

ANSIEDADE E TRAUMA: UMA VISÃO PSICANALÍTICA DA RELAÇÃO

ABREU, Joice Emanuele dos Santos

MACEDO, Graziella Vieira

VASCONCELOS, Priscila Luiza¹

PEREIRA, Simone Farias²

RESUMO

Este trabalho retrata a pesquisa realizada sobre a relação entre Ansiedade e Trauma numa visão psicanalítica. Tal problemática consiste em responder “Qual a relação entre a manifestação de crises de ansiedade e traumas vividos pelo sujeito?”. Essa investigação se faz necessária diante das exigências do mundo contemporâneo, em que as constantes e intensas demandas, os compromissos e o excesso de informações, têm ajudado a transformar a ansiedade - às vezes positiva e necessária - em algo patológico. A partir disso, o objetivo geral foi compreender a crise de ansiedade e sua relação com os traumas vividos pelo sujeito e como objetivos específicos: compreender a crise de ansiedade, suas causas e seus sintomas; compreender o inconsciente na perspectiva da Psicanálise para entender as manifestações da crise de ansiedade no indivíduo; definir o conceito de trauma de acordo com a Psicanálise; investigar as possíveis relações entre as crises e os fatores traumáticos. Para isso, realizou-se um mergulho na perspectiva psicanalítica, que resultou numa apresentação da leitura feita por essa perspectiva acerca da crise de ansiedade, sobre os fatores traumáticos e o inconsciente, tanto na visão freudiana como pós freudiana. Esse intento foi fundamentado mediante pesquisa bibliográfica e qualitativa. A análise demonstrou que nem todos os sujeitos que passaram por situações traumáticas irão desencadear crises de ansiedade ao longo da vida, mas que os traumas são um dos fatores relacionados com a crise de ansiedade.

Palavras-chave: Crise de Ansiedade. Traumas. Infância. Inconsciente.

¹ Bacharelados em Psicologia na Faculdade UNA de Sete Lagoas - MG. Artigo científico para Trabalho de Conclusão de Curso no curso de Psicologia em 2023/2.

² Professor orientador de TCC Pesquisa da Faculdade UNA de Sete Lagoas.

1. Introdução

Ao longo da vida o ser humano acumula situações traumáticas, dores emocionais, feridas da infância, repreensões familiares e sociais. Todos esses momentos podem gerar psicossomatizações que estruturam o nosso modo de viver, pensar, agir e nos portar em situações de inseguridades (ANGELINI, 2018). As psicossomatizações ou fenômeno psicossomático, é uma doença crônica empregada para referir aos sintomas de unidade patológica associados entre uma expressão fisiológica e uma expressão psicológica. Trata-se de fenômenos físicos expressivos em doenças somáticas que manifesta de forma crônica os conflitos psíquicos liberando em sintomas e doenças no corpo (MELLO FILHO, 2002).

Portanto, sob a ótica do tema Ansiedade e Trauma: Uma Visão Psicanalítica da Relação, a presente pesquisa tem como questão norteadora responder à pergunta problema: “Qual a relação entre a manifestação de crises de ansiedade e traumas vividos pelo sujeito?”.

O objetivo geral deste estudo é compreender a relação entre as manifestações de crises de ansiedade e traumas vividos pelo sujeito; e como objetivos específicos: compreender a crise de ansiedade, suas causas e seus sintomas; compreender o inconsciente na perspectiva da Psicanálise para entender as manifestações da crise de ansiedade no indivíduo; definir o conceito de trauma de acordo com a Psicanálise; investigar as possíveis relações entre as crises e os fatores traumáticos.

Para Castillo (2000) a ansiedade é um sentimento de medo vago e desagradável, explicado por um desconforto ou tensão derivado de uma antecipação de perigo, do desconhecido ou algo estranho. Pode, entretanto, passar de uma situação normal para patológica, quando esta se torna exagerada e desproporcional, originando no indivíduo sofrimento de ordem funcional, psíquica e social.

Bauer (2019) diz que as novas exigências do mundo contemporâneo, com seu excesso de informações e compromissos, passou a demandar uma aceleração

no comportamento das pessoas para que estas pudessem se encaixar nas novas determinações modernas.

Em 2019 a Organização Mundial da Saúde (OMS), publicou um mapeamento de transtornos mentais e constatou que 18,6 milhões de brasileiros, quase 10% da população, conviviam com o transtorno de ansiedade, sendo o Brasil o país que mais apresenta transtorno de ansiedade no mundo. A partir desses dados e levando em consideração que a crise de ansiedade ainda é um tema que demanda muito estudo para entender suas origens específicas, buscou-se, por meio da pesquisa realizada na forma de estudos bibliográficos, um entendimento da relação entre os traumas vividos pelo sujeito e o surgimento das crises de ansiedade, de forma a contribuir para o estudo acadêmico deste tema.

Para responder à questão que originou a pesquisa, apresenta-se, a seguir, o conceito de ansiedade, no primeiro tópico, no intuito de compreender suas causas e sintomas; no segundo tópico buscou-se explicitar o conceito de inconsciente na perspectiva da Psicanálise; já no terceiro tópico definiu-se o conceito de trauma sob o viés da psicanálise e no quarto tópico analisou-se sobre possíveis relações entre as crises de ansiedade e os fatores traumáticos. Antes, porém, faz-se a exposição da metodologia da pesquisa.

