



Revista Affectio Societatis  
Departamento de Psicoanálisis  
Universidad de Antioquia  
[revistaaffectiosocietatis@udea.edu.co](mailto:revistaaffectiosocietatis@udea.edu.co)  
ISSN (versión electrónica): 0123-8884  
Colombia

Tipo de documento: Artículo de investigación

2024

Jeferson Rodrigues, Anderson Da Silveira, Maico Fernando Costa,  
Mauricio Eugénio Maliska & Ana Paula Fonini Araújo

**Crise psíquica nas obras de Freud**

Revista Affectio Societatis, Vol. 21, N.º 41, julio-diciembre de 2024

Art. # 4 (pp. 1-30)

Departamento de Psicoanálisis, Universidad de Antioquia  
Medellín, Colombia

# ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

---



# CRISE PSÍQUICA NAS OBRAS DE FREUD

Jeferson Rodrigues<sup>1</sup>

Universidade Federal de Santa Catarina

Jeferson.rodrigues@ufsc.br

<https://orcid.org/0000-0002-8612-9088>

Anderson da Silveira<sup>2</sup>

Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL

andersonsilveirapessoal@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-6231-2574>

Maico Fernando Costa<sup>3</sup>

Faculdade de Medicina da USP (FMUSP)

maicofernandodd@yahoo.com.br

<https://orcid.org/0000-0001-6540-774X>

Maurício Eugênio Maliska<sup>4</sup>

Universidade do Sul de Santa Catarina

mmaliska@yahoo.com.br

<https://orcid.org/0000-0002-6457-3743>

Ana Paula Fonini Araújo<sup>5</sup>

Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Centro de Atenção

Psicossocial II Ponta do coral

anafoniniaraujo@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-3668-9427>

DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.affs.v21n41a04>

- 
- 1 Professor Associado II do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Laboratório de Psicanálise, Processos Criativos e Interações Políticas (LAPCIP).
  - 2 Doutorando no Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Professor do Curso de Graduação em Psicologia da UNISUL.
  - 3 Coordenador da área de Gestão do Cuidado na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP.
  - 4 Professor de Psicanálise no Curso de Graduação em Psicologia e no Programa de Pós-graduação em Ciências da Linguagem da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Líder do Grupo de Pesquisa Psicanálise e Linguagem da Unisul.
  - 5 Psicóloga e Psicanalista. Especialista em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina.

## Resumo

O manuscrito tem o objetivo de analisar as formulações teóricas de “crise-psíquica” nas obras de Freud. O método consistiu em uma pesquisa teórica, e a coleta de dados utilizou a pesquisa bibliográfica nos 23 volumes freudianos. A primeira etapa identificou palavras que se associam à “crise-psíquica”. Foram selecionadas as palavras crise, urgência, emergência, ataque, acesso, acometimento, colapso, irrupção, eclosão, surto e etiologia. A segunda conhe-

ceu formulações teóricas de “crise-psíquica” presentes nas obras de Freud. O resultado apontou que as palavras crise e ataque representam a irrupção da angústia nas neuroses. Conclui-se que as formulações teóricas de crise e ataque são articuladas aos conceitos de trauma, angústia, fantasia e pulsão de morte para irromperem nas neuroses histéricas, fóbicas e obsessivas.

**Palavras-chave:** crise; ataque; Freud.

## PSYCHIC CRISIS IN FREUD'S WORKS

### Abstract

The manuscript aims to analyze the theoretical formulations of “psychic-crisis” in Freud’s works. The method consisted of theoretical research, and the data collection used the bibliographic research in the 23 Freudian volumes. The first step identified words that are associated with “psychic-crisis”. The words crisis, urgency, emergency, attack, access, involvement, collapse, irruption, outbreak, outbreak and etiology were selected. The second met-

theoretical formulations of “psychic-crisis” present in Freud’s works. The result showed that the words crisis and attack represent the irruption of anxiety in neuroses. It is concluded that the theoretical formulations of crisis and attack are articulated to the concepts of trauma, anguish, fantasy and death drive to erupt in hysterical, phobic and obsessional neuroses.

