além disso, o clínico deve levar em conta os fatores culturais, por exemplo, o medo pode ser predominante em pessoas de culturas com forte orientação coletivista (BARNHILL, 2015).

5.2. Transtorno de ansiedade social: sua incidência e seus efeitos nocivos

Na década de 1990, um grande estudo populacional foi realizado nos Estados Unidos para avaliar a prevalência dos transtornos mentais na população desse país, a National Comorbidity Survey (NCS). Este foi posteriormente revisado pela National Comorbidity Survey Replication (NCS-R), em 2001-2002.

De acordo com esse levantamento, a prevalência de fobia social foi de 7,1 em 12 meses e de 12,1 ao longo de toda a vida. No mesmo período, foi realizada, também nos Estados Unidos, a National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC), que constatou a prevalência da fobia social de 2,8% em 12 meses e de 5% ao longo da vida. No último estudo, as taxas mais baixas encontradas podem se dever a critérios mais rigorosos de inclusão diagnóstica.

Em outros países desenvolvidos de cultura ocidental, como Canadá, Austrália e países europeus, as medidas de prevalência de fobia social são semelhantes, em torno de 6% ao longo da vida, em média (CORDÁS, 2014).

Em 2012, foi publicado um estudo de prevalência das doenças psiquiátricas em São Paulo, e a prevalência da fobia social foi de 5,6% ao longo da vida. Já no estudo de Vocaro e colaboradores (2005), a prevalência desse transtorno em um ano e ao longo de toda a vida foi de 9,1% e 11,8%. (CORDÁS, 2014).

Em um estudo epidemiológico, Baptista (2006) encontrou uma prevalência elevada de transtorno de ansiedade social de 11,6% em uma população composta por 2319 estudantes

universitários brasileiros. Identificou-se que os sujeitos do gênero feminino apresentam uma maior prevalência do transtorno de 12,5%, em comparação aos sujeitos do gênero masculino de 7,4%.

O que diz respeito aos tipos de medo a maioria dos sujeitos com transtorno de ansiedade social apresentou medo de falar em público (91,6%), seguido do medo de comer em público (28,3%) e do medo de escrever em público (16,5%). A idade média de início do transtorno de ansiedade social foi de 11,4 anos e o tempo médio de início do transtorno foi de 10,2 anos.

Com base nesses dados, Baptista (2006) relata que o transtorno de ansiedade social é um transtorno sub-reconhecido, subdiagnosticado, e associado à incapacidade de realizar atividades sociais importantes. Em virtude disso, as pessoas com transtorno de ansiedade social avaliam sua qualidade de vida como prejudicada, mostrando insatisfação com a vida e também com sua saúde. Esses dados apontam para a necessidade de diagnóstico precoce para desenvolver modalidades de tratamento eficazes, que atendam às necessidades sociais pessoais e profissionais destas pessoas.

Em países orientais, como Japão e Coreia, a prevalência de fobia social tende a ser mais baixa, 0,8% no Japão e 0,2% na Coreia, ao longo de 12 meses. Enquanto os países asiáticos mostram a menor taxa de prevalência de fobia social, a Rússia apresenta a mais elevada, chegando a 32,6% em um ano (CORDÁS, 2014).

É interessante ressaltar que, em países asiáticos, como Japão e Coreia, uma apresentação culturalmente específica semelhante ao transtorno de ansiedade social mostra-se frequente. É o chamado *taijin Kyofusho*, um transtorno caracterizado também por medo de ser observado em diversas situações sociais. Mas em vez de se preocupar em fazer algo que o envergonhe, como ocorre em culturas ocidentais, o indivíduo preocupa-se em fazer algo que envergonhe ou ofenda o outro.

Esses pacientes temem, por exemplo, emitir sons ou odores ou ainda adotar posturas e expressões faciais que ofendam as demais pessoas presentes. Essa apresentação clínica específica mostra como as diferenças culturais podem influenciar a manifestação e a prevalência dos transtornos mentais nos diferentes países ao redor do mundo (CORDÁS, 2014).

A fobia social é um transtorno que inicia, precocemente, na infância ou na adolescência. Alguns estudos apontam que a idade de início mais frequente é entre 12 e 17

anos, mas a incidência durante a infância também é alta, de 6,8%, sendo até mesmo causa de abandono escolar. O início após os 25 anos parece ser raro (CORDÁS, 2014).

Ainda não está clara a associação entre a presença de maus-tratos na infância ou adversidades psicossociais nessa fase precoce e o surgimento de fobia social (CORDÁS, 2014; SCHIER; RIBEIRO; SILVA, 2014). No entanto, estudos de família e de gêmeos demonstram herdabilidade significativa desse transtorno e de traços de temperamento evitativo.

O transtorno de ansiedade social, com base em estudos com neuroimagem, pode ser influenciado e mantido pelo mau funcionamento da estrutura cerebral ou pelos níveis de neurotransmissores (SCHIER, RIBEIRO, SILVA, 2014; LUZ, DIAS, BEVILAQUA, 2014).

Estudos têm destacado o papel da amígdala nesse transtorno, uma vez que ela é importante para atenção e vigilância em situações aversivas ou ambíguas. Ela permite a detecção rápida de estímulos no ambiente que representem ameaça ao indivíduo.

Outros estudos sobre o condicionamento de medo em animais e humanos apoiam o papel crucial da amígdala na aquisição e evocação de memórias de medo. A relação entre a amígdala e o transtorno de ansiedade social deve-se ao fato de que esse transtorno é caracterizado por reações de medo exagerado, por maior vigilância a sinais de perigo em potencial (LUZ; DIAS; BEVILAQUA, 2014).

Diversos estudos tentam identificar genes específicos relacionados com a TAS, particularmente o gene do transtorno de serotonina (5-HTT) humano. No entanto, esses resultados não têm sido replicados de modo consistente e têm pontos fracos devido a amostras pequenas ou à falta de um grupo-controle.

Estudos de hereditariedade por meio da observação da família e de gêmeos têm-se mostrado mais promissores do que a tentativa de encontrar uma alteração genética específica, especialmente por esses estudos incluem amostras maiores e porque ansiedade é um fenômeno multifatorial (LUZ; DIAS; BEVILAQUA, 2014).

A maioria dos estudos epidemiológicos aponta que a fobia social é mais comum em mulheres do que em homens, inclusive em estudos brasileiros, prevalências de 6,7% e 4,2%, respectivamente.

Entretanto, a proporção de homens em amostras de pacientes com fobia social é alta em comparação com outros transtornos psiquiátricos. Em alguns estudos com amostras clínicas, nem mesmo foram encontradas diferenças entre gêneros.

Cabe destacar que as mulheres tendem a se apresentar com mais frequência aos serviços de saúde e solicitar ajuda médica do que os homens, de modo que a prevalência de fobia social nestes casos pode estar subestimada (CORDÁS, 2014).

Algumas pesquisas apresentam correlações sociodemográficas que se podem estabelecer com o desenvolvimento de fobia social, como classe social mais baixa, pior situação financeira, nível mais baixo de escolaridade, estar desempregado e ser solteiro. Contudo, não está esclarecido se essas associações apontam para as causas ou consequências do diagnóstico desse transtorno. (CORDÁS, 2014).

Estudos relatam que a fobia social tem a duração de mais de 10 anos, com a apresentação média de 16,3 anos, chegando a constituir um transtorno crônico. As comorbidades com outros transtornos psíquicos são extremamente comuns.

Um estudo populacional multinacional sugere que cerca de 50% dos pacientes que sofrem de fobia social apresentam também diagnóstico de outro transtorno psiquiátrico. As principais associações foram com agorafobia (odds ratio [OR] = 21,6), transtorno de ansiedade generalizada (OR = 13,5), transtorno de pânico (OR = 11,6) e depressão (OR = 10,2) (CORDÁS, 2014).

Outros estudos mostram que a presença de comorbidades pode variar entre 69% e 92% dos casos de fobia social, de modo que a apresentação apenas do transtorno poderia ser considerada a exceção, e não a regra. Em comorbidade, a fobia social agrava o prognóstico de outros transtornos mentais, aumenta sua cronicidade e gravidade e, no caso de depressão, eleva o risco de suicídio (CORDÁS, 2014).

As pessoas com transtorno de ansiedade social, devido às próprias características da doença, apresentam dificuldade de buscar tratamento no sistema de saúde. Estima-se que apenas metade dos pacientes com fobia social procure tratamento. Essa procura normalmente é retardada e pode demorar em até 15 a 20 anos do início da apresentação dos sintomas.

Além disso, boa parte dos pacientes que chegam ao serviço de saúde não é atendida por serviço especializado. Segundo Cordás (2014), é possível afirmar que muitos pacientes permanecem não diagnosticados e sem tratamento adequado para esse transtorno crônico, e muitas vezes incapacitante (CORDÁS, 2014).

Estudos epidemiológicos indicam que o transtorno de ansiedade social tem grande impacto funcional negativo, tanto social quanto educacional e ocupacional. A presença do transtorno causa o abandono escolar e o maior risco de desemprego, além de maior engajamento em cargos abaixo do nível de qualificação do indivíduo.

Um estudo com 771 pacientes com fobia social mostrou que os prejuízos sociais, ocupacionais e médicos ocasionados pela doença ocorrem independentemente da presença de comorbidades clínicas ou psiquiátricas (CORDÁS, 2014).

De acordo com o estudo do grupo europeu ESEMed, o índice de dias de trabalho perdidos para pacientes com fobia social foi de 0,24 (IC 95% = 0,16-0,31), bem maior do que o de indivíduos sem transtorno psiquiátrico (0,03 - IC 95% = 0,02-0,04).

Devido ao alto índice de absenteísmo, maiores taxas de desemprego e dependência financeira, associada aos custos com medicações e cuidados de saúde, a fobia social mostra-se um transtorno de elevado custo para a sociedade.

Os dados obtidos na pesquisa de Vocaro e colaboradores, citado anteriormente, são semelhantes aos de outros países. Foram observadas piores condições socioeconômicas (menor renda familiar e menor nível educacional) e maiores gastos com saúde em pacientes com fobia social do que em indivíduos da mesma comunidade sem esse transtorno (CORDÁS, 2014).

6. FREUD: DA MEDICINA À PSICANÁLISE

Sigmund Freud forma-se em medicina em 1881 e prefere seguir a área de Neurologia. Após a formação, ele começa a trabalhar como pesquisador em laboratórios de fisiologia e de anatomia cerebral.

No período que era docente na Universidade de Viena e médico no Hospital Geral de Viena, ele publica muitos artigos científicos em revistas especializadas sobre doenças orgânicas do sistema nervoso. Também publica um livro sobre paralisias cerebrais infantis, considerado um trabalho importante para a Neurologia clínica (PRISZKULNIK, 2000).

Ele se destaca como médico clínico por realizar diagnósticos precisos e conseguir situar o local da lesão de modo apurado. É justamente por dominar tão bem sua área que Freud percebe que é preciso buscar conhecimento em outras áreas, para entender e intervir nas doenças de sua época (PRISZKULNIK, 2000).

Por questões pecuniárias, ele começa a se interessar pelo estudo das doenças nervosas e decide estudar com Charcot, em Paris. Ele realiza uma descrição completa dos fenômenos histéricos, demonstra que eles têm suas próprias leis e regularidades e indica como reconhecer os sintomas que permitem realizar o diagnóstico.

Charcot considera a histeria uma doença nervosa completa, autônoma, funcional e sem traços lesionais. Freud fica impressionado com as investigações de Charcot acerca da histeria, principalmente pelo fato de que elas possibilitam perceber o poder da palavra, o poder de criar e de eliminar sintomas (PRISZKULNIK, 2000).

A partir dessa experiência, Freud começa a tratar seus pacientes “nervosos” com a hipnose. Entretanto, ele a usa de modo peculiar, não se limita à sugestão e formula perguntas aos pacientes sobre a origem dos seus sintomas, sobre a sua vida, inclusive sobre a sua vida sexual (PRISZKULNIK, 2000).

Contudo, os conhecimentos científicos da sua época não explicam os sintomas histéricos dos seus pacientes. Na busca por respostas para as suas questões, Freud cria uma nova concepção de clínica, fundamentada na fala do paciente e na escuta do médico (futuramente psicanalista) (PRISZKULNIK, 2000).

Freud defende a ideia de que o inconsciente determina tudo o que a consciência e o sujeito sentem, pensam, fazem, falam, etc. Desse modo, ele desloca a consciência de um lugar central na nossa vida psíquica, e questiona a origem exclusivamente orgânica das doenças.

Mostra que a “fala” tem função terapêutica, pois os sintomas podem ser eliminados por meio das palavras (PRISZKULNIK, 2000).

Ele acredita que o sintoma tem um sentido inconsciente, afastado da consciência, que está relacionado à história de vida do paciente. Para buscar decifrar o sentido do sintoma, que carrega a marca do desejo inconsciente (verdade do sujeito), o psicanalista pede ao paciente que fale de si sem censura (associação livre) (PRISZKULNIK, 2000).

Quando Freud convidou os seus pacientes a associar livremente,

[...] ele fez uma mudança radical na concepção em como lidar com os pacientes: não considerá-los apenas como objeto de investigação - do qual se possa obter um conhecimento através do exame desse objeto de investigação - mas, ele estabeleceu com seus pacientes, uma relação. Fundamentalmente, a Psicanálise - diferentemente do que se fazia até então - é uma relação entre falantes. [...] Portanto, quando Freud propôs a associação livre aos seus pacientes, ele introduziu um novo método de investigação (NOGUEIRA, 2004, p.86).

Na psicanálise, não há separação entre sujeito e objeto, porque há transferência (sujeito e objeto são afetados um pelo outro), e essa é um fenômeno humano, que ocorre nas relações humanas. Logo, a transferência não é restrita ao campo psicanalítico. A psicanálise, por meio da transferência, possibilita uma investigação que nunca havia sido feito antes de Freud (NOGUEIRA, 2004).

A transferência significa a constituição de um campo relacional que esteja em causa a hipótese do inconsciente. “Operar com o inconsciente implica pois a suposição de um saber que ‘não se sabe’, mas que é suposto” (COSTA; POLI, 2006, p.4).

O termo inconsciente significa literalmente “insabido”. É algo que se situa num espaço transferencial em que o “insabido” se expressa como formações do inconsciente. Assim, ele inclui o pesquisador na própria formação. O saber inconsciente, portanto, não é um conhecimento prévio que estava ali, no paciente, e será colhido pelo psicanalista (COSTA; POLI, 2006).

Freud descobriu que para ter acesso ao inconsciente era preciso estabelecer uma relação com seus pacientes, transferência, e usar a associação livre e a atenção flutuante. O que caracteriza a psicanálise é a investigação da subjetividade, e o seu rigor é dado pela fidelidade a essas condições, e não pelo cumprimento dos pressupostos da ciência positiva (SAFRA, 2001).

O diagnóstico em psicanálise não é realizado de maneira objetiva, ele não é feito a partir dos sintomas, por exemplo, se a pessoa tem tais sintomas, ela tem tal transtorno. O analista também não segue roteiros previamente estabelecidos. O diagnóstico é feito na transferência e determina a direção do tratamento. Além disso, ele é preliminar, pois é quase impossível defini-lo (fechá-lo) sem certo tempo de análise (tratamento) (PRISZKULNIK, 2000).