2. Metodologia

O estudo aqui apresentado se baseou em uma revisão bibliográfica, que teve como fonte de pesquisa os sites Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Google Acadêmico, Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PEPSIC), além de livros específicos da área de Psicologia e saúde, como o DSM-5. Foram utilizados os descritores: ansiedade, crise de ansiedade, transtorno de pânico, traumas e psicanálise.

Para Araújo (2003, p. 58), “O termo ‘pesquisa’ diz respeito a uma classe de atividades cujo objetivo é desenvolver ou contribuir para o conhecimento generalizável.” Já Clark e Castro (2003, p. 67), dizem que “a pesquisa é um processo de construção do conhecimento que tem como metas principais gerar novo conhecimento e/ou corroborar ou refutar algum conhecimento preexistente.”

Investigar a relação entre ansiedade e traumas demandou um mergulho no conhecimento já produzido no meio acadêmico.

Nessa mesma linha, afirma Moreira (1999) que a pesquisa científica é um processo de busca, tratamento e transformação de informações segundo regras fornecidas pela metodologia da pesquisa.

Lakatos e Marconi (1987), por sua vez, defendem que a pesquisa bibliográfica trata do levantamento, seleção e documentação de toda a bibliografia já publicada sobre um assunto que está sendo pesquisado, em livros, revistas, boletins, monografias, teses, dissertações, material cartográfico, com o objetivo de colocar o pesquisador em contato direto com todo o material já escrito sobre o mesmo. É, para Minayo (2003) - o caminho do pensamento a ser seguido. Refere-se a uma união de técnicas a ser empregadas para produzir uma realidade.

Isto posto, vale ressaltar que a pesquisa qualitativa bibliográfica aqui realizada possibilitou a compreensão dos termos relevantes para a área de pesquisa e a construção de possíveis relações entre eles. Isto porque acredita-se ser a pesquisa bibliográfica uma excelente técnica para obtenção de uma bagagem teórica, que permita refletir sobre a relação entre crise de ansiedade e fatores traumáticos, permitindo compreender de fato o que é uma crise, o que é a ansiedade, o que é o trauma, qual a relação com o inconsciente. Essa opção metodológica se deve à possibilidade que ela apresenta de aprofundamento na relação investigada, assim, ou seja, possibilita a compreensão da relação entre a manifestação de crises de ansiedade e traumas vividos pelo sujeito. Ela foi utilizada tanto para aprofundar conhecimentos que já tenham sido qualificados, quanto para montar uma base de conhecimentos.

3. Revisão bibliográfica/ Estado da arte

3.1. Ansiedade - conceito, causas e sintomas

A ansiedade é uma característica comum na vida do sujeito. Sua importância se percebe na existência e sobrevivência dos seres humanos, como alerta de coisas simples até as mais superficiais. (LENHARDTK; CALVETTI, 2017). Assim, todo sujeito perpassa por situações de ansiedade, e o problema surge quando a

mesma deixa de ser comum e passa para o estado patológico, trazendo reflexos para sua vida cotidiana.

O estudo de Tess (1996), foi um estudo realizado com objetivo de qualificar a regularidade, os tipos, e as razões que levam a disfunção sexual em pacientes do sexo feminino e masculino, com transtorno de pânico com e sem agorafobia, demonstrou que a ansiedade é a representação do sinal de perigo e alerta, auxiliando o ser humano na tomada de decisão para o enfrentamento de ameaças, e caracteriza-se pela resposta de uma ameaça vaga, sem origem clara e voltada para o futuro. Esse é o sentimento benéfico da temática. A ansiedade por esse viés auxilia o ser humano em sua vivência, na audácia do que fazer, como ter que escolher como realizar atividades e refletir sobre que perigo pode lhe trazer ou ocasionar.

Segundo Freud a ansiedade se origina no inconsciente, pois traumas ocorridos na vida pregressa podem ser encobertos pelo ego como forma de mecanismo de defesa a fim de se evitar o sofrimento, e a angústia de castração são uma forma de explicar como o transtorno de ansiedade nasce nas pessoas (OLIVEIRA; SANTOS, 2019).

Ainda em Freud (1976), a apresentação da ansiedade pode ser entendida em duas concepções. Uma na manifestação dessas situações em que o indivíduo vivencia situação de perigo e a outra como forma de comunicar um sinal, impedindo que algo aconteça. Portanto, a ansiedade, nesse cenário de possibilidades, passa a ser unicamente vantajosa pela preparação à chegada do perigo. Sobretudo, ela é levada a cabo por meio de um aumento da atenção e da tensão motora, de que decorrem a fuga do perigo ou a defesa ativa, a luta. O indivíduo, inconscientemente, tem esse acesso, e sente tais reações. É o que se percebe, por exemplo, na vivência de um vestibulando que precisa de aprovação na realização da prova visando seu futuro, o sentimento de ansiedade vigora em si, porém beneficemente, o que o leva a maior dedicação e concentração, pois ali existe um alerta, a aprovação.

E ao relacionar a ansiedade como um “sinal indicador” para o organismo, Freud explica que a ansiedade vem como a necessidade de levantar defesas psicológicas. Sendo assim, a ansiedade nesta perspectiva representa um papel central no funcionamento do aparelho psíquico (SILVA, 2020, p. 09). Sobre essa ótica,

compreende-se que: O estado patológico designado “crise” na ansiedade, que os autores nomeiam como transtorno, se baseia no embaralhamento das situações, quando ela desencadeia tribulações que trazem sofrimento para a vivência do ser humano.