**Keywords:** Crisis; Attack; Freud.

## CRISIS PSÍQUICA EN LA OBRA DE FREUD

### Resumen

El manuscrito tiene como objetivo analizar las formulaciones teóricas

de la “crisis psíquica” en la obra de Freud. El método consistió en una

investigación teórica, y la recolección de datos utilizó la investigación bibliográfica en los 23 volúmenes freudianos. El primer paso identificó palabras que están asociadas con “crisis psíquica”. Se seleccionaron las palabras crisis, urgencia, emergencia, ataque, acceso, afectación, colapso, irrupción, estallido, brote y etiología. El segundo conoció las formulaciones teóricas de la “crisis psíquica” presentes en la obra de Freud.

El resultado mostró que las palabras crisis y ataque representan la irrupción de la angustia en las neurosis. Se concluye que las formulaciones teóricas de crisis y ataque se articulan a los conceptos de trauma, angustia, fantasía y pulsión de muerte para irrumpir en neurosis histéricas, fóbicas y obsesivas.

**Palabras clave:** Crisis; ataque; Freud.

## LA CRISE PSYCHIQUE DANS L'ŒUVRE DE FREUD

### Résumé

Cet article vise à analyser les formulations théoriques de la « crise psychique » dans l'œuvre de Freud. La méthode a consisté en une recherche théorique et la collecte des données s'est basée sur la recherche bibliographique dans les 23 volumes freudiens. Dans un premier temps, il s'agissait d'identifier les mots associés à la « crise psychique ». Les mots crise, urgence, attaque, accès, affectation, effondrement, irruption, éclat, éclosion et étiologie ont été retenus. Dans un deuxième temps, l'on

s'est focalisé sur les formulations théoriques de la « crise psychique » chez Freud. Le résultat a montré que les mots crise et attaque représentent l'irruption de l'angoisse dans la névrose. Il est conclu que les formulations théoriques de la crise et de l'attaque s'articulent aux concepts de traumatisme, d'angoisse, de fantaisie et de pulsion de mort pour faire irruption dans les névroses hystériques, phobiques et obsessionnelles.

**Mots-clés :** crise; attaque; Freud.

Recibido: 06/23/2023 • Aprobado: 06/27/2024

## Introdução

A “crise” não é propriamente um conceito psicanalítico, mas sua noção pode ser apreendida a partir de alguns conceitos que estariam associados ao que levaria à desorganização do aparelho psíquico como trauma, angústia, pulsão de morte, fantasia. Situar a “crise psíquica” na obra freudiana é elaborar um processo investigativo a partir de como Freud compreendia a constituição de sujeito, pois a clínica na psicanálise é a clínica do sujeito. Strachey (1915, *apud* Cabas, 2009) afirmou que Freud utilizou o termo sujeito uma única vez em sua obra e sem se referir à estrutura da personalidade psíquica, pois optou por termos “vida psíquica, vida anímica, personalidade psíquica, o eu, e, quando escreveu sujeito, o fez no sentido amplo” (2009, pp. 87-88). De todo modo, para Cabas, Freud definiu que “um indivíduo é um Isso psíquico, desconhecido, inconsciente em cuja superfície aparece o Eu que se desenvolve a partir do sistema de percepção-consciência” (2009, p. 83). Para Freud (1980/1933), a constituição do sujeito se dá pela divisão da personalidade psíquica, a partir do inconsciente, logo, se trata do sujeito do inconsciente. Conforme Cabas, o desenho constitutivo do sujeito em Freud é a divisão, primeira e segunda tópicas, sem atribuir um nome próprio e que na “transmissão da psicanálise, se identificará como o sujeito freudiano” 2009, p. 86).

Decerto, localizar formulações teóricas de “crise psíquica” na obra freudiana é articular o que levaria o sujeito ao ato de ruptura com uma determinada “normalidade” (seja da ordem pública, seja de um sofrimento intenso que restringe um cotidiano), a romper um laço social, a ver a si e ser visto por alguém em desorganização psíquica ao ponto de não ter uma explicação sobre o que está acontecendo em sua vida e tampouco o que fazer para lidar com o que afeta.

Para Freud, “em estados de crise aguda, a análise é, para todos os fins e intuítos, inutilizável. Todo o interesse do ego é tomado pela realidade penosa, e ele se retrai da análise que está tentando ir além da superfície e revelar as influências do passado” (Freud, 1996/1937-1939, p. 150). Segue Freud, “assim, criar um novo conflito só tornaria o trabalho de análise mais prolongado e mais difícil” (p. 150). O que Freud queria afirmar com essa passagem? Talvez que a escuta tenha

de ser diferente para esse impasse clínico (crise aguda), ou seja, escutam-se as formações do inconsciente (sintoma, chiste, lapso, ato falho e sonhos, com ou sem a passagem ao ato e *acting out*), em que pese ainda a inibição, o sintoma e a angústia. No entanto, a escuta da crise aguda, como irrupção do afeto, seria uma outra escuta, pois diz-se de uma interpretação e intervenção diferentes?