Já a clínica médica apoia-se na observação clínica, no exame corporal, às vezes, em exames laboratoriais, na prescrição de medicamentos, entre outros. O diagnóstico médico de transtorno entende as manifestações do sujeito como uma enfermidade que deve ser eliminada por meio de intervenções medicamentosas. Reduz, com isso, a dimensão subjetiva ao corpo biológico (PRISZKULNIK, 2000).

O paradigma que orienta a clínica médica é positivista, o qual não é seguido apenas pelos médicos, mas também por outros profissionais, como psicólogos, fonoaudiólogos, psicopedagogos, etc. Esses profissionais aceitam a nomenclatura das doenças (doenças com substrato orgânico), recorrem às técnicas padronizadas de tratamento e realizam diagnósticos a partir de pesquisas científicas, como do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) (PRISZKULNIK, 2000).

Eles valorizam os pressupostos que a ciência determina, isto é, a objetividade, a quantificação, a homogeneidade, a generalização, etc. Eles valorizam, portanto, um trabalho baseado na consciência e na razão (PRISZKULNIK, 2000).

Na clínica psicanalítica, como mencionado, o psicanalista apoia-se na associação livre, pois o que se deseja ouvir é um saber inconsciente, que é produzido na transferência. Esse saber, então, não é aquele que o analisando tem consciência e esconde dos outros.

É um saber construído na transferência a partir da associação livre do paciente e da escuta flutuante do analista. A associação livre, assim como a escuta flutuante, deve obedecer a mesma regra: ser sem censura.

O analista precisa escutar sem privilegiar partes da fala do paciente, enquanto este deve falar sem priorizar determinados acontecimentos de sua história, ou seja, falar o que vier à mente, sem censura (PRISZKULNIK, 2000).

O psicanalista não visa à cura, pois ela é efeito do trabalho analítico, a posteriori. O paciente espera que o analista explique a causa do seu sintoma e o elimine. Mas o psicanalista

não dá a resposta ao paciente, não responde a sua demanda. Desse modo, o analista instiga o paciente a decifrar o sentido subjetivo do seu sintoma (PRISZKULNIK, 2000).

Na psicanálise, o paciente, de certo modo, se cura “sozinho”, ele se cura à medida que fala e que verbaliza seu mal-estar, pois a própria fala é terapêutica. A psicanálise, portanto, compreende de modo diferente a noção de cura e de sintoma.

Freud (1924-25) postula que o sintoma encobre uma função de solução de compromisso entre duas forças contrárias: às exigências da civilização, ligadas ao princípio da realidade, por um lado, e o desejo inconsciente, ligado ao princípio do prazer, por outro.

O sintoma se forma quando as “duas forças que entraram em luta encontram-se novamente no sintoma e se reconciliam, por assim dizer, através do acordo representado pelo sintoma formado. É por essa razão, também, que o sintoma é tão resistente: é apoiado por ambas as partes em luta.” (FREUD, 1924-25, p. 361)

Ele é substituto de uma satisfação pulsional que não pode se realizar, revelando e ocultando o conflito psíquico. O sintoma é, assim, uma resposta frente a esse mal-estar, uma espécie de negociação dos desejos com as demandas sociais.

No processo de constituição da psicanálise, Freud adota uma metodologia própria. Ele fez pesquisa a partir da análise de casos clínicos, forma que se tornou tradicional apenas depois dele. Também realizou pesquisa de diferentes produções, como sonhos, esquecimentos, lapsos, chistes, etc, nas quais o sujeito do inconsciente estava implicado.

Freud, como se sabe, não se limitou ao conhecimento científico para compreender as patologias e o ser humano. Pelo contrário, ele recorreu a diversas áreas do conhecimento com o intuito de entender a complexidade do ser humano.

Para isso, ele tomou o indivíduo a partir de uma concepção biopsicossocial. Analisou os fenômenos sociais para compreender processos individuais. Ele recusou a divisão indivíduo-sociedade, e chegou a afirmar textualmente que a psicologia individual é também social.

Ele demonstrou isso em vários textos de sua obra, principalmente naqueles considerados sociais, dos quais se destacam *Psicologia das massas e análise do Ego* (1921), *Totem e tabu* (1913), *Mal estar na civilização* (1929) e *Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância* (1910). Freud, desse modo, apontou a importância de um “além da clínica” para a pesquisa psicanalítica, e essa metodologia se mantém até os dias atuais (COSTA; POLI, 2006).

7. FOBIA SOCIAL: CONTRIBUIÇÕES DE FREUD (1894 A 1898)

Antes de discutir o TAS a partir da perspectiva freudiana, será visto primeiro como Freud compreendia a fobia no início de seus trabalhos, entre os anos de 1893 a 1898. Apesar de Freud ter elaborado esses textos no início de sua obra, eles são tão importantes como os da segunda tópica, para a compreensão da fobia, assim como da fobia social. Independente do objeto temido, todos os tipos de fobia são marcados por angústia e medo, provocados por um conflito psíquico e também possuem os mesmos mecanismos de defesa, etc.

Os principais trabalhos dessa época são: *As neuropsicoses de defesa* (1894), *Obsessões e fobia* (1895b) e *Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada “neurose de angústia”* (1895c). Nesses trabalhos, a fobia não recebeu destaque, pois Freud estava mais empenhado em compreender a origem psíquica dos fenômenos somáticos e classificar as doenças psíquicas.

Foram nesses trabalhos que Freud começou a construir suas hipóteses e sua teoria. A primeira patologia sistematizada por ele foi a histeria, depois, entre os anos de 1894 e 1895, ele começou a elaborar sua teoria a respeito das obsessões e das fobias.

Primeiro será visto como Freud compreendia a fobia entre os anos de 1894 a 1898, e depois serão apresentados os conceitos de narcisismo, superego, delírio de observação e realidade psíquica, os quais são fundamentais para discutir a fobia social a partir da perspectiva psicanalítica.

7.1. Fobia: 1894-1898

As neuropsicoses de defesa (1894) é o primeiro texto no qual Freud aborda pela primeira vez a fobia. Ela é definida juntamente com as neuroses e obsessões como resultante do mesmo mecanismo defensivo. Contudo, a histeria se diferencia da obsessão e da fobia quanto ao destino do afeto durante o recalque.

É também nesse texto que Freud apresenta, de maneira mais abrangente, sua concepção de que a neurose se origina de um processo de defesa contra experiências e sensações sexuais. Nesse texto, ele começa a destacar a importância da sexualidade na etiologia das neuroses, pois percebe, principalmente nas mulheres, que as representações incompatíveis se originam da vida sexual (GURFINKEL, 2012).

Na histeria, a representação incompatível é tornada inócua graças à transformação de sua soma de excitação em algo somático. Como a excitação (o afeto) é convertida em alguma coisa somática, Freud propôs o nome de conversão (FREUD, 1894).

De acordo com Freud (1894, p.29), “[...] o fator característico da histeria não é a divisão da consciência, mas a capacidade de conversão [...]”. Existiria na histeria “[...] uma aptidão psicofísica para transpor enormes somas de excitação para a inervação somática”. A conversão pode ser total ou parcial, e pode ocorrer tanto na linha de inervação motora quanto sensorial. Ela também pode estar próxima ou distante da experiência traumática.

Ao contrário da histeria, o afeto na fobia e na obsessão não sofre conversão, mas separa-se da representação incompatível, e torna-se livre e liga-se a outras representações. Graças a essa “falsa ligação”, tais representações se transformam em representações obsessivas e fóbicas.

O afeto liberado pode-se unir a qualquer representação. Assim, a angústia liberada, cuja origem sexual não deve ser lembrada pelo paciente, pode apoderar-se das fobias primárias comuns da espécie humana. Essas podem estar relacionadas com animais, tempestades, escuridão, ou pode associar-se a algo de conteúdo sexual, como a micção, a defecação ou, de um modo geral, a sujeira e o contágio (FREUD, 1894).

Para Freud, é menos vantajoso para o ego a transposição de afeto como método de defesa do que escolhendo a conversão histérica da excitação psíquica em inervação somática. “O afeto de que o ego sofre permanece como antes, inalterado e não diminuído, com a única diferença de que a representação incompatível é abafada e isolada da memória” (FREUD, 1894, p.31). O que diferencia as fobias e as obsessões da histeria é o mecanismo de transposição do afeto.

Um ano mais tarde, no artigo *Obsessões e fobias: seu mecanismo psíquico e sua etiologia* (1895), Freud diferencia as fobias das obsessões. Agora elas passam a ser entendidas por ele como neuroses distintas com mecanismos e etiologias específicos. Desse modo, a fobia torna-se uma categoria clínica específica.

A principal distinção entre a fobia e a obsessão encontra-se no estado emocional. Nas fobias, “esse estado emocional é sempre de ‘angústia’, ao passo que, nas obsessões verdadeiras, outros estados emocionais, como a dúvida, o remorso ou a raiva, podem ocorrer tanto quanto a angústia” (FREUD, 1895, p.41). Portanto, a emoção central na fobia “é sempre de angústia, de medo” (FREUD, 1895, p.45).

Nessa nova conceituação, a fobia é causada pelo acúmulo de tensão sexual produzida pela abstinência ou pela excitação não consumada. A angústia vivida, nessa situação, não é decorrente de um conflito psíquico nem de uma representação incompatível da vida sexual, pois não há mecanismo psíquico envolvido na fobia. Justamente por não ter uma origem psíquica, Freud situa as fobias no quadro das neuroses de angústia.

Diferente das fobias, as obsessões são provocadas por conflitos psíquicos, de origem infantil, cuja expressão é sempre de ordem simbólica. O conflito psíquico é causado por uma representação incompatível de origem sexual. Como as obsessões possuem um mecanismo psíquico, Freud as classifica como psicose neuroses.

Os sintomas obsessivos são um ato de defesa do ego contra a representação incompatível, que é substituída por outra representação, desvinculada de sua origem sexual e infantil. Essa substituição pode ocorrer tanto no nível consciente quanto inconsciente.

Entre meus pacientes há alguns que se recordam do esforço deliberado de banir a representação ou recordação aflitiva do campo da consciência. Em outros casos, a expulsão da representação incompatível é processada de modo inconsciente, que não deixa nenhum traço na memória do paciente (FREUD, 1895, p.45).

Os sintomas obsessivos, normalmente, são atos de prevenção, como lavar excessivamente as mãos, limpar demasiadamente a casa, para evitar a contaminação, a sujeira etc. Já os sintomas fóbicos são caracterizados por um medo excessivo, e foram diferenciados por Freud de acordo com a natureza do objeto temido: (1) fobias comuns, medo intenso de coisas que todos detestam ou temem em alguma medida, tais como a noite, a solidão, a morte, as doenças, os perigos em geral, as cobras etc.; (2) fobias contingentes, medo de condições especiais que não inspiram medo ao homem normal: por exemplo, agorafobia e as outras fobias da locomoção.

Freud (1895b) é enfático ao afirmar que na fobia só existe um estado emocional de angústia, e que não há nenhuma representação incompatível substituída. Para exemplificar, ele cita a agorafobia, que é caracterizada pela recordação de um ataque de angústia. O que o paciente teme é a ocorrência de um novo ataque em outras ocasiões. Portanto, na fobia, existe apenas angústia, não há conflito psíquico.

Já no texto *Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada neurose de angústia* (1895c), Freud estava empenhado em seu

“Projeto para uma Psicologia Científica”, no qual ele tentava formular os dados da psicologia em termos neurológicos.

Nesse texto, ele enfatiza que a neurose de angústia é uma entidade clínica, cujo sintoma principal é a angústia. Ela pode ocorrer tanto isoladamente quanto combinada com outras neuroses.

O quadro clínico da neurose de angústia abrange os seguintes sintomas: (1) irritabilidade geral; (2) expectativa angustiada; (3) ataques de angústia; (4) variação de tipos de angústia (com distúrbios respiratórios, suor, tremores e calafrios etc.); (5) pavor nocturnus dos adultos; (6) vertigem; (7) dois grupos de fobias típicas: de riscos fisiológicos e de locomoção; (8) vômitos ou uma fome devoradora; (9) parestesias; (10) diarreia, vertigem, parestesias.

Segundo Freud (1895c), as fobias da neurose de angústia e as fobias da neurose obsessiva apresentam semelhanças e diferenças:

[...] o que elas têm em comum é que, em ambas, uma representação torna-se obsessiva em decorrência de estar ligada a um afeto disponível. O mecanismo de transposição do afeto, portanto, é válido em ambos os tipos de fobia. Contudo, nas fobias da neurose de angústia (1) esse afeto tem sempre a mesma tonalidade, que é a da angústia; e (2) o afeto não se origina numa representação recalcada, revelando-se não adicionalmente redutível pela análise psicológica, nem equacionável pela psicoterapia. Portanto, o mecanismo da substituição não é válido para as fobias da neurose de angústia (FREUD, 1895-1984, p.55).

As fobias da neurose de angústia e as fobias da neurose obsessiva (e também as obsessões) frequentemente aparecem juntas. É comum uma fobia simples, pertencente a uma neurose de angústia, ter seu conteúdo substituído por outra representação, e essa substituição é subsequente à fobia. Geralmente, o que mais se emprega como substituições são as “medidas protetoras” originalmente usadas para combater a fobia.

Por exemplo, a “mania especulativa” é suscitada a partir dos esforços do sujeito para provar que ele não é louco, como lhe afirma sua fobia hipocondríaca; as hesitações e a dúvida, e mais ainda as repetições da folie du doute (mania de duvidar) emergem de uma dúvida justificável quanto à certeza do curso do próprio pensamento, já que se está cômico do persistente distúrbio deste por representações de tipo obsessivo, e assim por diante. Portanto, podemos afirmar que também muitas das síndromes da neurose obsessiva, como a folie du doute e outras semelhantes, devem ser consideradas, clínica, se não conceitualmente, como pertencentes à neurose de angústia (FREUD, 1895-1984, p.55).

Os fatores etiológicos das neuroses de angústia, assim como das demais neuroses, são encontrados na vida sexual dos indivíduos. Mas as neuroses de angústia são desencadeadas por situações diferentes nos homens e nas mulheres.

As situações etiológicas nas mulheres são: a angústia virginal das jovens quando toma contato com cenas sexuais, a angústia da recém-casada que permanece anestésica por um longo tempo, das mulheres cujos maridos sofrem de ejaculação precoce, das viúvas e das mulheres de climatério. As mulheres, segundo Freud, possuem uma predisposição “inata”, porém ele não esclarece como isso ocorre.

No caso dos homens, ele menciona os seguintes fatores etiológicos: homens abstinente voluntariamente, os que experimentam continuamente uma excitação não consumada e os homens senescentes (que vivem uma espécie de climatério masculino). Acrescenta-se, ainda, situações que afetam ambos os sexos, tais como a abstinência após período de intensa masturbação e o excesso de trabalho.

Na neurose de angústia, há um acúmulo de excitação somática, de origem sexual. Essa excitação se acumula por causa de uma insuficiência psíquica em manejar a excitação somática. A angústia, que caracteriza essa neurose, corresponde a essa excitação acumulada.

A psique é invadida pelo afeto de angústia quando se sente incapaz de lidar, por meio de uma reação apropriada, com uma tarefa (um perigo) vinda de fora; e fica presa de uma neurose de angústia quando se percebe incapaz de equilibrar a excitação (sexual) vinda de dentro - em outras palavras, ela se comporta como se estivesse projetando tal excitação para fora (FREUD, 1895c, p.64).