De acordo com Gama (2019 p.6) “a ansiedade se torna assim excessiva, quando acontece sem um motivo prévio, ou é desproporcional à situação que a desencadeia, torna-se patológica, gerando alguns transtornos fóbicos e estados de ansiedade”. Ainda segundo o autor, “em indivíduos com uma predisposição à ansiedade, esta pode levar o paciente a apresentar sintomas somáticos, somáticos atrasados e motores”.

A ansiedade quando sai do seu estado de normalidade e passa a ser excessiva, gera um quadro patológico, levando o sujeito - em casos mais severos - a um estado de paralisia, como afirmam:

A ansiedade é um estado de medo absoluto que paralisa o sujeito de uma forma extraordinária. Na maioria das vezes a pessoa perde o controle das emoções, sentimentos e comportamento, podendo ter uma percepção de vida acelerada, mas, ao mesmo tempo não consegue ir a lugar nenhum, uma vez que, o que acelera na vida da pessoa com ansiedade são seus pensamentos em relação ao futuro, tendo momentos insuportáveis (ROLIN; DE OLIVEIRA; BATISTA, 2020, p.2)

De acordo com Freud, a ansiedade é uma resposta do sujeito ao se confrontar com uma ameaça eminente, ocasionada por uma situação traumática não elaborada que acarretará em manifestações fisiológicas. Dentre essas manifestações a sensação inicial que nos permite identificar a causa da angústia muitas vezes pode estar ausente ou se tornar imperceptível. (FREUD, 1916). Nesse pressuposto de identificação da ansiedade, compreensão de como ela reage, investigou-se a ansiedade como patologia, através da análise a partir do DSM-5.

Conforme mencionado no DSM-5 (2014, p.189), é relatado que os transtornos de ansiedade englobam condições que apresentam características de medo e ansiedade excessivos, bem como perturbações comportamentais associadas, e que esses transtornos diferem entre si nos tipos de objetos ou situações que causam medo, ansiedade ou comportamentos de evitação, bem como nos padrões de pensamento cognitivo associado. Portanto, os transtornos de ansiedade podem ser classificados em: transtorno de ansiedade de separação, transtorno de ansiedade

generalizada, transtorno do pânico, transtorno de estresse pós-traumático, fobia social e fobias específicas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O transtorno de ansiedade de separação é caracterizado por um nível inadequado de apreensão ou ansiedade em relação à separação de figuras de apego, considerando o nível de desenvolvimento (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O transtorno de ansiedade generalizada é caracterizado por uma preocupação excessiva que prejudica o funcionamento em várias áreas, como competência, desempenho, segurança pessoal, interações sociais, eventos passados e futuros, acompanhados de irritabilidade crônica. A preocupação é difícil de ser controlada e está associada a sintomas somáticos, os mais comuns sendo dor de cabeça, náusea, vômito, taquicardia, sudorese e dor muscular. (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2014)

No que diz respeito ao transtorno de estresse pós-traumático, ele é caracterizado por memórias recorrentes associadas a um evento traumático avassalador. Tipicamente, são eventos que despertam sentimentos de medo, impotência ou horror. (ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA, 2014).

As fobias sociais e específicas são caracterizadas pelo medo e ansiedade diante de situações ou objetos específicos. Geralmente, a pessoa evita essas situações ou objetos, mas caso seja exposta a eles, a ansiedade se desenvolve rapidamente. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014)

Por outro lado, o transtorno de pânico é marcado pelo surgimento repentino de um medo intenso ou desconforto que atinge o seu ápice em poucos minutos. Durante uma crise de pânico, os sintomas mais frequentes são palpitação, sudorese, tremores, sensação de falta de ar ou sufocamento, sensação de asfixia, dores ou desconforto no peito, náuseas ou desconforto abdominal, tontura ou vertigem, sensação de não ser a mesma pessoa, medo de morrer, formigamentos, calafrios ou ondas de calor. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Lundin (1977) conceituou que a crise de ansiedade está relacionada a um grupo de respostas emitidas pelo organismo do indivíduo diante de certas situações

estimulantes. Estas respostas são apresentadas como sintoma ao corpo, incluindo o aumento da pressão sanguínea, aceleração de batimentos cardíacos, agitação, rigidez muscular, transpiração excessiva, alterações na respiração, superficiais e rápidas entre outras alterações fisiológicas.

A partir das definições apresentadas anteriormente, percebemos que os impulsos, desejos e conflitos que conduzem à ansiedade têm suas raízes no inconsciente. Então, tornou-se preponderante a compreensão do conceito de inconsciente à luz da Psicanálise.

3.2. O Inconsciente na perspectiva da Psicanálise

O termo inconsciente, originou-se no latim *inconscious*, que significa “sem consciência”. Laplanche e Pontalis (1991, p23) definem como o conjunto dos processos mentais que se desenvolvem “sem intervenção da consciência” ou “aos conteúdos não presentes no campo da consciência” (LAPLANCHE e PONTALIS, 1991, p. 23)

Nasio (1993) relata que o inconsciente só pode existir no campo da psicanálise, no seio do tratamento analítico, ou seja, o inconsciente revela-se de forma surpreendente e vai além da intenção daquele que fala, de modo que o indivíduo diz mais do que pretendia dizer, assim revela a sua verdade.