Por um lado, de que análise se trataria nas crises agudas? Talvez, sobre a análise nas crises agudas, como afirma Freud (1996/1937-1939) – ao se pensar nos conceitos fundamentais de pulsão, inconsciente, transferência e repetição, e se considerar que uma análise se constitui na transferência – quiçá Freud quisesse afirmar que, sem transferência, não tem análise e que nas crises esse seria um ponto que dificultaria a intervenção. Por outro lado, precisaria refletir sobre a crise aguda em pacientes em análise e sem análise, o que a psicanálise, a partir de Freud, tem a dizer, mas, antes disso, é preciso se aproximar acerca de como Freud articulava a crise psíquica.

Assim, justifica-se esta pesquisa para oferecer subsídios teóricos aos/às analistas para ampliar a compreensão em relação aos sujeitos em crise psíquica. Enfatiza-se, também, que, na revisão de literatura, foi ausente uma produção específica sobre conceituação de crise psíquica elaborada por Freud, embora crise aparecesse como palavra ou termo.

Sabe-se que as manifestações do sofrimento contemporâneo se convocam a refletir a clínica psicanalítica no âmbito da teoria e da prática. No entanto, a pesquisa também tem como contribuição a ideia de que pensar os mecanismos psíquicos de desencadeamento da crise à época freudiana possam ser atuais. Junto a isso, adverte-se, ainda, que as manifestações e intervenções clínicas na contemporaneidade remetem algo que era apontado à época de Freud, em especial, as crises e ataques de angústia, mas que, no momento atual, as crises têm se manifestado por casos de ideação, tentativas e suicídio, intoxicações por substâncias, violência heteroagressiva e autoagressiva, entre outros. Isso diz de um contexto diferente, especial para o Brasil, de que recortes como desigualdade social, desemprego, violência urbana, doméstica e gênero, pandemias, são fatores sociais importantes na clínica da contemporaneidade que contribuem para a irrupção da angústia.



Assim, a pesquisa contribui para refletir teoricamente como o conceito e característica da crise, pautada na psicanálise à época de Freud, serve para pensar e intervir com sujeitos diante a irrupção da angústia e que se encontram sem representação simbólica para lidar com esse fenômeno. A pesquisa avança ao produzir resultados com diversas significações acerca do que caracteriza a crise na obra freudiana e se esse arranjo teórico serve pensar a clínica atual.

Sendo assim, este estudo tem como questão de pesquisa: quais são as formulações teóricas de “crise-psíquica” nas obras de Freud? O objetivo do estudo foi analisar as formulações teóricas de “crise-psíquica” nas obras de Freud e, para tanto, utilizou-se objetivos específicos, tais como, identificar palavras que associassem a “crise-urgência”, compreender as formulações teóricas sobre “crise-urgência” e articular as formulações teóricas sobre “crise-urgência” na obra de Freud.

## Método

Trata-se de uma pesquisa teórica sobre a psicanálise que objetivou analisar as formulações teóricas de “crise psíquica” nas obras de Freud, para tanto, buscou-se identificar palavras que associassem a “crise-urgência” nas obras de Freud, isso porque crise poderia ter sinônimos ou palavras próximas que tivessem conotações que a ela se conectassem; compreender e articular as formulações teóricas sobre “crise-urgência” na obra de Freud, entendeu-se com esses objetivos situar o pensamento freudiano acerca da crise e qual sentido que as formulações apontam a partir de suas elaborações reflexivas. Diante a esses objetivos, tratou-se de uma pesquisa teórica. Segundo Couto (2010), a pesquisa teórica é uma modalidade possível da pesquisa acadêmica em psicanálise; para ele, a pesquisa teórica “submete a teoria psicanalítica a uma análise crítica com a finalidade de verificar sua lógica interna, a coesão estrutural dos seus conceitos e as condições de sua possibilidade” (p. 70). Couto considera que uma pesquisa teórica reconstrói e revisita uma teoria a partir da investigação de conceitos, termos, ideias e aprimora raciocínios para mostrar a relação conceitual em diferentes nuances da elaboração teórica.