É a própria excitação somática do sujeito que, quando impossível de ser tratada psiquicamente, ameaça-o como um perigo externo. Neste texto, Freud chega a afirmar que a neurose de angústia é o equivalente somático da histeria devido às semelhanças entre elas.

Em ambas, há (1) um acúmulo de excitação; (2) uma insuficiência psíquica; (3) há um desvio da excitação para o campo somático em vez de uma elaboração psíquica da excitação. A diferença entre elas é que a neurose de angústia é puramente somática (excitação sexual somática) e a histeria é psíquica (provocada por um conflito).

No texto *A sexualidade na etiologia das neuroses* (1898), Freud destaca novamente a etiologia sexual das neuroses, e esclarece a diferença entre a neurastenia e as psiconeuroses. Apesar de a neurastenia e de as psiconeuroses possuírem uma etiologia sexual, a primeira é causada por acontecimentos recentes e a segunda por eventos da infância. Esse é o primeiro grande contraste na etiologia das neuroses.

Os medos presentes na neurastenia são diferentes dos medos da obsessão e da fobia, pois não há nenhuma representação recalcada da qual o afeto de angústia possa ter-se separado. Na neurastenia, não há recalçamento, não há conflito psíquico, portanto ela não é classificada como uma psicose. Diferente da histeria, da obsessão e da fobia que estão incluídas no campo das psicoses.

A segunda diferença entre a neurastenia e a psicose refere-se à sintomatologia. Na neurastenia, destacam certas queixas, como pressão intracraniana, propensão à fadiga, dispepsia, constipação, irritação espinhal etc.

Já nas psicoses, esses sinais desempenham um papel menor e o quadro clínico se compõe de outros sintomas, os quais estabelecem uma relação com o sintoma nuclear, o de angústia (ansiedade, inquietação, expectativa angustiada, ataques de angústia completos, rudimentares ou complementares, vertigem locomotora, agorafobia, insônia, maior sensibilidade à dor, e assim por diante).

Como já mencionado, a verdadeira etiologia das psicoses encontra-se nas experiências sexuais infantis. Por isso, é um erro ignorar a vida sexual das crianças, de acordo com Freud. Elas “são capazes de todas as atividades sexuais psíquicas, e também de muitas atividades somáticas” (FREUD, 1895c, p.164). Em virtude disso, Freud adverte que

É preciso romper a resistência de toda uma geração de médicos que já não conseguem lembrar-se de sua própria juventude; o orgulho dos pais, que não se dispõem a descer ao nível da humanidade ante os olhos de seus filhos, precisa ser superado; e o puritanismo insensato das mães deve ser combatido - das mães que consideram um golpe incompreensível e merecido do destino que “justamente os filhos delas sejam os que se tornam neuróticos”. Mas, acima de tudo, é necessário criar um espaço na opinião pública para a discussão dos problemas da vida sexual. Tem que ser possível falar sobre essas coisas sem que se seja estigmatizado como um arruaceiro ou uma pessoa que tira proveito dos mais baixos instintos. E também aqui há trabalho suficiente para se fazer nos próximos cem anos - nos quais nossa civilização terá que aprender a conviver com as reivindicações de nossa sexualidade (FREUD, 1895c, p.163).

A sexualidade, para Freud, não se limita aos órgãos genitais externos e às duas glândulas reprodutoras, e não começa apenas na puberdade. As restrições à atividade sexual durante a infância, segundo Freud (1895c), devem-se a organização e a evolução da espécie humana. Nela, as forças pulsionais sexuais são armazenadas desde a infância para que possam ser liberadas na puberdade, e usadas para fins culturais.

Diante do que foi apresentado, pode-se notar que, apesar de Freud ter elaborado esses trabalhos no início de sua obra, eles apresentam considerações muito importantes sobre a fobia, inclusive algumas permaneceram até o final da obra freudiana.

Por exemplo, em 1895, Freud já tinha definido que as fobias eram caracterizadas por angústia e medo, e as diferenciou de acordo com o objeto temido, como agorafobia, fobias da locomoção, etc. Freud também já tinha percebido a importância da sexualidade na etiologia das neuroses como causa dos conflitos psíquicos, e que o afeto na fobia não sofre conversão como na histeria, pois ele se separa da representação incompatível e se liga a outras representações, como a de pessoas, no caso da fobia social. Ele também constata que a fobia é causada por uma insuficiência psíquica em manejar a excitação somática, que passa a ameaçar o fóbico como um perigo externo.

Os trabalhos apresentados até aqui foram importantes para refletir sobre a etiologia da fobia, seus processos psíquicos, seus mecanismos de defesa. No próximo tópico, será abordado os conceitos de narcisismo e superego, que contribuição para a discussão da fobia social.

8. FOBIA SOCIAL: CONTRIBUIÇÕES DE FREUD (SEGUNDA TÓPICA)

8.1. Narcisismo e superego

O texto *Introdução ao Narcisismo*, de 1914, é decisivo para compreender como o ego se torna objeto da pulsão no narcisismo, durante a infância, para depois entender como ele volta a ser objeto da pulsão, na fase adulta, através do retorno da libido ao ego, nomeado por Freud de introversão, a qual ocorre na neurose e, conseqüentemente, na fobia social. Também, como já mencionado, para entender o sentimento de inferioridade e a sensação de ser observado e julgado pelo outro na fobia social.

A partir do conceito de narcisismo, o ego também passa a ser considerado uma instância que é em grande parte inconsciente e desconhecida, e que está em uma relação de dependência das outras instâncias, id e superego, e da realidade externa. Sua autonomia é relativa, pois ele sofre com as reivindicações do id, com os imperativos do superego e as exigências da realidade.

Segundo Freud (1915), o ego parece autônomo e unitário, mas esta aparência é enganosa. Na verdade, não há fronteira nítida entre ego, id, superego e realidade externa. Apesar disso, em uma perspectiva externa, o ego parece ter limites claros e precisos. No entanto, a fronteira entre as instâncias é sutil e volátil, por exemplo, no auge do enamoramento a fronteira entre o ego e o objeto parece desaparecer, como se eles fossem apenas um. Além disso, a própria patologia apresenta vários estados em que a delimitação do ego ante o mundo externo se torna problemática.

Casos em que partes do próprio corpo, e componentes da própria vida psíquica, percepções pensamentos afetos no surgem como aliados e não pertencentes ao ego; outros, em que se atribui ao mundo externo o que evidentemente surgiu no ego e deveria ser conhecido por ele. Logo também o sentimento do ego está sujeito a transtornos, e as fronteiras do ego não são permanentes (FREUD, 19015, p.11-12).

Após o conceito de narcisismo, o ego começa ser considerado um grande reservatório de libido, de onde ela é enviada para os objetos e para onde ela retorna, caso ocorra uma introversão (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

No narcisismo, o ego investe em si mesmo, constituindo-se como o primeiro objeto de investimento sexual. Há, a priori, um originário investimento libidinal do ego, que depois é cedido aos objetos. O indivíduo, ainda na fase oral, não consegue discernir identificação de investimento objetal.

O narcisismo é indispensável para o desenvolvimento do ser humano. Ele é um complemento libidinal do egoísmo da pulsão de autoconservação, que pode ser encontrado em todo ser vivo, distinguindo apenas em proporção. Um forte egoísmo protege contra o adoecimento, mas também é necessário investir a libido para evitar o adoecimento (FREUD, 1914).

Só mais tarde que o ego toma conhecimento dos investimentos objetais que procedem do id. Mas o ego ainda se encontra frágil para lidar com as demandas do id. Frente a elas, o ego só tem duas saídas: ou as aprova, ou as afasta através do recalque.

Nota-se também uma oposição entre libido do ego e libido do objeto. Quanto mais se emprega uma, mais se empobrece a outra. O investimento libidinal está sujeito a modificações, ele não é estático, de modo que os investimentos objetais podem ser avançados e novamente recuados.

É necessário que o aparelho psíquico ultrapasse as fronteiras do narcisismo e ponha a libido em objetos. “É preciso começar a amar, para não adoecer, e é inevitável adoecer, quando, devido à frustração, não se pode amar” (FREUD, 1914, p.20).

No estado de enamoramento, pode se notar o mais alto nível de investimento libidinal, em que se apresenta um abandono de si em favor do investimento de objeto. É necessário investir a libido em objetos, pois o seu represamento no ego é sentido como algo desprazeroso. Para Freud, o objeto é aquele junto ao qual, ou através do qual a pulsão pode alcançar a sua meta.

“É o que há de mais variável na pulsão, não estando originariamente a ela vinculado, sendo apenas a ela atribuído por sua capacidade de tornar possível a satisfação” (FREUD, 1915a, p.58). O objeto é aquilo que propicia satisfação, e pode ser o próprio corpo do indivíduo ou parte dele. Sua principal característica é o fato de ser contingente, isto é, de sempre poder ser modificado.

O fato de não ser amado, na vida amorosa, diminui o amor-próprio, enquanto ser amado o aumenta. Ser amado representa o objetivo e a satisfação na escolha narcísica de objeto. No entanto, o investimento libidinal de objetos não aumenta o amor-próprio. “A dependência do objeto amado tem efeito rebaixador; o apaixonado é humilde” (FREUD,

1914, p.31). Ao amar, se perde uma parte do próprio narcisismo, que só pode ser recuperado quando se é amado.

A percepção da impotência da própria incapacidade para amar, devido a distúrbios psíquicos ou físicos, tem efeito altamente rebaixador no amor-próprio. Aí devemos encontrar, na minha avaliação, uma das fontes do sentimento de inferioridade relatado espontaneamente pelos que sofrem de neurose de transferência. Mas a fonte principal desse sentimento é o empobrecimento do ego que resulta dos enormes investimentos libidinais dele retirados [...] (FREUD, 1914, p.31).

Com o recalque da libido, o investimento amoroso é sentido como grave diminuição do ego, o que torna impossível a satisfação amorosa. Nesse caso, o ego não pode ser enriquecido novamente quando amado, e a única saída é retirar a libido dos objetos.

Além do investimento libidinal em objetos, a elaboração psíquica ajuda extraordinariamente no desvio interno de excitações, que não são capazes de uma direta descarga externa, ou para as quais isso não seria desejável no momento.

No princípio, é indiferente se a elaboração interna utiliza objetos reais ou imaginários. Apenas, posteriormente, o investimento libidinal a objetos irrealis, passa a ser considerado uma introversão, que produz um represamento da libido.

O primeiro investimento libidinal do ego é o seu próprio corpo, que corresponde ao autoerotismo, só após o ego passa a ter condições de investir em um objeto externo. As primeiras satisfações sexuais auto-eróticas são experimentadas em conexão com funções vitais de autoconservação (FREUD, 1914).

As pulsões sexuais se apoiam, no início, na satisfação da pulsão do ego, somente mais tarde tornam-se independentes. Os primeiros objetos sexuais da criança são as pessoas encarregadas da nutrição, do cuidado e da proteção dela, e dentre elas a mãe ou quem a substitui se destaca, devido à criança ser mais dependente.

O ser humano, portanto, tem originalmente dois objetos sexuais: ele próprio e a pessoa que o cria, que futuramente influenciará na escolha de objeto amoroso pelo indivíduo, que pode ser do tipo “apoio”, segundo o modelo da mãe, ou narcísico, a si mesmo.

Freud adverte que as relações com os pais, ou cuidadores, são complexas devido à relação edípica e à bissexualidade constitucional do indivíduo. Elas são responsáveis pelos sentimentos ambivalentes em relação aos pais.

A interferência da bissexualidade torna mais difícil compreender as primitivas identificações e escolhas objetais. Por exemplo, no caso do menino, a bissexualidade pode

levá-lo a se identificar com a mãe e a exibir uma atitude terna e feminina com o pai, e consequentemente uma ciumenta e hostil com a mãe (FREUD, 1914).

Como mencionado, o narcisismo primário pode ser observado na atitude terna de muitos pais para com seus filhos, que é a revivescência e reprodução do seu próprio narcisismo. Devido à marca deixada pelo narcisismo, os pais tendem a superestimar seus filhos, a lhes atribuir todas as perfeições, e a ocultar e esquecer todos os defeitos, assim como negar a sexualidade infantil.

A criança passa a ser o centro e o âmago da família, e tem o dever de concretizar os sonhos não realizados de seus pais. Ela representa a própria imortalidade dos pais. Segundo Freud, o amor paterno é, no fundo, infantil. É o próprio narcisismo renascido, que, apesar de sua transformação objetal, não esconde a sua verdadeira natureza.

Durante a infância, o indivíduo recebeu fortes investimentos libidinais dos pais, era considerado precioso, perfeito e digno de todo o amor. No âmbito da libido, o indivíduo é incapaz de renunciar a satisfação que na infância foi desfrutada pelo ego. Ele quer continuar gozando da perfeição narcísica de sua infância, e procura mantê-la por meio do novo ideal do ego.

O indivíduo dirige o seu amor próprio ao ideal do ego, que é o narcisismo deslocado para o ideal do ego. “O que ele projeta diante de si como seu ideal é o substituto para o narcisismo perdido da infância na qual ele era o seu próprio ideal” (FREUD, 1914, p.28).

De acordo com Freud (1923), o ideal do ego é herdeiro do complexo de Édipo. Ele se origina da primeira e mais significativa identificação do indivíduo, com o pai. “É uma identificação direta, imediata, mais antiga do que qualquer investimento objetal” (1923, p.28). A identificação aos pais, para Freud, é o modo dos filhos acolherem seus pais dentro de si.

Grandes quantidades de libido foram usadas para a formação do ideal narcísico do ego, em que o ego atual tem satisfação em conservá-lo. O desenvolvimento do ego consiste em um distanciamento do narcisismo primário, através do deslocamento da libido para o ideal do ego, o qual é imposto de fora, e a satisfação ocorre com o cumprimento desse ideal.

O ego se empobrece ao investir sua libido em objetos, mas se enriquece de novo mediante as satisfações ligadas aos objetos. Do mesmo modo, ele diminui sua libido ao investi-la na formação do ideal do ego e depois a recupera por meio do cumprimento do ideal.

O cumprimento do ideal do ego, além de produzir satisfação, é uma das fontes do amor próprio. As outras fontes são a satisfação da libido objetal e o resto do narcisismo

infantil. O não cumprimento do ideal do ego, ou a comparação constante do ego com seu ideal, produz o sentimento de insuficiência, segundo Freud (1923).

No texto *Introdução ao narcisismo*, Freud (1924) atribui à consciência moral (superego) a função de assegurar a satisfação narcísica através do ideal do ego, para tanto teria que observar constantemente o ego atual, comparando-o pelo ideal. Nesse momento, Freud ainda estava em processo de elaboração do conceito de ideal do ego e de superego.

O superego é formado com a clivagem do ego após o fim do complexo de Édipo. Ele passa a se contrapor ao resto do ego e a descarregar sobre ele toda agressividade que a criança gostaria de ter exercido contra autoridade externa, a qual lhe privou das primeiras satisfações pulsionais.