O inconsciente é o psíquico propriamente real, tão desconhecido para nós segundo sua natureza interna quanto o real do mundo externo; ele nos é dado pelos dados da consciência de maneira igualmente tão incompleta quanto o mundo externo pelas informações de nossos órgãos sensoriais. (FREUD, 2012: p. 640).

Assim, “inconsciente é o nome que se dá a um sistema lógico que, por necessidade teórica, supomos que opere na mente das pessoas, sem, no entanto, afirmar que, em si mesmo, seja assim ou assado. Dele só sabemos pela interpretação”. (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA; 1996, p. 77).

Peres (2020), relata que é importante discutir a ansiedade a partir de uma perspectiva psicanalítica, entender o inconsciente é uma forma de ‘subjeter o diagnóstico’, através do retorno à subjetividade, ao sujeito, à fala, ao seu corpo, que é marcado por questões psíquicas, sociais e culturais, e não somente biológicas.

Freud (1900) faz uma divisão topográfica e estrutural da mente em três instâncias: o inconsciente, pré-consciente e o consciente, que se encontram em constante conflito de impulsos inconscientes que querem emergir no espaço consciente contra as forças que resistem para a não emergência desses impulsos (recalçamento). Os três sistemas são interligadas entre si, porém, com funções distintas. O inconsciente contém pensamentos, desejos, memórias e impulsos que estão fora da consciência imediata, são elementos frequentemente de natureza emocional e podem incluir experiências reprimidas, traumas não resolvidos e desejos inaceitáveis. O pré-consciente é o local que precede a consciência, ou seja, os pensamentos são pré-conscientes quando estão inconscientes em um determinado momento, mas não são reprimidos. O consciente é a parte da mente que se encontra presentemente em estado de consciência e ação, nela inclui pensamentos, sentimentos e percepções dos quais estamos conscientes no momento presente.

Portanto, o inconsciente é o ponto central de toda a teoria psicanalítica. Freud constata que o psiquismo não se reduz ao consciente e que certos conteúdos só são possíveis à consciência após serem superadas certas resistências. Revelou que a vida psíquica é povoada de pensamentos eficientes embora inconscientes, de onde se originavam os sintomas. Assim, Freud localiza o inconsciente como um lugar psíquico cheio de mecanismos e uma energia específica (LAPLANCHE e PONTALIS, 2001).

Freud (1923) anos depois irá elaborar a Segunda Tópica do aparelho psíquico, citando as instâncias id, ego e superego e atribuindo a elas qualidades. Dessa forma, O id é apresentado como a parte mais primitiva da mente, completamente inconsciente, busca gratificação imediata de desejos e necessidades básicas; quando surge uma ansiedade, pode ser resultado de conflitos não resolvidos no id, como desejos não satisfeitos. O ego, por sua vez lida com a realidade e tenta encontrar maneiras realistas de satisfazer os desejos do id, quando a realidade se torna ameaçadora ou desafiadora, o ego pode responder gerando ansiedade como um sinal de alerta para possíveis perigos. De acordo com Freud, o ego pertence simultaneamente ao inconsciente, pré-consciente e consciente. Por fim, também é possível observar a existência do superego, que representa a parte da mente que internaliza normas morais e valores sociais, uma preocupação pode surgir quando o

comportamento do indivíduo entra em conflito com essas normas. Portanto compreendemos que o ego desempenha um papel fundamental na gestão da ansiedade, atuando como um mediador entre as demandas do id (instintos e desejos impulsivos) e as restrições do superego (normas sociais e morais internalizadas).

Vale destacar que essa nova divisão não implica no completo desaparecimento da primeira teoria, uma vez que seus principais aspectos ainda são relevantes. De acordo com Freud (1923), a característica de um processo mental ser consciente ou inconsciente continua sendo o principal ponto de referência para a exploração das profundezas da mente.

Kusnetzoff (1982) irá afirmar que o inconsciente é o conteúdo mais arcaico do aparelho psíquico, e suas representações são denominadas de “coisa”. Essas representações são partes de percepções passadas dos sentidos, armazenadas como um arquivo sensorial, um agrupamento de elementos com representações inconscientes originando “fantasmas” carregados de atividade realizada pelas pulsões. Através do deslocamento e da condensação, essas pulsões conseguem passar de uma representação para outra por meio do processo primário.

Garcia-Roza(2007) justifica a ideia do inconsciente ao afirmar que no indivíduo ocorrem atos psíquicos, não explicados pela consciência. Um desses atos é conhecido como as lembranças encobridoras. Freud (1899) explica que durante a infância algumas de nossas lembranças são consideradas sem importância sendo a memória responsável por selecionar o que é relevante para ela. Por meio do deslocamento, as lembranças não tão importantes irão tomar lugar das consideradas importantes, cuja recordação seria classificada como desagradável e impedida pela resistência, possuindo vínculo com outro conteúdo já recalcado.

Freud (1980) percebeu que tornar evidente o inconsciente significava manifestar o fator traumático, que se estabelecia por meio dos sintomas histéricos. Essas emoções angustiantes ocasionadas pelo evento traumático estavam associadas as lembranças. A ab-reação tornava possível a liberação da emoção retraída, possibilitando sua catarse, ou seja, libertação alcançada através da fala do sujeito. Freud observou que as manifestações histéricas se dissipavam quando ab-

reagidas, com o uso da palavra ocorria a descarga dos sentimentos penosos relacionados ao evento traumático.