Depois do fim do Édipo, o indivíduo “acolhe dentro de si o pai”, por meio da identificação, e o pai se torna o superego e toma posse de toda a agressividade que a criança gostaria de exercer contra ele, por conta das restrições sofridas e, principalmente, das primeiras privações sexuais da satisfação pulsional. A agressividade é acolhida pelo superego e passa a ser descarregada sobre o ego (FREUD, 1930).

O conceito de superego, assim como o de ideal do ego, deriva do processo de identificação. O superego é uma instância que tem a função de reprimir e vigiar o ego, para que ele se mantenha de acordo com os parâmetros morais e éticos recebidos com a identificação dos pais. O ideal do ego, por sua vez, é idealização do que deve ser buscado pelo ego como compensação pela saída do narcisismo primário.

Freud destaca que a função do superego não é apenas de dar advertência, mas também de proibir, com o intuito de estabelecer um limite à identificação. A proibição é como se o superego dissesse ao ego: “assim como o pai, você não deve ser”, isto é, não pode fazer tudo o que ele faz, há coisas que continuam reservadas a ele.

O superego é a própria autoridade paterna, preservada no indivíduo por meio da identificação. O superego, no ser humano, só pôde ser formado devido a dois fatores biológicos altamente significativos: a longa dependência infantil do ser humano e o complexo de Édipo.

Antes da constituição do superego, o ego conseguia evitar a punição externa por meio da renúncia da satisfação pulsional. Após a instauração dessa instância, isso não é mais possível, pois, mesmo que o ego renuncie, o desejo continua existindo. Por causa dele, o ego sofre as sanções do superego, pois nada pode ser ocultado dele, nem os sentimentos nem os pensamentos, os quais poderiam ser mascarados frente à autoridade externa (FREUD, 1930).

Assim, mesmo o indivíduo que não execute sua agressividade contra seu semelhante, pode se sentir culpado, equiparado àquele que a realizou, devido à vigilância constante e absoluta do superego que reconhece o mal como algo repreensível, mesmo no nível do desejo.

Segundo Freud (1930), o ser humano não tem capacidade “natural” para distinguir entre o bem e o mal. “Com frequência o mal não é, em absoluto, uma coisa nociva ou perigosa para o ego, mas, pelo contrário, algo que ele deseja e que lhe dá prazer” (FREUD, 1930, p.50).

É a civilização que define o que é bom ou mau, por meio de normas de conduta, de leis, de valores sociais e culturais, que moldam e regulam o comportamento humano. O indivíduo só se submete a essa influência externa por causa do desamparo e da dependência dos demais indivíduos.

Ele tem medo da perda o amor, pois isso significa perder a proteção. Ao deixar de ser amado, o indivíduo também deixa de ser protegido contra perigos diversos. Nesse sentido, o mal é o medo da perda de amor, que o indivíduo precisa evitar.

Já que a agressividade não pode ser externalizada contra o outro, ela é introjetada e dirigida contra o próprio ego. Ela é acolhida por uma parte do ego que se contrapõe ao resto dele como superego. Esse passa a exercer contra o ego a mesma agressividade que ele gostaria de satisfazer em outros indivíduos.

Antes do superego, o indivíduo só se encontrava sob perigo quando a autoridade descobria o mal que ele cometia. Só haverá uma grande mudança quando a autoridade é internalizada por meio do superego, pois o medo de ser descoberto desaparece e desfaz por completo a diferença entre fazer o mal e desejar o mal. Ante o superego nada se pode esconder, nem os pensamentos.

De acordo com Freud (1930), o superego atormenta o ego “pecador” com a sensação de angústia e não perde a oportunidade de puni-lo. Segundo ele,

Quanto mais virtuoso o indivíduo, mais severa e desconfiadamente a consciência se comporta, de maneira que precisamente os que atingem maior santidade se recriminam da mais triste pecaminosidade. Nisso a virtude perde algo da recompensa que lhe foi prometida, o ego dócil e abstinente não goza da confiança de seu mentor, esforça-se — em vão, ao que parece — para conquistá-la. Agora se poderá objetar que essas são dificuldades artificialmente compostas, que a consciência mais rigorosa e vigilante é justamente o traço característico do ser moral, e, quando os santos se dizem pecadores, não é sem razão que o fazem, em vista das tentações para satisfazer o instinto, a que se acham expostos em medida especialmente elevada — pois é sabido que a frustração contínua só faz crescerem as

tentações, ao passo que elas diminuem ao menos temporariamente com a satisfação ocasional (FREUD, 1930, p.30).

Outro ponto importante é que quando algo errado acontece, o superego examina e reconhece a “pecaminosidade” do ego, e passa a lhe impor privações e a castigá-lo. As frustrações elevam o poder de consciência no superego.

O contrário ocorre quando as coisas vão bem para a pessoa, pois sua consciência tornar-se branda e permite ao ego muitas coisas. As duas origens do sentimento de culpa são o medo da autoridade e depois o medo ante o superego. Mesmo que o indivíduo tenha consciência do sentimento de culpa, este ainda permanece parcialmente inconsciente, na medida em que a natureza real dos desejos em jogo (agressivos particularmente) não é conhecida pelo sujeito (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001).

Uma parte significativa da agressividade do superego foi desenvolvida, na criança, contra a autoridade que lhe impediu as primeiras e mais significativas satisfações, que pode ser quaisquer privações instintuais exigidas. Ela também é obrigada a renunciar à satisfação dessa agressividade vingativa.

A renúncia ao instinto é resultado do medo da autoridade externa, pois se renuncia a satisfações para não perder o seu amor. Caso seja feita a renúncia, não resta sentimento de culpa. É diferente no caso do medo ante o superego, uma vez que a renúncia não é suficiente. O desejo continua e não pode ser escondido do superego. A persistência do desejo é que produz o sentimento de culpa.

Essa é a grande desvantagem econômica na constituição do superego, pois a renúncia pulsional não é recompensada com a certeza do amor. Com o superego, o indivíduo passa a estar sujeito a infelicidade interna, devido a tensão da consciência de culpa, que antes era causado pela ameaça de fora (perda do amor e castigo da autoridade externa) (FREUD, 1930).

A severidade do superego é também determinada pela medida de agressão punitiva que a criança espera do pai. Seu rigor não é apenas o reflexo da severidade do tratamento que ela recebeu dos seus cuidadores. Uma criança educada brandamente pode ter uma consciência bastante rígida, segundo Freud.

Mas também, o rigor da educação pode influenciar fortemente a formação do superego. Além disso, fatores constitucionais herdados e influências do meio atuam conjuntamente na formação do superego e da consciência.

De acordo com Freud, toda a parcela de agressividade que não é satisfeita passa a ser acolhida pelo superego, que aumenta sua agressividade contra o ego, já que ela não pôde ser satisfeita contra a autoridade externa, o pai.

Após o fim do complexo de Édipo, o indivíduo “acolhe dentro de si o pai”, por meio da identificação. Depois disso, o pai, a autoridade inatacável, se torna o superego e toma posse de toda a agressividade que a criança gostaria de exercer contra ele (FREUD, 1930).

A relação entre superego e ego é o retorno, deformado pelo desejo, de relações reais entre o ego ainda não dividido e um objeto externo. A severidade original do superego não é a que sofreu do pai ou atribuída a ele, mas representa a própria agressividade para com ele.

A consciência surgiu inicialmente pela supressão de uma agressão, que depois se fortaleceu por novas supressões desse tipo. O arrependimento e o sentimento de culpa são consequências da ambivalência que sente o ser humano.

Em *Totem e Tabu*, Freud (1913) afirma que o sentimento de culpa é resultado da primordial ambivalência afetiva perante o pai, de ódio e de amor. Quando o ódio se satisfaz com a agressão, o amor se manifesta no arrependimento pelo ato, e institui o superego por identificação com o pai. O superego dá o poder do pai, como que por castigo pelo ato de agressão contra ele cometido, e cria as restrições que deveriam impedir uma repetição do ato.

Ele também esclarece que o indivíduo sente-se culpado independente de matar o pai, o fato de desejar e cogitar essa possibilidade já é suficiente para lhe causar sofrimento. Isso ocorre porque, no fundo, o sentimento de culpa é a expressão do conflito de ambivalência, da eterna luta entre a pulsão de vida e a de morte, que é difícil de ser tolerada pelo indivíduo.

Mas nem sempre o sentimento de culpa é percebido pelo indivíduo. Em alguns casos, ele é sentido como um doloroso mal-estar, como uma angústia, quando se vê impedido de executar determinada ação.

O sentimento de culpa nada é, no fundo, senão uma variedade topográfica da angústia, e em suas fases posteriores coincide inteiramente com o medo ao superego (FREUD, 1930). Freud ainda esclarece que

de algum modo a angústia se acha por trás de todo sintoma, mas ora reivindica ruidosamente para si a consciência inteira, ora se oculta de modo tão perfeito, que nos vemos obrigados a falar de angústia inconsciente [...]. E por isso é fácil conceber que também a consciência de culpa produzida pela cultura não seja reconhecida como tal, permaneça inconsciente ou venha à luz como um mal-estar, uma insatisfação para a qual se busca outras motivações (FREUD, 1930, p.82).

A consciência moral surge após a constituição do superego, já a consciência de culpa apresenta-se antes do superego. Ela é consequência do medo da autoridade externa, e resultado direto do conflito entre a necessidade de amor da autoridade e o ímpeto de satisfação pulsional, cuja inibição gera a tendência à agressão.

No curso do trabalho psicanalítico aprendemos, para nossa surpresa, que talvez toda neurose esconda um quê de sentimento de culpa inconsciente, que por sua vez fortalece os sintomas ao usá-los como castigo. Agora é plausível formular a seguinte proposição: quando uma tendência pulsional sucumbe à repressão, seus elementos libidinais se transformam em sintomas, seus componentes agressivos, em sentimento de culpa (FREUD, 1930, p.70).

Segundo Freud (1930), ao longo do processo evolutivo, o superego desenvolveu seus ideais e elevou suas exigências. Uma delas é a ética que regula as relações humanas entre si. A ética sempre foi bem valorizada em todos os tempos. Havia a esperança que ela fosse capaz de manter sob controle os impulsos mais animais do ser humano, os quais não foram alcançados de outro modo.

A ética se dedica ao ponto mais frágil de toda a cultura. Seu esforço é afastar o maior obstáculo à cultura, o pendor constitucional dos homens para a agressão mútua. Justamente por causa da agressividade, o primeiro mandamento do superego cultural é amar o próximo com a ti mesmo.

A investigação das neuroses revela que a severidade dos mandamentos e as proibições do superego reduzem significativamente as possibilidades de felicidade, pois desconsideram a força pulsional do id, as resistências do ego e as dificuldades do ambiente real.

Em consequência disso, o analista é obrigado muitas vezes a combater o superego, para que ele reduza suas exigências. O superego cultural, assim como o do indivíduo,

não se preocupa suficientemente com os fatos da constituição psíquica do ser humano, emite uma ordem e não se pergunta se é humanamente possível cumpri-la”. Supõe, isto sim, que para o ego do ser humano é possível, psicologicamente, tudo aquilo de que o incumbem, que o ego tem domínio irrestrito sobre o seu Id. Isto é um erro, e também nos chamados homens normais o controle sobre o Id não pode ir além de certos limites. Exigindo mais, produzimos no indivíduo rebelião ou neurose, ou o tornamos infeliz. O mandamento “Ama teu próximo como a ti mesmo” é a mais forte defesa contra a agressividade humana e um belo exemplo do procedimento anti-psicológico do superego cultural (FREUD, 1930, p.75-76).

De acordo Freud (1930, p.31), “o homem torna-se neurótico porque não pode suportar a medida de privação que a sociedade lhe impõe, em prol de seus ideais culturais, e conclui-se

então que, se estas exigências fossem abolidas e bem atenuadas, isto significaria um retorno a possibilidades de felicidade”.

Segundo ele, a vida é muito difícil devido às dores, decepções que ela traz para o indivíduo. Para suportá-la é necessário o uso de alguns paliativos, como diversões e substância inebriante, a qual diminui a sensibilidade à dor. Também tem as gratificações substitutivas, como a arte, que é uma ilusão face à realidade, cujo efeito psíquico é tão eficaz como qualquer outra saída.

O ser humano, segundo Freud, quer ser feliz em todos os momentos da vida. Ele tenta evitar, a todo custo, as fontes de desprazer e de sofrimento. O indivíduo busca a ausência de dor e, por outro lado, a vivência de fortes prazeres.

Aquilo que chamamos felicidade, no sentido mais estrito, vem da satisfação repentina de necessidades altamente represadas, e por sua natureza é possível apenas como fenômeno episódico. Quando uma situação desejada pelo princípio do prazer tem prosseguimento, isto resulta apenas em um morno bem estar. Logo, nossas possibilidades de felicidade são restringidas por nossa Constituição. É bem menos difícil experimentar a infelicidade (FREUD, 1930, p.75-76).

Para Freud, o sofrimento provém de três fontes: do próprio corpo, que, além de não poder evitar a dor e o medo, pois são importantes para sobrevivência, ainda está fadado ao declínio e a dissolução. Do mundo externo, que faz o indivíduo se sentir vulnerável frente ao poder da natureza e do destino. Por último, das relações humanas, que é o sofrimento mais doloroso, e tão inevitável quanto qualquer outro.

Para Freud, é necessário reconhecer essas fontes de sofrimento. Também é preciso aceitar que não é possível dominar completamente a natureza nem o próprio corpo, o qual sempre será uma construção transitória, limitada em adequação e desempenho, segundo Freud (1930). Reconhecer essa realidade é importante porque indica a direção que se deve tomar, já que é impossível abolir todo sofrimento humano.

Uma saída radical para evitar o sofrimento causado pelas relações humanas é o isolamento social. A felicidade que se pode alcançar por essa via é da quietude, porém um caminho melhor seria o trabalho conjunto de todos pela felicidade de todos. É o que se deveria esperar de um ser humano, enquanto membro de uma sociedade, e que ainda pode contar com o auxílio do conhecimento científico e da tecnologia para garantir um relativo bem estar e uma relativa felicidade de todos.

Outra maneira de orientar a vida é por meio do amor, segundo Freud (1930). Nessa escolha, espera-se encontrar toda satisfação na relação afetiva, de amar e ser amado, com o objeto. A opção por esse modo de vida é comum, pois, uma das formas de manifestação do amor, o sexual, proporciona a mais forte sensação de prazer.

No entanto, essa opção é a mais suscetível ao fracasso, uma vez que o indivíduo encontra-se mais desprotegido ante o sofrimento quando ele ama alguém, porque, caso ele perca o objeto de amor, sofrerá a mais intensa infelicidade e frustração.

A busca pela felicidade eterna, imposta pelo princípio do prazer, é inalcançável, pois a felicidade só é possível em alguns momentos, como um fenômeno episódico. Além disso, cada um precisa descobrir o que lhe proporciona prazer e satisfação, assim como o caminho que o leva a felicidade.

Para Freud (1930), o indivíduo, ao escolher um modo de vida, precisa ser tão cauteloso como um negociante. Assim como um empresário não deve alocar todo o seu capital em apenas um investimento, o indivíduo não deve esperar toda satisfação apenas de uma área da vida, pois dificilmente se sentiria plenamente realizado tendo êxito somente nela.

Além disso, o alto investimento em um único aspecto da vida pode levar a uma extrema frustração caso algo dê errado e o objetivo não seja atingido. A certeza da satisfação jamais é segura, uma vez que depende de muitos fatores, principalmente da capacidade do indivíduo de se adaptar ao meio social e de desfrutar do prazer.

A partir do que foi exposto pode-se notar que a severidade do superego pode afetar gravemente a vida do indivíduo, que é o caso da fobia social. A fobia social se caracteriza por uma severidade excessiva do superego e um elevado nível de exigência do ideal do ego. O superego não hesita em punir o ego quando esse não corresponde às rigorosas exigências do ideal do ego, as quais são bem difíceis de ser alcançadas na fobia social, por isso o ego sofre tantas restrições do superego.

Devido ao rigor do superego, o fóbico social se sente sempre aquém do seu ideal, pois o não cumprimento do ideal do ego produz um sentimento de insuficiência, enquanto o seu cumprimento gera satisfação, sendo uma das fontes do “amor próprio”.

Na fobia social, as punições e inibições do superego pelo fato do ego não ter cumprido o seu ideal reforçam o sentimento de inferioridade e criam com isso um círculo vicioso. Assim, o sintoma na fobia social, que é a grave dificuldade de ter contato social e, conseqüentemente, de estabelecer vínculo afetivo, fortalece o sentimento de inferioridade já produzido pelo superego.

Outra consequência da severidade do superego é o fato do fóbico social se sentir vulnerável ao olhar do outro, que, na verdade, é uma projeção do seu sentimento em relação ao superego. O fóbico social tem o sentimento claro da presença do olhar do outro sobre si, e isso lhe causa muito sofrimento. Esse aspecto da fobia social já foi abordado e discutido por Freud através do conceito “delírio de observação”.

8.2. Delírio de observação

Freud menciona o delírio de observação desde sua correspondência com Fliess em 1895 até 1921 em sua segunda tópica. O que ele chama de delírio de observação nem sempre tem o mesmo significado, pois é referida tanto a neurose quanto a psicose. Para exemplificar o delírio de observação, Freud cita o caso de uma mulher de 30 anos, que afirmou ser vítima de um atentado sexual por um jovem hospedado na casa que ela dividia com irmão e a irmã mais velha.

Um dia, quando ela arrumava quarto desse jovem, que ainda estava deitado, ele fez um sinal para que ela se aproximasse e colocou-lhe seu pênis na mão. Pouco depois ele partiu de lá e nunca mais voltou. Alguns anos depois essa mulher adoeceu. Ela teve delírios de observação durante algumas semanas, depois teve um período assintomático e mais tarde os delírios voltaram. Segundo as vizinhas, essa mulher era uma “coitada“, que esperava a volta desse homem.

De acordo com Freud, essa mulher acreditava que sua história com o jovem era objeto de curiosidade para os outros, assim como sua própria vida, por isso que ela achava que seus vizinhos a observam. Para Freud, a crítica interna de ser uma “mulher desgraçada“ era projetada para o exterior, de modo que as pessoas diziam o que ela se diria, não fosse isso.

Em 1896, em *Novas observações sobre a neuropsicose de defesa*, Freud utilizou a expressão, “delírio de observação” no quarto da neurose obsessiva e na paranoia. Esse artigo de 1896 é uma retomada do texto *Neuropsicose de defesa*, escrito dois anos antes. Nesse momento, ainda prevalecia a teoria da defesa - defesa inconsciente contra uma representação impossível de conciliar com o ego - para explicar os sintomas de histeria, de neurose obsessiva e de confusão alucinatória.

A importância desse artigo de 1896 concerne à origem sexual dos sintomas e a teoria do trauma, o caráter do primeiro encontro com sexo e a vicissitude de sua representação determina a “escolha da neuropsicose”. Na teoria do trauma infantil, o incidente primário, isto

é, o encontro com sexo, para a histérica, é marcado de passividade sexual afetada por indiferença, desprezo ou pavor. Já, para obsessivo, esse encontro tem o caráter de agressão ou de participação ativa acompanhada de prazer (QUINET, 2009a).

Quanto à paranoia, Freud afirma que ainda desconhece os determinantes clínicos e as relações cronológicas de prazer e de desprazer na experiência primária. No entanto, ele supõe que o encontro com sexo é, para o paranoico, análogo ao que provoca a neurose obsessiva, ou seja, um evento acompanhado de prazer.

Na neurose obsessiva, o encontro com o sexo sofre a interferência da censura, que é responsável pela transformação do prazer em fazer. A lembrança (representação do incidente primário) e autocensura são recalçadas e dão origem ao sintoma primário de defesa: escrúpulos, vergonha, desconfiança para consigo próprio (QUINET, 2009a).

Os sintomas obsessivos propriamente ditos são constituídos a partir do retorno das lembranças recalçadas que, sem terem acesso à consciência, sofrerão transformações de compromissos, isto é, sintomas. Freud diferencia, nesse artigo de 1896, duas formas de neurose obsessiva, conforme o modo de retorno do recalçado: da representação da cena sexual ou da autocensura que acompanha. No primeiro caso, o resultado será os sintomas obsessivos propriamente ditos, enquanto, no segundo modo o resultado é o retorno da censura. Nesse caso, o afeto da autoacusação pode transformar-se em qualquer outro afeto desagradável (QUINET, 2009a).

Segundo Freud, o “delírio de observação“ é um dos sintomas de compromisso da neurose obsessiva, que provém da transformação da autoacusação por ter cometido o ato sexual na infância. O indivíduo tem a sensação ameaçadora de que um mínimo gesto seu pode ser notado, e revelar sua angústia, seu medo, seus “defeitos”. Por isso, ele se preocupa em saber se os outros estão lhe observando.

Segundo Quinet (2009a), é uma angústia ligada ao olhar que julga, critica e pune. É o próprio olhar do superego. Isso pode se tornar uma forma de obsessão, que Freud chamou de “delírio de observação”. Para exemplificar, ele cita o caso de um neurótico obsessivo.

O obsessivo que apresenta o temor de falar em público narrou o seguinte episódio: numa reunião de sua empresa, teve que apresentar um relatório para um grupo maior do que o habitual. “Eu estava tentando controlar meu nervoso até que me deu sede e resolvi beber água do copo que estava em frente. Meu gesto de avançar a mão, pegar o copo, levar à boca, beber e recolocá-lo no lugar de volta me transformou a tal ponto que mal consegui voltar a ler o relatório. Tive a impressão de que todos estavam me vendo e

notando meu desespero. Nessas horas, tenho vontade de ‘desaparecer’” (QUINET, 2009a, p.238).

De acordo com Quinet (2009a), esse fato está relacionado a uma recordação de infância em que ele “desapareceu” de fato. Após descobrirem o seu amor pela amiga de sua mãe, ele começou a “desaparecer” escondendo-se debaixo da cama toda vez que essa vizinha vinha em sua casa.

Esse fenômeno de observação é estruturado no complexo de Édipo e articulado ao desejo sexual. O sujeito neurótico pode “desaparecer” diante da presença do objeto olhar, o que não é o caso da psicose.

O delírio de observação se desenvolve de fato na paranoia, que é exemplificado por Freud em um caso de uma mulher de 32 anos, que tinha ideias delirantes de observação. Ela era mãe de uma criança de dois anos, e se tratou com Freud em Viena, em 1895, devido a uma paranoia crônica.

Os sintomas começaram a aparecer seis meses após o nascimento de seu filho: (1) desconfiança, fechamento em si própria, comportamento associal, sensação de ser observada, de que adivinham seus pensamentos, sabem de tudo por que ela passa; (2) ideia de ser observada à noite quando se despe; (3) emergência de alucinações de nudez feminina; (4) aparecimento de alucinações auditivas: comentário de todos os seus atos, ameaças, repreensões; (5) recusa de alimentação e isolamento (QUINET, 2009a).

Freud compreende o delírio de observação e o caso por meio da análise das alucinações visuais do sexo feminino. Segundo ele, a paciente, durante uma temporada de curas termiais, sentiu vergonha pelas mulheres despidas nos banhos, uma vez que ela própria sentia vergonha de ficar nua. Ele considera esse afeto, como no caso da neurose obsessiva, uma consequência da censura do primeiro encontro com o sexo, e supõe ter havido uma cena sexual na infância da paciente em que ela não teve vergonha (QUINET, 2009a).

A suposição de Freud foi confirmada pela paciente após várias associações. Ela relatou que se despia diante de seu irmão para ir à cama, e não sentia vergonha nesse momento. Os dois tinham o hábito de ficar nus, um diante do outro, antes de se deitarem quando ela tinha seis anos de idade.

O exibicionismo infantil se torna delírio de observação da idade adulta. Olhar, sem anteparo algum, retorna no campo da realidade do qual não foi extraído. Se na infância era olhar atribuído ao irmão, agora é como olhar maléfico vigilante que retorna em um duplo imaginário (QUINET, 2009a, p. 239).

As alucinações auditivas, de acordo com Freud, estão do lado da acusação, ao passo que o delírio de observação e as alucinações visuais são fragmentos de conteúdo de experiências infantis recalçadas, do lado da representação da cena infantil sexual em que o olhar está em jogo.

Para Quinet, o delírio de observação não se trata de uma simples representação que se impõe ao indivíduo, como uma ideia obsessiva ou delirante. Ele sente, efetivamente, um olhar (atribuído a alguém) que o visa diretamente, por isso ele toma medidas de proteção para se esconder desse olhar.

Nesse caso, acompanhamos a transformação que se opera entre o incidente primário na infância (ser vista por seu irmão, conotação de prazer, sem acusação) e o fenômeno atual (ser vista pelos vizinhos, pessoas atrás dela, conotação de desprazer, vergonha e injúria alucinatória). É no lugar do Outro que está o olhar, e o sujeito é objeto do gozo do olhar do Outro. A angústia é provocada pelo fato de ela não poder escapar do olhar do Outro [...]. A partir de Freud, podemos acrescentar a descrição fenomenológica: o delírio de observação é um fenômeno no qual a emergência de um olhar no real (sem haver necessidade de presença de alguém), que visa o sujeito, e que é favorecido pelo retorno de uma lembrança (transformada) de uma cena de gozo sexual centrada no escópico como um afeto de desprazer (QUINET, 2009a, p.239).

O delírio de observação é, segundo Quinet (2009a), o fenômeno-prova da existência do superego. Como o delírio de observação não pode ser atribuído ao ego, ele não pode ser considerado da ordem do narcisismo.

Como já mencionado, o superego é uma instância que se forma através da clivagem do ego, após a dissolução do complexo de Édipo. Essa instância passa a se contrapor ao resto do ego em virtude da sua função de observar, criticar e censurar o ego.

O reconhecimento dessa instância [superego] nos torna possível compreender o que chamam delírio de ser notado ou, mais corretamente, observado, que surge de maneira tão clara na sintomatologia das doenças paranoides, podendo sobrevir também como doença isolada, ou entremeadada na neurose de transferência. Os doentes se queixam então de que todos os seus pensamentos são conhecidos, todas as suas ações notadas e vigiadas; há vezes que os informam do funcionamento dessa instância, falando-lhes caracteristicamente na terceira pessoa (“Agora ela pensa novamente nisso; agora ele vai embora”). Essa queixa é justificada, ela descreve a verdade; um tal poder, que observa todos os nossos propósitos, inteirando-se deles e os criticando, existe realmente, e existe em todos nós na vida normal. O delírio de ser notado a apresenta em forma regressiva, e nisso revela a sua gênese e o motivo pelo qual o enfermo se revolta contra ela (FREUD, 1914, p.29).

O superego é um olhar que vigia, mas é também um saber do qual o sujeito não pode se esconder, o sujeito encontra-se transparente diante dele, e suas duas funções principais são vigilância e crítica, “Duas funções que correspondem às duas modalidades de objeto a que não suportam representações inconscientes por não poderem ser demandadas: o olhar e a voz. O olhar que vigia e a voz que critica portadores ambos de um gozo impossível de ser suportado, impossível de escapar” (QUINET, 2009a, p. 242). O delírio de observação revela a gênese do superego.

As vozes vêm ocupar o lugar das vozes paternas, e posteriormente dos educadores, dos professores e de todas as outras pessoas que ocupam uma posição de autoridade na sociedade. Elas incitaram, através de sua influência crítica, o indivíduo a formar o ideal do ego. Cabe ao superego assegurar que o ego esteja de acordo com o seu ideal.

No delírio de observação, o sujeito tem o sentimento claro da presença do olhar do outro sobre si. Ele não questiona sua existência, nem dúvida dela. Ter essa sensação causa incômodo, angústia, sofrimento. O olhar pode se apresentar puntiforme ou multiplicado, pode provir de determinadas pessoas ou de desconhecidos.

O sentimento de estar sendo vigiado e julgado pelo outro é sentido pelo fólico social como real, uma vez que ele tem certeza disso e não questiona sua veracidade. O delírio de observação revela o quanto à realidade psíquica é composta por fantasias que para o indivíduo adquire o mesmo estatuto de realidade da percepção.

8.3. Realidade psíquica

O conceito de realidade em Freud foi construído indiretamente, pois foi o avanço da teoria que levou a precisão desse conceito. Embora ele só dedique um texto bastante tarde ao tema, *A perda da realidade na neurose e na psicose*, de 1924, o conceito de realidade está presente desde o início de sua elaboração, sem jamais ganhar centralidade.

A realidade, para Freud, está estritamente relacionada ao conceito de inconsciente. Segundo ele, o inconsciente é a verdadeira realidade psíquica. Desse modo, ele questiona a concepção de realidade universal, neutra e objetiva. A realidade não é apenas o que se tem acesso pelos órgãos dos sentidos, pois ela pertence ao campo da atribuição de sentido, uma vez que ela é construída e determinada pela interpretação de percepções externas adquiridas (ESTEVÃO, 2009).

Para Freud, a realidade nunca foi apenas uma cópia da percepção externa. Ela sempre foi considerada do âmbito intersubjetivo, e determinada pela atribuição de sentido. Além disso, tanto Freud quanto Lacan perceberam que havia algo que se escapa em termos de representação. A impossibilidade de representação é definida, por Freud, como traumático, o qual está relacionado ao conceito de desamparo, enquanto, em Lacan, é definido pelo conceito de real.

Os conceitos de representação e de percepção são fundamentais para o entendimento da realidade. O aparelho psíquico é um sistema de representações em que se constitui no processo de tradução dos dados da percepção em representações. Logo, ele não é apenas um sistema tradutor de dados, como se já estivesse pronto a priori, mas se constitui à medida que o indivíduo se relaciona com as percepções. O material de formação das representações é a percepção, e a atribuição de sentido dado a elas ocorre por meio do princípio que guia o ego, de prazer ou de realidade (ESTEVÃO, 2009).

Freud começa a perceber que todas as lembranças recalçadas sempre tem em seu núcleo uma lembrança inicial de uma vivência sexual. Essa hipótese o leva a abandonar a teoria da defesa e a começar a fundamentar sua nova teoria: a da sedução. Nela, o núcleo da neurose passa a ser uma recordação de sedução infantil.

Nesse momento da teoria, as lembranças de ordem sexual ainda são consideradas reais. Elas estão longe de serem vistas como um desejo. Na teoria da sedução, a criança é tomada como objeto sexual por alguém mais velho, em um momento em que ela ainda se encontra distante da sexualidade adulta. Nessa fase do desenvolvimento, a vivência da sedução não se constitui como algo traumático, pois a representação não está ligada a um afeto intolerável que exige ab-reação.