A ab-reação é um “termo introduzido por Sigmund Freud e Josef Breuer em 1893, para definir um processo de descarga emocional que, liberando o afeto ligado à lembrança de um trauma, anula seus efeitos patogênicos.” (ROUDINESCO e PLON, 1998, p. 3)

Assim, de acordo com as ideias de Freud (1915) a respeito do inconsciente e as lembranças recalçadas pela resistência, o psicanalista observa que os sintomas são determinados por uma sequência de traumas parciais e não uma única ideia patológica em si. Dessa forma, se faz necessário conceituar a definição de trauma, uma vez que Freud apresenta o aparelho psíquico como um organizado arquivo de memórias tanto agradáveis como as desagradáveis.

3.3. Definição de Trauma de acordo com a Psicanálise

O trauma pode ser definido como um "acontecimento da vida do indivíduo que se define pela sua intensidade, pela incapacidade em que se encontra o indivíduo de lhe responder de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogênicos que provoca na organização psíquica" (LAPLANCHE e PONTALIS, 1976).

O conceito de trauma é de grande importância nas teorias de Freud, já que ao abordar as neuroses traumáticas, ele descreve que o cerne do problema reside na fixação no momento do acidente traumático, é como se os pacientes não tivessem superado a situação traumática, como se ainda estivessem lidando com ela como uma tarefa imediata não completada. Freud retrata que todas as vivências em que se produz intensa fixação dos pacientes, concluindo haver uma causa única para o início da neurose, que surgiria da impossibilidade de o paciente lidar com uma experiência afetivamente muito intensa, são experiências traumáticas (FREUD, 1976).

Mais adiante, Freud relata que:

“Nas neuroses traumáticas, a causa atuante da doença não é o dano físico insignificante, mas o afeto do susto – o trauma psíquico. De maneira análoga, nossas pesquisas revelaram para muitos (...) dos sintomas histéricos, causas desencadeadoras que só podem ser descritas como traumas psíquicos. Qualquer experiência que possa evocar afetos aflitivos – tais como o susto, angústia, vergonha ou dor física – pode atuar como um trauma dessa

natureza; e o fato de isso acontecer de verdade depende, naturalmente, da suscetibilidade da pessoa afetada (...).” (Freud, 1987 [1893a], p. 43)

Favero (2009) afirma que, para se considerar como trauma um evento específico para alguém, é preciso que estejam presentes condições objetivas, além da suscetibilidade particular de determinada pessoa ao trauma. Acontecimentos que isoladamente não constituem um trauma podem, em seus efeitos e por adição, ter valor traumático.

No DMS-V podemos constatar que:

“O sofrimento psicológico subsequente à exposição a um evento traumático ou estressante é bastante variável. Em alguns casos, os sintomas podem ser bem entendidos em um contexto de ansiedade ou medo. Entretanto, está claro que muitos indivíduos que foram expostos a um evento traumático ou estressante exibem um fenótipo no qual, em vez de sintomas de ansiedade ou medo, as características clínicas mais proeminentes são sintomas anedônicos e disfóricos, externalizações de raiva e agressividade ou sintomas dissociativos.” (APA, 2014, p. 265)

Garland (1998) diz que o trauma acarretaria o aparecimento de ansiedades e medos primitivos, somados às fontes externas dos sentimentos, gerando um colapso na maneira em que o indivíduo percebe o mundo, a si próprio e as suas organizações defensivas. Assim, o indivíduo traumatizado tentaria lidar com o evento externo relacionando-o com relações objetivas internas já conhecidas, com o objetivo de conferir algum significado a algo tão terrível e esmagador. A ligação de evento do presente com significados perturbadores do passado, pode ser uma das causas das dificuldades na recuperação do indivíduo.

3.4.A Crise de Ansiedade e a Relação com os Fatores Traumáticos

Tendo como base o conceito de ansiedade de Freud, compreende-se que, ao longo da vida, o sujeito enfrentará diversas ocorrências específicas que irão significar uma fuga de uma situação de perigo nos diferentes estágios da vida, a saber o nascimento, a separação da figura materna, a castração e o medo. Nesses eventos, a ansiedade se desenvolveria, regressando dessa forma primitiva em outra circunstância traumática, estimulando respostas de defesa (FREUD, 1976).

Episódios traumáticos na infância podem originar sentimento de culpa, mudanças na individualidade, dissociação e um desequilíbrio nas emoções, sendo uma questão de ameaça eminente importante para o surgimento de transtornos

mentais na fase adulta. Fatores como traumas, cuidados insatisfatórios por parte dos genitores, doenças mentais hereditárias e abusos, são indicados como razões propensas para a psicopatologia nos adultos, tornando-os mais vulneráveis para o desenvolvimento de transtornos de ansiedade (PUPO,2019).

De acordo com Freud (1926) os processos mentais funcionam a partir dos princípios do prazer e desprazer associados à excitação de energias. O sujeito experimentando uma sensação de desprazer, ou seja, uma percepção de um instinto não satisfeito, pode ser identificado como um perigo para o aparelho mental. Esse perigo é o que causará uma sensação de alerta para o indivíduo, aumentando as energias de excitação devido a um evento que o causou um sentimento de desconforto.