Só na entrada da puberdade, que a recordação da cena de sedução, se tornará acessível ao indivíduo em termos de representação intolerável. Mas, agora, essa recordação já não pode ser ab-reagida por causa da distância temporal. Por conta disso, ela se torna patogênica e se afasta da consciência através do recalque.

Freud constata que a realidade só se torna intolerável para o neurótico à medida que ela ganha determinado sentido. O mesmo dado perceptivo pode ser intolerável ou não, pois depende do sentido que ele recebe. Assim, a atribuição de sentido é um conceito importante para compreender a construção do conceito de realidade em Freud. A atribuição de sentido está estritamente relacionada com o recalque, pois não é qualquer vivência que se torna passível de sofrer recalque e causar uma neurose (ESTEVÃO, 2009).

No entanto, a teoria da sedução também não se sustenta por muito tempo, pois Freud começa a perceber que, na maioria dos casos, a criança não sofre uma sedução de fato. Ele constata que o neurótico fantasia uma cena de sedução infantil, calcada em um desejo edípico. Então, a materialidade da sedução infantil é transformada em fantasia.

Essa mudança afeta diretamente a noção de realidade. Ela se torna o que tem valor de verdade para o sujeito, definida por Freud como realidade psíquica. Após a dissolução da teoria da sedução, começa a vigorar a teoria do conflito, segundo Estevão (2009). Nela, o sintoma passa a ser a expressão do conflito psíquico, e não mais a expressão do desejo.

Na teoria do conflito, passa a existir um hiato entre o recalque e o surgimento dos sintomas, porque a fantasia se torna uma válvula de escape, que pode realizar parcialmente o desejo, e assim evitar o afeto de angústia gerado pelo desejo recalcado. Então, o indivíduo, antes de gerar o sintoma, pode gerar uma fantasia (ESTEVÃO, 2009).

No entanto, ela pode ser tanto ou mais intolerável do que o desejo para o ego, o que pode causar seu próprio recalque. A fantasia pode ser desprazerosa porque se baseia em desejos que muitas vezes são de natureza conflituosa, ambígua, intolerável. Ela também pode substituir uma representação intolerável, como a lembrança encobridora, sem, contudo, anular sua relação direta com desejo.

Na teoria do conflito, o núcleo da neurose não é mais uma lembrança recalçada, mas um desejo sexual recalcado. O desejo é o representante da pulsão, que se manifesta a partir de uma representação e de um afeto (ESTEVÃO, 2009).

O recalque age sobre a representação, ao afastá-la do fluxo da consciência. O afeto, contudo, não é passível de recalque. Ele sofre um processo de dissociação e se desliga da representação original. Pode tanto se deslocar para uma parte do corpo, como no caso da histeria, quanto se deslocar para a representação de um objeto externo, como na fobia.

A partir da teoria do conflito, a fantasia se torna um conceito fundamental, e diretamente relacionado ao desejo. As fantasias estão presentes desde a infância. Um exemplo disso são as teorias que as crianças criam à respeito da sexualidade, devido à omissão dos adultos em explicar-lhes sobre a vida sexual.

As teorias auxiliam as crianças a interpretar a realidade que as cercam, um exemplo disso é o caso do pequeno Hans. Desse modo, a fantasia é usada, desde a infância, como um recurso pelo indivíduo para lidar com a realidade.

É interessante observar o fato de Freud utilizar o termo “teorias sexuais infantis” ao invés de “fantasias”. Ele a utiliza justamente pelo valor de verdade que essas teorias possuem.

Elas só se tornam fantasias na medida em que as crianças descobrem que elas são falsas.

As teorias sexuais infantis continuam presentes na fase adulta em forma de fantasia. Elas podem permanecer inconscientes e influenciar as futuras escolhas do indivíduo e até determinar suas escolhas sexuais. O indivíduo, por exemplo, pode realizar uma escolha sexual com base na fantasia da universalidade do pênis (ESTEVÃO, 2009).

Desde o início, Freud percebe que o neurótico recalca uma parte da realidade justamente pelo fato de ela ser intolerável. No entanto, o indivíduo tende a não querer abrir mão dos objetos de satisfação, mesmo diante das exigências da realidade por meio do complexo de castração.

Em virtude disso, que Freud afirma que a neurose se desencadeia da relação do indivíduo com a realidade. Quando o neurótico efetuou o recalque de um desejo intolerável pelo ego, ele relaciona o recalque a todo elemento que, por associação, se liga ao desejo. Portanto, não é apenas o desejo que é recalcado, mas todo conteúdo que pode ser relacionado a ele (ESTEVÃO, 2009).

Todas as experiências ou situações que possam trazer a consciência o desejo recalcado são sentidas como desprazerosas pelo indivíduo. Assim, os fragmentos da realidade exterior que se ligam ao complexo recalcado serão alvo da alienação do neurótico.

É devido à castração que a realidade aparece para o ego como insuportável. Antes da interdição, a criança espera obter satisfação plena dos pais, como objeto da pulsão. Depois da interdição, ocorre o processo de deslizamento do objeto, e frente à impossibilidade de satisfação completa com o objeto, situação que remete ao desamparo e à angústia, o indivíduo responde com atribuições de sentido.

A situação de desamparo ameaça o indivíduo desde o nascimento. Nos primeiros anos, o bebê encontra-se em uma situação de total desamparo, pois depende completamente dos pais para saciar suas necessidades básicas. Ao longo do seu desenvolvimento, a criança teme perder o amor dos pais e, conseqüentemente, ficar desamparada. É para evitar o desamparo que ela segue as normas sociais e morais que seus pais lhe impõem.

O amor dos pais fornece à criança uma proteção contra o insuportável do desamparo. Para continuar a receber os cuidados dos pais, a criança precisa reprimir seus impulsos sexuais e destrutivos. Ela necessita aprender a estabelecer uma forma de controle dos seus impulsos. Como já explicado, os pais são alvos da libido infantil, pois são vistos pela criança como fonte de satisfação da pulsão (ESTEVÃO, 2009).

Nesse momento a criança se depara com a seguinte problemática: devo abrir mão dos meus objetos sexuais ou ficar desamparada pelos meus pais? Ambas as escolhas terão um efeito traumático. Grosso modo, a realidade desampara e tornasse traumática à medida que impõe limites à satisfação da pulsão (ESTEVÃO, 2009).

Caso a criança escolha a primeira opção, abrir mão dos meus objetos sexuais, ela não consegue satisfazer a pulsão, pelo menos de certas maneiras. Essa escolha leva o recalque de determinadas satisfações sexuais e a identificação secundária parental. Nesse sentido, a castração protege a criança da realidade do desamparo, porque os impulsos passam a ser controlados por mecanismo de formação reativa, sublimação e desviados para outros objetos.

Freud avança a compreensão da realidade por meio da teoria do narcisismo. Ela permite compreender o investimento libidinal dos objetos pelo ego. Na neurose, Freud observa que o histérico, assim como o obsessivo, desinveste a libido dos objetos externos para investir na fantasia. Ocorre uma introversão da libido, o que Freud chamará mais tarde de perda da realidade.

A libido, de acordo com Estevão (2009), não “sai” do indivíduo, e também não é investida diretamente no objeto. Ela só pode ser investida ou desinvestida na representação do objeto da percepção. Assim, objeto que não foi representado não se encontra acessível à libido e se perde.

“Quando uma percepção deixa de ser investida, perde importância para o indivíduo tornando-se, no mínimo, indiferente. O processo de dissociação funciona a partir desse princípio: desliga seu afeto da representação, que se torna, por exemplo, uma lembrança indiferente” (ESTEVÃO, 2009, p. 79).

Perder importância é perder sentido. Por exemplo, no caso do psicótico em crise, a questão não é que ele não percebe a realidade exterior, mas que essa realidade perdeu o sentido para ele. A percepção só pode ser “compreendida” pelo indivíduo se ela for representada e investida. Um exemplo disso é a pulsão de morte. Sua ausência de sentido se deve a sua natureza irrepresentável.

Importante esclarecer que a libido investida em uma representação não é a mesma coisa que o afeto dessa representação. A libido é pulsão, que se faz representar quantitativamente pelo afeto. O sentido conferido à representação ocorre por meio de associações, pelo complexo representacional.

A partir do que foi exposto, pode se compreender que o sintoma fóbico ocorre porque o indivíduo não consegue representar e significar a situação de desamparo provocada pela

realidade, que à medida que impõe limites a satisfação da pulsão, leva o sujeito a recorrer à atribuição de sentido. Mas devido a uma insuficiência psíquica de representar e significar essa situação de desamparo, o indivíduo sintomatiza.

Através da atribuição de sentido, o indivíduo passa a “modelar” a sua realidade, a qual é fortemente influenciada pela sua subjetividade, por sua história de vida e pelo contexto social, cultural e político. Por isso, que em psicanálise se trabalha com o conceito de realidade psíquica, pois é ela que tem valor de verdade para o indivíduo. É por causa disso que não adianta tentar convencer o paciente que suas percepções estão erradas ou distorcidas, assim como não adianta dizer para o fóbico social que o outro não está lhe observando ou julgando.

9. CASO CLÍNICO DO PEQUENO HANS

Apesar de Freud ter chegado a conclusões precisas sobre a fobia nos seus primeiros trabalhos, de 1894 a 1898, será no caso clínico do pequeno Hans, em 1909, que Freud analisará a etiologia da fobia e seus mecanismos psíquicos de modo mais detalhado. Mas, no texto *Inibição, Sintoma e Angústia*, em 1926, Freud retoma o caso do pequeno Hans e faz importantes alterações a partir da segunda tópica, as quais são muito relevantes para pensar a fobia social.

Vale destacar que objetivo de analisar e discutir o caso do pequeno Hans é para pensar e refletir sobre a fobia social, cuja etiologia e mecanismos psíquicos são os mesmos da zoofobia, pois, como foi destacado pelo próprio Freud, em 1895, o fato de a fobia possuir diferentes objetos fóbicos não significa uma mudança em sua etiologia.

O caso do pequeno Hans é, para Freud (1909), um caso de histeria de angústia. Ele escolhe o termo “histeria de angústia” devido à semelhança entre a estrutura psicológica das fobias e a da histeria. Para ele, a semelhança entre elas é completa, exceto em um único ponto. No entanto, esse ponto é decisivo. Na histeria de angústia, a libido liberada pelo recalque é transformada em angústia, enquanto na histeria a libido é convertida em algum sintoma somático.

A histeria de angústia pode estar combinada em alguma proporção com a histeria de conversão, assim como pode estar de modo puro, tendo apenas fobia e angústia, sem conversão. O caso do pequeno Hans, por exemplo, é apenas um caso de histeria de angústia. Esse é o distúrbio psiconeurótico mais comum e mais precoce, uma vez que aparece mais cedo na vida. Por isso, são consideradas por Freud as neuroses da infância.

Quando uma mãe diz que seu filho sofre da doença dos nervos, segundo Freud (1909), pode ter certeza de que em nove entre dez casos a criança sofre de algum tipo de angústia ou de vários tipos ao mesmo tempo. Para ele, a neurose, na fase adulta, é continuação de uma neurose infantil, causada por conflitos sexuais, que se prolongaram no decorrer da vida.

A fobia é um meio encontrado pelo indivíduo para se livrar da angústia. O problema é que a fobia custa muito caro ao indivíduo, pois os sintomas fóbicos inibem e restringem várias áreas de sua vida, como afetiva, profissional. Os sintomas são, na verdade, meios de proteção contra a angústia.

No caso o pequeno Hans, Freud (1909) observa que o sintoma fóbico do menino é fortalecido por sentimentos opostos pelo pai, amor e ódio. Hans, como diz Freud, é um

pequeno Édipo, que queria ter seu pai ‘fora do caminho’, queria livrar-se dele, para que pudesse ficar com sua mãe. O menino ama o pai, mas também nutre por ele desejos ciumentos e hostis.

De acordo com ele, a vida emocional do homem é, em geral, feita de pares de contrários como amor e ódio. Freud (1909, p.71) adverte que “nós mesmos, também, precisamos ter cuidado para não fazer de tal contradição uma dificuldade”.

A ambivalência e a contradição marcam, para Freud, a existência de todos, desde a infância. O sintoma é a saída encontrada pelo neurótico. Essa solução, contudo, fracassa em sua meta, pois não resolve o conflito psíquico causado pela ambivalência.

O sintoma na neurose é causado, aparentemente, por um conflito banal, que não tem relação com os impulsos libidinais. Hans, por exemplo, temia ser mordido por um cavalo, o qual é um objeto externo, dessexualizado, neutro. Mas Freud demonstra que a sua fobia é provocada por um conflito sexual.

Para compreender melhor o desenvolvimento psicosssexual das crianças, Freud pede a seus alunos que lhe enviem observações cotidianas a respeito da vida sexual dos seus filhos. O pai de Hans é um dos alunos de Freud e lhe envia material sobre o menino, até que, aos três anos e meio, Hans começa a apresentar fobia de cavalos, e então o pai lhe pede ajuda. Freud, então, se propõe a ajudar por meio de orientações via correspondência, de modo que Hans é “tratado” por ele através de seu pai.

Freud encontra-se com Hans apenas uma vez e faz somente uma entrevista. Esse caso é a primeira análise de uma criança e Freud acredita que o êxito do trabalho analítico é devido ao pai ser o próprio analista. Apesar de ser imaginável hoje um pai analista tratar o seu filho, Freud já indica, nesse caso, os elementos essenciais que compõem a transferência no tratamento psicanalítico com crianças (GURFINKEL, 2012).

Só porque a autoridade de um pai e a de um médico se uniam numa só pessoa, e porque nela se combinava o carinho afetivo com o interesse científico, é que se pôde, neste único exemplo, aplicar o método em uma utilização para a qual ele próprio não se teria prestado, fossem as coisas diferentes (FREUD, 1909, p.15).

Por meio desse caso, Freud pôde demonstrar que a infância é marcada pela sexualidade. Freud admira a curiosidade sexual de Hans e a sua capacidade de observação e de investigação. Por exemplo, quando ele tem quase três anos, Hans demonstra um grande

interesse por “pipis”, o que o leva a uma persistente atividade de pesquisa. Ele pergunta à mãe e ao pai se eles têm “pipi”, ao que eles respondem que sim.

Ele também sempre pergunta sobre os “pipis” dos animais, comenta a diferença de tamanho entre eles e conclui que o tamanho depende do porte do animal. Além do seu interesse por “pipi”, Hans tem o hábito de se “masturbar” à noite, antes de dormir.

Seus pais ficam incomodados e preocupados com o fato de Hans se “masturbar”, por isso sua mãe lhe faz uma ameaça, que expressa a ideia de castração: “vou chamar o Dr. A para cortar fora o seu ‘pipi’” (FREUD, 1909).

A curiosidade sexual de Hans se torna mais intensa após o nascimento da irmã. Segundo Freud (1909), a chegada da irmã de Hans trouxe para a vida dele muitos elementos novos. Em primeiro lugar, ele é obrigado a dividir permanentemente o amor, o cuidado e a atenção de sua mãe com a sua irmã. Em segundo, Hans experimenta uma reanimação dos prazeres que tinha recebido quando era bebê ao ver sua mãe cuidar da sua irmã.