Seguindo essa concepção o ego servirá como uma espécie de “habitação” da ansiedade que se funde com os mecanismos de prazer-desprazer, determinado o tipo de afeto de acordo com o cenário traumático específico, ocasionando dois tipos de ansiedade:

Uma era involuntária, automática e sempre justificada sob fundamentos econômicos, e ocorria sempre que uma situação de perigo análoga ao nascimento se havia estabelecido. A outra era produzida pelo ego logo que uma situação dessa espécie simplesmente ameaçava ocorrer, a fim de exigir sua evitação. No segundo caso o ego sujeita-se à ansiedade como uma espécie de inoculação, submetendo-se a um ligeiro ataque da doença a fim de escapar a toda sua força. Ele vividamente imagina a situação de perigo, por assim dizer, com a finalidade inegável de restringir aquela experiência aflitiva a uma mera indicação, a um sinal. (FREUD, 1926, p. 55).

Montiel (2014) relata, utilizando de uma perspectiva freudiana, que a ansiedade é resultante de uma retenção da libido, seja por vontades não realizadas ou por traumas acontecidos na infância que irão se exteriorizar na fase adulta como sintomas. O princípio de toda experimentação da angústia seria a partir do trauma do nascimento, uma vez que o recém-nascido passará por transformações estimulantes de forma intensa e súbita onde ele se encontra de forma impotente.

Freud(1980) evidenciou existir uma desproporção do tempo entre o início dos sintomas e o episódio traumático desencadeante, observando que o sintoma não acontecia logo após a ocorrência de um trauma, e sim mantinha-se no psíquico como se fosse uma força em incessante atividade. Conforme dito por Freud, um fato só se

torna traumático quando tornado em lembrança, por meio de sua evocação através da repetição de uma cena semelhante.

Dessa forma o traumático demanda de dois tempos, o da ocorrência e a *posteriori*, que é o tempo da elaboração do significado e sua associação determinada pelo sujeito, no qual pode surgir os sintomas. Assim, a histeria fundamentada em traumas sexuais, de um período pré-sexual onde não originaram efeito na criança, se revela como trauma num momento posterior surgindo em forma de lembrança.

Dessa forma, Freud (1920) conseguirá compreender que o trauma surge a *posteriori*, a partir da interpretação da lembrança do sujeito com o evento vivido, na qual ele produz sentido, e devido sua energia, deixa uma forte impressão no aparelho psíquico.

Em seguimento, surgiria a angústia da perda do objeto, onde o risco maior seria não ter auxílio para recordar um momento desnorteado de aumento de tensão, espelhando o desamparo do nascimento. Também se tem a angústia de castração, pela qual a ameaça se desenvolve a partir da perda dos genitais e a probabilidade de manter-se na condição de desamparo frente à libido genital. Além da angústia em relação ao supereu, onde o indivíduo associa o perigo com castigo, falta de amor e retorna a ideia de desamparo. Por último angustia de morte, é o sentimento de ameaça do supereu frente aos poderes do futuro (CAROPRESO e SIMANKE, 2013).

Sendo assim, a concepção freudiana coloca o nascimento como a primeira vivência traumática capaz de atribuir caráter traumático a inúmeras vivências subsequentes, provocando novas formas de angústia reprimidas e decorrentes do trauma do nascimento. Logo, entende-se que os impulsos libidinais resultantes do complexo de Édipo da criança, passariam a simbolizar ameaças por serem associados a repressão inicial, acarretando no medo de reviver as experiências traumáticas. (FREUD, 1937)

Ao longo da vida, a exposição direta e prolongadas que o indivíduo sofre diante de situações traumáticas na infância, pode gerar grande impacto em diversas áreas funcionais. A influência do trauma pode se apresentar por meio de sintomas de transtorno de estresse pós-traumático, como: revivência do trauma, entorpecimento

emocional e hiperexcitabilidade autonômica. A falta de atenção dos provedores, pode ocasionar o surgimento de outras psicopatologias, como transtorno de ansiedade generalizada, depressão e transtorno de pânico. (VIOLA, 2011)

Alguns estudos analisados a partir do tema trauma psicológico, observaram que os pacientes submetidos a negligência, manifestavam sintomas como: sintomas somáticos (dor de cabeça, distúrbios gastrintestinais, dores abdominais, lombares e pélvicas, tremores, sensações de choque e náusea), dissociativos (alteração da realidade, alteração de personalidade, alucinações, confusão temporal entre presente e passado), afetivos (sintomas depressivos, insônia, apatia, desamparo, culpa, dificuldades de concentração, comportamentos suicidas, alteração na visão de si e dos outros), hipervigilância, euforia e intensa ansiedade em decorrência das lembranças traumáticas. (FULGENCIO, 2004)

De acordo com Goldgrub (2010), correlacionando essas ideias ao surgimento da crise de ansiedade e o início do processo fisiológico, o organismo irá se preparar através da ativação do sistema simpático, que manda um estímulo aos órgãos internos. As manifestações iniciais ocorrem durante o nascimento ocorrendo os efeitos sobre o coração e a respiração. Com a formação do ego por meio do desenvolvimento da linguagem, a criança passa a demonstrar a ansiedade com base em suas interpretações, em conjunto com as reações fisiológicas de fuga.

Favero (2009) relata que para que aconteça um ataque histérico é preciso que uma memória angustiante retorne à consciência, já que normalmente ela foi recalçada ou permanece de maneira rudimentar. Quando a lembrança do trauma ressurge, o indivíduo entra em alucinação revivendo o momento de angústia. O que desestabiliza o aparelho psíquico, já que a lembrança é considerada um afeto desagradável, um corpo estranho, que pelo fato de ser doloroso acarreta o ataque histérico, sendo assim, a crise de ansiedade. O revivenciar do evento traumático, depende unicamente do registro do sujeito, não necessariamente é necessária uma situação extrema para ocorrência do trauma, e sim, diversas circunstâncias interpretadas pelo indivíduo. O trauma está ligado ao cenário da fantasia, é um aspecto imaginário que pode provocar seu aparecimento.

Por meio das pesquisas analisadas, pode-se perceber que a ansiedade é resultado de angústias excessivas e ideias catastróficas que se convertem em reações desadaptativas, ou seja, contraídas na infância e que no decorrer da fase adulta ocasiona sofrimento no indivíduo. De acordo com Freud, o neurótico irá se comportar como se as situações de ameaça do passado ainda existissem. Aderindo a todo antigo determinante de ansiedade. (FREUD,1967f.). O indivíduo muitas vezes apresenta uma perda de memória em referência a associações simbólicas, porém a lembrança do trauma permanece fixada no aparelho psíquico. Quanto a associação do trauma e o surgimento de sintomas, o sujeito não consegue relacioná-los para compreender seu sofrimento psíquico.

4. Considerações finais

Através de pesquisa e análise bibliográfica, podemos concluir que a infância configura uma das etapas fundamentais no desenvolvimento e estruturação da psique, e as experiências vividas nesse período podem influenciar o funcionamento psicológico ao longo da vida. Conforme entendido pela psicanálise Freudiana, a ansiedade pode servir como um mecanismo de alerta em situações de perigo real, mas, quando se torna excessiva ou crônica, pode levar a problemas psicológicos. A ansiedade em excesso pode, de fato, ser causada por traumas acumulados ao longo do tempo, especialmente aqueles que não foram resolvidos ou processados adequadamente.

Porém, é importante destacar que a relação entre trauma e crise de ansiedade é complexa e varia de pessoa para pessoa. Nem todos que experimentam um trauma desenvolvem ansiedade como resultado, pois as crises de ansiedade podem ser desencadeadas por várias razões, como estresse extremo, traumas passados, fobias, preocupações sobre o futuro, entre outros. Elas podem ocorrer isoladamente ou ser parte de um transtorno de ansiedade, como o transtorno do pânico.

Assim sendo, a procura por auxílio, como a terapia psicanalítica, pode representar uma abordagem eficiente para explorar e lidar com tais questões, desvendando acontecimentos anteriores e processando-os de modo a aliviar a ansiedade e o sofrimento relacionados.

Considerando as colocações acerca do tema Ansiedade e Trauma: Uma Perspectiva Psicanalítica da Relação, foi percebida a carência de mais artigos que tratem sobre o assunto. Devido à escassez de materiais encontrados, é crucial que se aborde cada vez mais essa temática, visando uma compreensão mais ampla da complexidade do fenômeno e buscando estratégias tanto a nível individual como social.

Referências

ABBAGNANO, N. Dicionário de Filosofia. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

ALBUQUERQUE, Múcia et al. Trauma na visão da Psicanálise. Repositório Digital Univalg, 2018. Disponível em: <https://www.repositoriodigital.univag.com.br/index.php/Psico/article/viewFile/432/433?fbclid=IwAR3IOq382TIIYxdIUnxqzYa-C4HI1srsOKvflUaCvbw1StxrUSX67TmQpVw>. Acesso em 13/10/2023.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). DSM-V: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Porto Alegre: Artmed, 5. Ed., 2014.

ANGELINI, L. Site Uai, 2018. Traumas acumulados contaminam a mente, gerando estresse, tristezas e até doenças físicas. Disponível em: <https://www.uai.com.br/app/noticia/saude/2018/11/06/noticias-saude,236746/traumas-acumulados-contaminam-a-mente-gerando-estresse-tristezas-e-a.shtml>. Acesso em: 02/05/2023.

ARAÚJO, L. Z. S. de. Aspectos éticos da pesquisa científica. *Pesqui Odonol Bras* 2003; 17(Suppl 1):57-63.

BARATTO, G. A descoberta do inconsciente e o percurso histórico de sua elaboração. *Psicol cienc prof [Internet]*. 2009;29(1):74–87. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000100007>. Acesso em: 14/10/2023.

BAUER, S. Reflexão ansiedade o mal do século. Centro Sofia Bauer, 2019. Disponível em: <https://sofiabauer.com.br/?s=ansiedade>. Acesso em: 15/04/2023.

BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. L. T. *Psicologias: uma introdução ao estudo da psicologia*. 6ª Ed. São Paulo: Saraiva, 1996.

CAROPRESO, F.; SIMANKE, R.T. Repressão e inconsciente no desenvolvimento da metapsicologia freudiana. *Ágora*. 2013. Rio de Janeiro, Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-14982013000200002>. Acesso em: 08/05/2023.

CLARK O. A. C.; CASTRO A. A. A pesquisa. *Pesqui Odontol Bras* 2003; 17(Suppl 1):67-9.

FAVERO A. B. A noção de trauma em psicanálise. 2009. Tese (Doutorado). Curso de Psicologia Clínica, PUC-Rio, Rio de Janeiro, 2009.

FERREIRA, F. C. S. O transtorno de ansiedade (TA) na perspectiva da psicanálise. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 05, Ed. 12, Vol. 02, pp. 118-128. Dezembro de 2020. ISSN: 2448-0959, Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/transtorno-de-ansiedade>. Acesso em 08/05/2023.