Em terceiro lugar, o nascimento de sua irmã, de um lado, estimula-o a um esforço de pensamento, em que ele se depara com o grande enigma de onde é que os bebês vêm ao mundo, de outro lado, envolve-o em conflitos emocionais. Ele rejeita a solução oferecida pelos seus pais, que Hanna foi trazida pela cegonha.

Hans nota que, meses antes do nascimento da sua irmã, o corpo de sua mãe tinha crescido. Ele também ouve os gemidos de dor de sua mãe durante o nascimento de Hanna e percebe que, quando ela sai do quarto, está magra de novo. Ele, então, deduz que Hanna tinha estado dentro do corpo de sua mãe. Para Freud (1909), Hanna foi a influência mais importante durante o desenvolvimento psicosssexual de Hans, pois o nascimento dela lhe despertou tanto o prazer sexual quanto à curiosidade sexual.

Freud destaca que o objetivo primordial da análise de Hans é capacitar o menino para obter uma compreensão dos seus desejos inconscientes. Ele acrescenta que o sucesso terapêutico não deve ser a prioridade de uma análise.

Adicionalmente, ressalta a importância do conteúdo fornecido pelo paciente e da técnica interpretativa. Segundo ele, Hans só consegue compreender seus conteúdos inconscientes por meio do material que ele próprio fornece e da interpretação psicanalítica.

O trabalho de análise é facilitado por causa da existência de certo grau de semelhança entre o que o paciente ouve do psicanalista e aquilo que ele está procurando. É essa semelhança que capacita o paciente a descobrir o material inconsciente.

O médico está um passo à frente dele no conhecimento; e o paciente segue pelo seu próprio caminho, até que os dois se encontrem na meta marcada. Os principiantes em psicanálise estão aptos para assimilar esses dois eventos e para supor que o momento no qual um dos complexos inconscientes do paciente tornou-se conhecido para eles é também o momento no qual o próprio paciente o reconhece. Estão esperando demais quando pensam que vão curar o paciente informando-o sobre essa parcela de conhecimento; pois ele nada mais pode fazer com a informação, a não ser fazer uso dela para ajudar a si mesmo a descobrir o complexo inconsciente onde ele está ancorado no seu inconsciente. Um primeiro sucesso desse tipo foi obtido com Hans. Tendo parcialmente dominado seu complexo de castração, ele era então capaz de comunicar seus desejos em relação a sua mãe (FREUD, 1909, p.75-76).

Quando Hans expressa seu medo de que “o cavalo entre no quarto”, Freud percebe que é o momento certo para informá-lo de que ele sente medo do seu pai. O medo que Hans sente de certos detalhes dos cavalos, como o preto nas bocas e as coisas na frente dos olhos, se referem aos bigodes e aos óculos do seu pai, segundo a interpretação de Freud. Ao esclarecer a Hans seus impulsos ciumentos e hostis em relação ao pai, que estavam inconscientes, Freud acabou com as resistências do menino.

O fato de Hans ter sentimentos hostis em relação ao seu pai não significa que ele tem um mau caráter. De acordo com Freud (1909), Hans tem uma disposição incomumente humana e afetuosa, e amava profundamente seu pai.

No entanto, Hans não consegue deixar de demonstrar a contradição que sente em relação a ele. Um exemplo disso é quando ele bate no seu pai e logo após beijar o lugar que bateu. Mas Hans é de natureza afetuosa, seu amor se sobressai ao passo que o seu ódio é suprimido.

Para Freud, a ambivalência de Hans é completamente compreensível, pois ele não pode deixar de odiar seu pai como um rival, porque o seu ódio é mantido por seu amor a sua mãe. Ao mesmo tempo, Hans não pode deixar de amá-lo, pois ele é o seu modelo, seu primeiro companheiro e cuida dele desde a infância.

É essa ambivalência que dá origem ao seu conflito. Mas Hans encontra uma solução para a sua ambivalência, por meio de uma fantasia, na qual o seu pai se casaria com a sua avó e deixaria a sua mãe só para si. A análise e a doença de Hans, segundo Freud, chegaram a um final apropriado após essa fantasia, pois ela lhe permitiu encontrar um final feliz para o seu pai.

No texto *O recalque* (1915), Freud retoma o caso do pequeno Hans para esclarecer que o pai, enquanto objeto da libido, é recalçado e substituído por um animal, que se presta

relativamente bem para objeto de angústia. A formação substituta da parte ideativa, do representante pulsional, realizou-se pela via do deslocamento, já o afeto, a parte quantitativa, não desapareceu, mas converteu-se em angústia.

Para Freud (1909), um recalque, como nesse caso de zoofobia, pode ser visto como fracassado, pois ele não consegue evitar o desprazer, apenas elimina e substitui a ideia. Como uma tentativa de evitar o desprazer, o sujeito desenvolve um comportamento de fuga, com uma série de escapatórias, para evitar o desencadeamento da angústia.

Freud revê e amplia o conceito de angústia, no texto *Inibição, sintoma e angústia*, em 1926. Nesse artigo, Freud situa a angústia como um estado afetivo produzido pelo ego em resposta ao anúncio do perigo de uma ameaça de castração. Ele também retoma o caso do pequeno Hans e apresenta a segunda teoria da angústia.

A partir desta segunda teoria, Freud consegue definir, com mais precisão, a angústia da fobia como uma angústia de castração (GURFINKEL, 2012). Ele retoma o caso do pequeno Hans e esclarece que o medo de cavalos é o sintoma, a incapacidade de sair à rua é uma inibição, uma restrição que o ego impõe a si próprio, para não despertar o sintoma de angústia. Em relação à angústia, Freud destaca que se trata de uma *angústia expectativa* de que será mordido pelo cavalo, e não de uma angústia indeterminada ante um cavalo.

No texto *Além do princípio do prazer* (1920), Freud faz um importante esclarecimento dos termos “angústia”, “medo” e “terror”, os quais estão intimamente relacionados à fobia. Ele argumenta que esses termos são empregados erroneamente como sinônimos. Tal emprego não deveria ocorrer, pois eles se diferenciam de modo claro em relação ao perigo.

A “angústia” é um estado de expectativa diante de um perigo desconhecido, enquanto o “medo” é um temor diante de um determinado objeto, já o “terror” é um estado em que a pessoa fica ao correr um perigo sem estar para ele preparado, nele há o fator de surpresa.

A angústia protege a pessoa do terror, pois alerta o perigo e possibilita a emergência de medidas defensivas apropriadas. Quando há uma falta de preparo prévio pela angústia, o indivíduo sente-se desamparado em uma situação de terror. A angústia, portanto, não produz uma neurose traumática, ao contrário, ela protege a pessoa do terror, o que será discutido mais detalhadamente depois.

Freud entende que a fobia de Hans é uma tentativa de solucionar o seu conflito de ambivalência, amor e ódio dirigidos ao pai. Segundo ele, os conflitos gerados pela ambivalência são muito frequentes. Uma saída típica para esse tipo de conflito é o processo de recalque por formação reativa, em que um dos dois impulsos em luta, geralmente o afetivo,

fortalece-se bastante, ao ponto de tornar-se exagerado e compulsivo, enquanto o outro desaparece.

Outra saída comum ao conflito de ambivalência é por meio do sintoma, que é o caso do pequeno Hans. Nesse caso, não há formação reativa, mas apenas uma neurose. O que o torna uma neurose é unicamente a substituição do pai pelo cavalo. Esse deslocamento produz aquilo que pode ser denominado de sintoma. Esse é outro mecanismo que permite a resolução do conflito de ambivalência sem a ajuda da formação reativa.

Se o pequeno Hans, enamorado de sua mãe, demonstrasse medo diante do pai, não seria um caso de neurose, de fobia, pois não houve a substituição, seria apenas uma reação afetiva perfeitamente compreensível.

De acordo com Freud (1926), quando Hans diz que viu um cavalo cair, também viu cair e se ferir um amigo com quem brincava de “cavalinho”, ele deseja que o pai caia e se machuque como o cavalo e o amiguinho. É esse deslocamento que caracteriza um sintoma neurótico. No caso do pequeno Hans, é sentimento hostil em relação ao pai que sofre o recalque.

Segundo Freud, o conflito de ambivalência não é resolvido na mesma pessoa, pois um de seus dois impulsos é direcionado para outra pessoa como objeto substitutivo. Trata-se, no caso de Hans, de um processo de recalque que atinge os impulsos hostis e terno em relação ao pai, e o afetuoso no tocante à mãe.

A fobia de Hans dá conta dos dois principais impulsos do complexo de Édipo, o impulso agressivo para com o pai e o bastante afetuoso em relação à mãe. Após a formação da fobia a ligação terna à mãe desaparece, por meio do recalque, e a formação de sintomas (substitutiva) ocorre com o impulso agressivo.

O pequeno Hans abandona a agressividade para com o pai por causa do medo da castração. O seu medo de que um cavalo o morda pode ser entendido como medo de um cavalo lhe morder o genital, de castrá-lo. O conteúdo do medo, ser mordido por um cavalo, é substituto e distorcido do conteúdo original: “ser castrado pelo pai”.

A angústia da fobia de animal é o medo da castração, um medo realista, angústia ante um perigo ameaçador ou considerado real. O afeto de angústia, que constitui a essência da fobia, não vem do processo de recalque. A libido não é transformada em angústia. Para Freud (1926), a angústia é sentida pelo ego ante as exigências da libido.

De acordo com Freud, o sintoma de Hans tem duas vantagens: a primeira, o fato de que evita o conflito de ambivalência, pois o pai é também um objeto amado; a segunda, o fato

de que permite ao ego cessar com o desenvolvimento da angústia, pois a angústia da fobia é facultativa, surge apenas quando seu objeto é alvo da percepção.

O que ocorre na fobia, no fundo, é a substituição de um perigo interno, pulsional, por um externo, perceptivo. Essa substituição é vantajosa para o indivíduo, pois reduz a sua angústia. Uma vez que é possível proteger-se de um perigo externo, por meio da fuga, enquanto, no perigo interno, não existe um meio de se proteger.

No perigo externo, o ego pode escapar da angústia ao evitar algo ou ao desenvolver um sintoma de inibição, como no caso do pequeno Hans. Nesse caso, o menino elege inconscientemente o cavalo como objeto externo, e passa a temer esse objeto. Para não correr o risco de se deparar com o animal, uma vez que ele desperta angústia e medo, Hans deseja só ficar em casa.

Vale destacar que inibição e sintoma são conceituados de forma diferente por Freud, no texto *Inibição, sintoma e angústia* (1926). Nele, Freud esclarece que é preciso delimitar os conceitos de inibição e de sintoma, porque eles provêm de fontes diferentes. Além disso, alguns casos clínicos apresentam apenas inibições, não têm sintomas.

De acordo com Freud (1926), a inibição relaciona-se fundamentalmente com a função egóica e pode ser uma limitação normal. Ao contrário do sintoma que é um substituto de uma satisfação pulsional, que permaneceu inconsciente por meio do recalque. Ele também afeta várias funções do ego, ao ponto de comprometer profundamente a vida pessoal e profissional da pessoa.

Mas uma inibição pode tornar-se um sintoma, uma vez que ela pode afetar diversas funções do ego. Segundo Freud (1926), os órgãos, nas inibições neuróticas, não conseguem exercer suas funções e tornam-se erotizados de forma acentuada. Por exemplo, uma pessoa sofre um acidente na mão, sendo que sua profissão é pianista.

Nesse caso, deixar de tocar, seria a realização de um ato sexual proibido. “O ego renuncia a estas funções que lhe cabem, para não ter de efetuar novo recalque, para evitar um conflito com o Id” (FREUD, 1926, p.18).

A inibição também pode estar a serviço da autopunição, principalmente, as inibições referentes à atividade profissional. O severo superego restringe as funções do ego para que ele

não obtenha sucesso. O ego se submete aos imperativos do superego para evitar o conflito. Neste caso, a inibição é um sintoma.

A finalidade do sintoma, para Freud (1926), é evitar a angústia. Os sintomas utilizam a energia psíquica que de outro modo seria descarregada como angústia. Nesse sentido, “[...] a angústia seria o fenômeno básico e o problema principal da neurose” (FREUD, 1926, p.87). O neurótico distingue-se do normal no excesso de angústia que ele sente frente ao perigo.

Por exemplo, se impedirmos um neurótico obsessivo de lavar as mãos após tocar algo, ele será tomado por uma angústia quase insuportável. O ato obsessivo de lavar as mãos tem o objetivo de prevenir acessos de angústia. “Nesse sentido, toda inibição que o ego impõe a si próprio pode ser denominada de sintoma” (FREUD, 1926, p.88).

Os sintomas são criados para evitar a situação de perigo que é sinalizada pela angústia. Este perigo é a castração, o ego é preparado para a castração por meio de repetidas perdas de objetos. Essa compreensão da castração levou Freud a uma nova concepção da angústia. Ela passou a ser um sinal afetivo frente à perda e à separação.

Nesse sentido, a primeira experiência angustiante do ser humano é o nascimento, pois ele significa a separação da mãe, que pode ser comparada a uma castração da mãe (segundo a equação criança=pênis). O bebê exige ter a percepção da mãe, porque sabe que ela satisfaz suas necessidades, e que sua sobrevivência depende dela.

O bebê vê a insatisfação como um perigo, por isso evita o aumento de tensão gerada pela necessidade biológica. A angústia no bebê é produto tanto de um desamparo biológico quanto de um desamparo psíquico. Para Freud (1926), a angústia é a reprodução do trauma do nascimento.

“A angústia passa a ocupar um papel defensivo, e é liberada intencionalmente pelo ego perante situações de perigo definidas como ameaças de ocorrência de uma situação traumática, sendo essa sinalização uma condição necessária para colocar o processo defensivo em andamento” (LOFFREDO, 2012, p.106).

O recalque, desde o início, é impulsionado pela angústia, o qual é sentido pelo ego diante das exigências dos impulsos sexuais do id. Frente a eles, o ego sente-se desamparado e

permanece em constante posição de defesa, uma vez que estes impulsos são vistos como um perigo. Em virtude disso, Freud define o ego como a sede da angústia, pois somente ele pode senti-la. O id não consegue perceber a angústia, pois não pode julgar situações de perigo.

O impulso sexual que provém do id ativa uma das situações de perigo para o ego, o que o leva a dar o sinal de angústia para que haja a inibição. Também pode ocorrer uma situação semelhante ao trauma do nascimento, que leva a uma reação de angústia automática. Como o ego está intimamente ligado ao id, ele só pode exercer a censura sob o preço de restringir sua própria organização, como sintoma para compensar o prejuízo causado ao instinto.

Um traço importante da angústia é sua relação com a expectativa. É a angústia diante de algo. Nela, há uma característica de indeterminação e ausência de objeto. Ao encontrar o objeto, a angústia recebe outro nome: temor.

Na neurose, podem-se notar dois tipos de angústia: a realística e a neurótica. A primeira é a angústia diante de um perigo real e conhecido, enquanto a segunda é a angústia ante um perigo pulsional e desconhecido. Através da análise, a pessoa passa a conhecer o perigo pulsional que lhe aflige e, a partir disso, apagam-se as diferenças entre angústia realística e angústia neurótica.