FILHO, J. M. Conceção psicossomática: visão atual. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

FREUD, S. Inibições, Sintomas e Ansiedade (1926 [1925]). In: _____. Um Estudo Autobiográfico, Inibições, Sintomas e Ansiedade, Análise Leiga e outros trabalhos (1925-1926). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. XX, Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 81-171.

_____. (1893a). Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: comunicação preliminar (Breuer e Freud). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. II, Rio de Janeiro: Imago, 1987. p. 41-53.

_____. Über Deckerinnerungen [Sobre lembranças encobridoras] (1899). Gesammelte Werke (Band I), Frankfurt am Main, Fischer Taschenbuch Verlag, 1999, p. 529-554. Apresentação, tradução e notas de André Carone. (Maio de 2020)

_____. Fixação em traumas: o inconsciente. In: Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; Vol. XVI. 1976. p. 323-36.

_____. Além do princípio de prazer, 1920. In: _____. Além do princípio de prazer. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 11-75. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 18).

_____. (1976c). Conferências introdutórias sobre psicanálise. In S. Freud, edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (J. Salomão, trad., Vol. 15-16). Rio de Janeiro: Imago.

_____. A história do Movimento Psicanalítico. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1980[1914].

_____. A interpretação dos sonhos. 10a Edição. Porto Alegre: L&PM Pocket, 2012. v. 2.

GAMA, C. L. D.S. (2019). Artigo Terapia cognitivo comportamental no transtorno de ansiedade generalizada. Serra - ES. 01-23. Disponível em: <https://dspace.doctum.edu.br/handle/123456789/2833>. Acesso em: 10/05/2023.

GARLAND, C. Thinking about trauma. In: Scharff JS, ed. Understanding trauma: a psychoanalytical approach. London: Duckworth; 1998. p. 9-31.

GOLDGRUB, F. As teorias da ansiedade e das pulsões em Freud. Psic. Rev. São Paulo, volume 19, n.1, 11-32, 2010.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. Trauma ou traumatismo psíquico. In: Vocabulário da psicanálise. Lisboa: Moraes; 1976. p.678-84.

_____. Vocabulário da psicanálise. 2a Ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

_____(1982). Trad. Pedro Tamen. Vocabulário da psicanálise. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. Pesquisa Bibliográfica. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1987.cap. 2, p. 44-79.

MINAYO, M.C. de S. (Org.) Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MOREIRA, D. A. Etapas de uma dissertação de mestrado. Rev Álvares Penteado 1999; 1:49-9.

NASIO, J. –D. Trad. Vera Ribeiro. Segunda lição: O inconsciente. In: Cinco lições sobre a teoria de Jacques Lacan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

PERES, K. R. L. Transtorno de Ansiedade Social: psiquiatria e psicanálise. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) Universidade de São Paulo (USP). São Paulo: USP, 2018, 80 p. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-26102018-165234/publico/peres_me.pdf>. Acesso em: 23/05/2023.

OLIVEIRA, K. M. F. de; SANTOS, J. W. dos. TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA EM ADULTOS – UMA VISÃO PSICANALÍTICA. Revista Científica Eletrônica de Psicologia. 33ª Ed. Garça-SP: FAEF, v. 33, n. 01, p. 33-46, 2019. Disponível em: <http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/FYY6Zr6VVISRzo9_2020-1-18-8-48-55.pdf>. Acesso em: 20/05/2023.

ROLIM, J.A; De Oliveira, A. R; Batista, E. C. (2020). Manejo da ansiedade no enfrentamento da Covid-19. Revista Enfermagem e Saúde Coletiva. REVESC, 5 (1), 64-74.

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

SILVA, M. B. L. M. As contribuições da Psicanálise na Neurometria Funcional no controle da ansiedade. Revista Científica de Neurometria, Ano 4 – Número 6 – abril de 2020. Disponível em:<<https://www.neurometria.com.br/article/vol6a1.pdf>>. Acesso em: 21/05/2023.

SOARES, B.P. Mal estar na contemporaneidade: ansiedade e medicalização. 2017. 30 folhas. (DHE – Departamento de Humanidades e Educação, curso de psicologia). UNIJUÍ, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, 2017.

SOUSA, F. S., & LEITE, M. C. (2021). A cura em psicanálise: efeitos orgânicos e subjetivos de uma análise. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 10(3), 484-495. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpd.v10i3.3809>.

TESS, V. L. C. Disfunções sexuais em pacientes com transtorno de pânico com e sem agorafobia. 1996. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

VIOLA TW, Schiavon BK, Renner AM, Grassi-Oliveira R. Trauma complexo e suas implicações diagnósticas. *Rev psiquiatr Rio Gd Sul [Internet]*. 2011;33(1):55–62. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082011000100010>

VIANA, M. B. Freud e Darwin: ansiedade como sinal, uma resposta adaptativa ao perigo. *Nat. hum.* 2010, vol.12, n.1, pp. 1-33. ISSN 1517-2430.

VIGOTSKI, L. S. (1999). *Psicologia da arte*. São Paulo: Martins Fontes

XIMENES, S.M.B.S; et al (2021). A psicanálise na desconstrução dos gatilhos para o transtorno de pânico. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 3. Disponível em: [file:///C:/Users/marci/Downloads/13265-Article-175312-1-10-20210317%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/marci/Downloads/13265-Article-175312-1-10-20210317%20(1).pdf). Acesso em: 08/05/2023.