Tanto no perigo real como no perigo pulsional, o corpo manifesta duas reações: uma afetiva, a irrupção da angústia, e a ação protetora. Em alguns casos as características da angústia realística e da angústia neurótica aparecem mescladas.

A exigência pulsional também é de natureza real, por isso a angústia neurótica pode ser considerada realística. Além disso, o perigo pulsional interno pode ser considerado externo, pois sua satisfação acarretaria um perigo externo. Por outro lado, o perigo externo (real) também sofreu uma internalização para se tornar significativo para o ego. Nota-se que os limites conceituais são bem tênues (FREUD, 1926).

O ser humano pode vivenciar um desamparo material no caso de perigo real e um desamparo psíquico no caso de um perigo pulsional. Já a situação de desamparo vivida é nomeada por Freud de traumática.

Vale destacar que a situação traumática é diferente da situação de perigo. A situação traumática de desamparo é prevista e aguardada, o que significa um progresso na autopreservação do ser humano. A situação de perigo tem a finalidade de produzir angústia para sinalizar a possível situação traumática, e, assim, produzir meios de evitá-la (FREUD, 2014 [1926]).

A situação atual faz lembrar uma das vivências traumáticas já sofridas a fim de levar a pessoa a comportar-se como se o trauma tivesse chegado, enquanto há tempo suficiente para afastá-lo. “Portanto, a angústia é, de um lado, expectativa do trauma, e, do outro lado, repetição atenuada do mesmo” (FREUD, 1926, p.116).

Em resumo, a expectativa na angústia se liga à situação de perigo, enquanto sua indeterminação e ausência de objeto referem-se à situação traumática de desamparo, que é antecipada na situação de perigo. “A angústia é a original reação ao desamparo no trauma, que depois é reproduzida na situação de perigo [...]”, mas desta vez com o intuito de ajudar o ego a evitar o trauma (FREUD, 1926, p.116).

O traumático para o bebê se deve ao fato de que ele não consegue distinguir entre ausência temporária e perda duradoura. Devido à sua incompreensão, a falta da mãe é vivenciada por ele como traumática. A primeira angústia sentida pelo ego é a perda da percepção da mãe, do objeto.

Mais tarde, a criança aprende que ela pode perder o amor do objeto, mesmo que ele continue a existir. Então, a perda do amor do objeto torna-se um novo perigo persistente e condição de angústia. Para Freud (1926), é improvável que a causa de uma neurose seja apenas um perigo externo (real), sem a participação inconsciente do aparelho psíquico.

A perda de amor do objeto ocorre principalmente nas mulheres, segundo Freud. Em suas palavras:

Como é indubitável que a histeria tem maior afinidade com a mulheres, assim como as neuroses obsessiva têm com os homens, cabe supor que a condição para a angústia que é a perda do amor desempenha na histeria um papel semelhante à ameaça de castração nas fobias e à angústia ante o superego na neurose obsessiva (FREUD, 1926, p.85-86).

O que distingue os neuróticos das pessoas comuns é o fato de que eles exacerbam suas reações frente ao perigo. Os neuróticos são adultos o bastante para suprir suas necessidades, mas comportam-se como se não fossem. Eles mantêm-se presos às situações de perigo de fases anteriores do desenvolvimento. Mantêm-se apegados às velhas condições de angústia.

Nesse caso, o fato de ser adulto não garante proteção suficiente contra os acessos de angústia, pois cada aparelho psíquico suporta certa quantidade de excitação, e se ela for excedida produzirá sofrimento (FREUD, 1926).

A partir deste caso, pretende-se destacar que, independente do objeto fóbico, a fobia é causada, aparentemente, por algo externo, dessexualizado, sem relação com a história do indivíduo, com seu conflito psíquico, com sua subjetividade, mas Freud demonstrou, através do caso do pequeno Hans, que o sintoma fóbico está intimamente vinculado aos sentimentos contraditórios em relação ao objeto da pulsão, por exemplo, de amor e ódio que Hans sentia pelo pai.

A causa do sintoma fóbico é a ambivalência diante do objeto sexual da pulsão, pois é ela que dá origem ao conflito psíquico. Apesar de o sintoma evitar a angústia, ele não resolve o conflito psíquico, já a fantasia pode “solucionar” o conflito. Segundo Estevão (2009), na teoria do conflito, o indivíduo pode desenvolver uma fantasia antes de gerar um sintoma, por isso ela é uma válvula de escape para ele.

Segundo Freud, Hans só encontrou uma solução para a sua ambivalência, por meio de uma fantasia, na qual o seu pai se casaria com a sua avó e deixaria a sua mãe só para si. A análise e a doença de Hans, segundo Freud, chegaram a um final apropriado após essa fantasia, pois ela lhe permitiu encontrar um final feliz para o seu pai.

Na fobia, o conteúdo do medo é substituto e distorcido do conteúdo original, portanto o que o indivíduo teme não é o objeto fóbico externo, mas a ameaça de castração, do mesmo modo, na fobia social não é o outro que causa medo, mas a castração, que devido ao fato de ter um objeto indeterminado remete o fóbico a situação de desamparo. O fato do medo na fobia social se referir ao outro, produz um efeito “tranquilizante”, pois o objeto passa a ser representado e simbolizado pelo fóbico social, e ainda é possível se proteger dele por meio do isolamento social.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em psicanálise, a fobia, independente do objeto fóbico, é causada por um conflito psíquico, em que há um deslocamento de um perigo pulsional para um externo, que permite que o indivíduo se proteja, enquanto que o primeiro remete o indivíduo à situação de desamparo, a qual é traumática.

Já as inibições e os sintomas são decorrentes da insuficiência psíquica de representar a excitação somática, isto é, da dificuldade do indivíduo de simbolizar as situações de desamparo causadas pela castração, a qual se repete ao longo da vida por meio de inúmeras restrições da satisfação pulsional.

Apesar de todos os tipos de fobia apresentarem a mesma etiologia e os mesmos mecanismos psíquicos, cada tipo de fobia possui características particulares. No caso da fobia social, as principais características são: o sentimento de inferioridade e a sensação de estar sendo observado e julgado pelo outro de forma negativa. Esses sentimentos são decorrentes da severidade do superego, da impossibilidade de satisfação narcísica através do ideal do ego e da dificuldade de obter satisfação da libido objetal.

Na fobia social pode-se notar uma vergonha de si, que, segundo Quinet (2009a), deriva da severidade do superego. Esse sentimento agrava a dificuldade que o fóbico social tem de ter contato social. No entanto, este trabalhou não se debruçou sobre isso, pois seria difícil discutir mais um aspecto da fobia social diante da limitação da pesquisa, a qual é necessária para o desenvolvimento do trabalho.

Em decorrência do rigor excessivo do superego, o fóbico social também se sente transparente frente ao outro e tem um sentimento claro da presença do olhar dele sobre si. Na verdade, ele projeta no outro seus sentimentos em relação ao superego. No delírio de observação pode se constatar o quanto a realidade é marcada por fantasias, por isso Freud elabora o conceito de realidade psíquica, que para o indivíduo tem o mesmo valor que a realidade da percepção.

O delírio de observação revela a gênese do superego, pois o fóbico social atribui ao outro o olhar do superego, cuja severidade reduz significativamente as possibilidades de uma relativa felicidade do indivíduo. O indivíduo, segundo Freud, se torna neurótico porque não pode suportar a medida de privação que o superego e a sociedade lhe impõem.

Uma das saídas encontrada pelo indivíduo, de acordo com Freud, é o sintoma. Ele esclarece que o sintoma encobre uma função de solução de compromisso entre duas forças

contrárias: às exigências da civilização, ligadas ao princípio da realidade, por um lado, e o desejo inconsciente, ligado ao princípio do prazer, por outro.

O sintoma se forma quando essas duas forças, que entraram em luta, se reconciliam, por assim dizer, através do acordo representado pelo sintoma formado. Ele é o substituto de uma satisfação pulsional que não pode se realizar. O sintoma é, assim, uma resposta frente a esse mal-estar, uma espécie de negociação dos desejos com as demandas sociais.

Discutir o TAS a partir da psicanálise é uma forma de “subjetivar o diagnóstico”, através do retorno à subjetividade, ao sujeito, à sua fala, ao seu corpo, que é marcado por questões psíquicas, sociais e culturais, e não somente biológicas. Acredita-se que essa foi a principal contribuição da psicanálise, uma vez que, ao abordar o transtorno de ansiedade social pelo viés psicanalítico, foi uma forma de questionar o diagnóstico e o tratamento psiquiátrico, que, muitas vezes, é feito sem levar em conta a subjetividade do indivíduo, cujo objetivo, frequentemente, é apenas normatizar e padronizar o comportamento humano.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (APA). **DSM-5**: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BAPTISTA, C. A. **Estudo da prevalência do transtorno de ansiedade social em estudantes universitários**. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental da Faculdade de Medicina). Universidade de São Paulo, de Ribeirão Preto.

BARRETO, F. P. Os efeitos da ciência sobre o corpo: o corpo-máquina da medicina, o corpo neuronal da psiquiatria biológica, o corpo remodelado da medicina plástica. **Opção Lacaniana online nova série**, n. 13, 2014.

BARNHILL, J. W. **Casos clínicos do DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade**: A Psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

CORDÁS, T. A. Histórico. In: QUEVEDO, J. (Org.). **Transtorno de ansiedade social**: teoria e clínica. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 17-21.

COSTA, J. F. Os sobrenomes da vergonha: melancolia e narcisismo. In: VERZTMAN, J. et al. (Org.). **Sofrimentos narcísicos**. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2012. p. 9-16.

COSTA, A.; POLI, M. C. Alguns fundamentos da entrevista na pesquisa em psicanálise. **Revista Pulsional**, n. 188, p. 14-21, 2006.

ELIA, L. **O conceito de sujeito**. Psicanálise passo-a-passo; 50. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.

ESTEVIÃO, I. R. **A realidade, entre Freud e Lacan**. 2009. Tese (Doutorado em Psicologia)- Universidade de São Paulo, São Paulo.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

FREUD, S. (1894). As neuropsicoses de defesa. In: **Obras completas, volume 3**: Primeiras publicações psicanalíticas. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 24-39.

_____. (1895) Obsessões e fobias: seu mecanismo psíquico e sua etiologia. In: **Obras completas, volume 3**: Primeiras publicações psicanalíticas. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 39-47.

_____. (1905). Os três ensaios sobre a sexualidade. In: **Obras completas, volume 7**: Um caso de histeria, Os três ensaios sobre a sexualidade e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 2006. p. 76-195.

_____. (1909). O pequeno Hans. In: **Obras completas, volume 10**: Duas histórias clínicas (o “Pequeno Hans” e o “Homem dos Ratos”). Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 3-91.

_____. (1913). Totem e Tabu. In: **Obras completas, volume 13**: Totem e Tabu e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1974. p. 199-216.

_____. (1914). Introdução ao narcisismo. In: **Obras completas, volume 12**: Introdução ao narcisismo e ensaios de metapsicologia e outros textos. São Paulo: Companhia das letras, 2010. p. 13-50.

_____. (1915a). O inconsciente. In: **Obras completas, volume 17**: Introdução ao narcisismo, Ensaio de metapsicologia e outros textos. São Paulo: Companhia das letras, 2010. p. 73-112.

_____. (1915b). O recalque. In: **Obras completas, volume 17**: Introdução ao narcisismo, Ensaio de metapsicologia e outros textos. São Paulo: Companhia das letras, 2010. p. 61-73.

_____. (1924-25). Um estudo autobiográfico. In: **Obras completas, volume 20**: Um estudo autobiográfico, Inibições, sintomas e ansiedade, A questão da análise leiga e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1976. p. 13-92.

_____. (1926). Inibição, sintoma e angústia. In: **Obras completas, volume 17: Inibição, sintoma e angústia, O futuro de uma ilusão e outros textos.** São Paulo: Companhia das letras, 2014. p. 13-123.

_____. (1930). O mal-estar na civilização. In: **Obras completas, volume 18: O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias e outros textos.** São Paulo: Companhia das letras, 2010. p. 9-89.

_____. (1937). Análise terminável e interminável. In: **Obras completas, volume 23: Moisés e o monoteísmo, esboço de psicanálise e outros trabalhos.** Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 224-270.

GARCIA-ROZA, L. A. **Freud e o inconsciente.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GURFINKEL, A. C. **Fobia.** 3. ed. São Paulo: Caso do psicólogo, 2012.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS J. B. **Vocabulário da Psicanálise.** Lisboa: Moraes, 2001.

LOFFREDO, A. M. Anotações sobre a leitura freudiana da angústia. **Tempo psicanalítico**, v. 44, p.105-130, 2012.

LUZ, A. C. D. S.; DIAS, G. P.; BEVILAQUA, M.C. Neurobiologia. In: QUEVEDO, J. (Org.). **Transtorno de ansiedade social: teoria e clínica.** Porto Alegre: Artmed, 2014, p. 35-42.

MOCHCOVITCH, M. D. Epidemiologia. In: QUEVEDO, J. (Org.). **Transtorno de ansiedade social: teoria e clínica.** Porto Alegre: Artmed, 2014, p. 23-27.

NOGUEIRA, L. C. Aula: a pesquisa em psicanálise. **Psicologia USP**, v. 15, n. 1-2, p. 83-106, 2004.

PRISZKULNIK, L. Clínica(s): diagnóstico e tratamento. **Psicologia USP (Online)**, v. 11, n.1, p. 11-28, 2000.

QUINET, A. **As 4 + 1 condições de análise**. 12. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009a.

_____. **Psicose e laço social: Esquizofrenia, paranoia e melancolia** (2a ed.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009b.

ROSA, M. D. A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. **Revista Mal-estar e subjetividade**, v. 4, n. 2, p. 329-348, 2004.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

SAFRA, G. Investigação em Psicanálise na universidade. **Psicologia USP**, v. 12, n. 2, 2001.

SCHIER, A.; RIBEIRO, N. P. O.; SILVA, A. C. Hipóteses etiológicas. In: QUEVEDO, J. (Org.). **Transtorno de ansiedade social: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2014, p. 29-34.

SILVA, M. G. **O “TDAH” e os professores de escola particular: contribuições da Psicanálise**. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Universidade de São Paulo, São Paulo.

SKARE, N. G. Discurso, angústia, capitalismo. **Revista Anagrama: Revista Científica Interdisciplinar da Graduação**, 2012.

ST-ONGE, J. C. Estamos todos loucos? A influência da indústria farmacêutica sobre a Psiquiatria. Blog. Direito Sanitário: Saúde e Cidadania. 2013 May. Disponível em: <http://blogs.bvsalud.org/ds/2013/05/23/estamos-todos-loucos-a-influencia-da-industria-farmaceutica-sobre-a-psiquiatria/>. Acesso em: 15 novembro 2017.

VERZTMAN, J. S.; VENTURI, C. Interseções da vergonha na cultura, na subjetividade e na clínica atual. In: Verztman, J. et a. (Org.). **Sofrimentos narcísicos**. Rio de Janeiro: Cia de Freud, 2012. p. 119-147.

VERZTMAN, J. S.; HERZOG, R.; PINHEIRO, T. Vergonha, Culpa, depressão contemporânea e perdão. **Trivium**, v. 1, p. 178-183, 2009.

VERZTMAN, J. S. Vergonha, honra e contemporaneidade. **Revista Pulsional**, v. 18, n. 181, p. 88-100, 2005.