Para Garcia-Roza, “a releitura de um texto teórico tem que considerar o conceito como uma singularidade e não como uma abstração lógica” (1991, p. 19), isso porque “conceito implica um campo conceitual no interior do qual ele surge, faz sua emergência, e dentro do qual ele mantém suas articulações, que definem um universo próprio de questões” (p. 91). Isso remete a uma abstração e a uma reflexão sobre quais questões o texto teórico pode responder a partir de releituras conceituais e singulares.

Isso posto, a coleta dos dados utilizou a pesquisa bibliográfica nas obras de Freud. Para Gil (2002), a pesquisa bibliográfica se desenvolve pela natureza do problema, conhecimento do pesquisador sobre o assunto e o rigor que se pretende alcançar com a investigação. Este autor afirma que o desenvolvimento da pesquisa bibliográfica se dá por etapas, sendo estas: a) escolha do tema; b) levantamento bibliográfico preliminar; c) formulação do problema; d) elaboração do plano provisório de assunto; e) busca das fontes; f) leitura do material; g) fichamento; h) organização lógica do assunto; i) redação do texto. Segundo Gil (2002), as etapas devem ser adequadas a cada tipo de pesquisa e são passíveis de adequação conforme o objeto e o rigor do estudo. Nesta pesquisa, esses passos foram seguidos como caminho para coleta de dados.

A primeira etapa da coleta teve como objetivo identificar palavras que se associam à “crise psíquica” nas obras de Freud. A partir da revisão narrativa de literatura e leitura de textos como: 1) “Inibição, sintoma e angústia”; 2) “Uma cisão do Eu no processo de defesa”; 3) “Neurose e psicose”; 4) “A perda da realidade na neurose e na psicose”; 5) “A negação”; 6) “Mal-estar na civilização”; 7) “Análise terminável e interminável”; 8) “Angústia e vida instintiva”; 9) “Moisés e a religião monoteísta”. A partir disso, definiram-se as palavras: crise, urgência, emergência, ataque, acesso, acometimento, colapso, irrupção, eclosão, surto e etiologia para que fossem buscadas nas 23 obras de Freud.

A segunda etapa teve como objetivo conhecer as formulações teóricas sobre “crise psíquica” na obra de Freud e foi realizada a partir das palavras-chave citadas. O acesso às obras se deu pela página de inter-

net <https://www.psicanaliseflorianopolis.com/index.php/artigos/obra-de-s-freud/9-obras-completas-de-sigmund-freud>, que possuía todos os volumes (23) em .rtf da editora Imago, com disponibilidade digital, da *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Observa-se que a citação literal do excerto-fragmento seguiu o número da página do .rtf contida no volume do site. Foi organizada uma pasta digital com todos os volumes e construído um quadro com os itens: palavra de pesquisa, volume, quantidade de ocorrências e fragmento do texto para coletar possíveis formulações. Abria-se volume por volume, aplicava-se o comando *control l* e digitava-se a palavra para verificar número de ocorrências e os trechos nas obras. Após, preenchia-se o quadro com os dados. Em seguida, os dados foram organizados por palavras conforme cada volume, como exemplo, crise nos volumes 1 ao 23, pois se reuniu a quantidade e os trechos que a palavra contemplava nos 23 volumes.

O tratamento dos dados se deu por análise temática. Segundo Minayo (2014), a análise temática compreende três etapas: 1) pré-análise; 2) exploração do material; e 3) codificação e tratamento dos resultados obtidos. Esse procedimento permitiu chegar em duas categorias, quais sejam: representações de crise e representações de ataque na obra freudiana. Nas duas categorias foram apresentados a aproximação teórica, os exemplos clínicos e as intervenções. Salienta-se que, por se tratar de uma pesquisa teórica, este trabalho ficou dispensado de submissão ao comitê de ética em pesquisa, o que não eximiu o rigor ético no tratamento dos dados.

## Resultados

Os resultados da pesquisa teórica são apresentados em duas etapas. Na primeira, um quadro com as palavras e o número de ocorrências destas nos volumes e uma breve descrição. Na segunda, duas categorias temáticas sobre crise e ataque.

A palavra *crise* apareceu em 18 volumes dos 23, o que significa que Freud utilizou esse termo na maioria e ao longo de sua obra. Obser-

Quadro 1  
Palavras e número de ocorrências nos volumes de 1 a 23 nas obras de Freud

Palavra-Chave	VOLUMES																							Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	
Crise	2	1	2	1	4	2	6	0	2	1	1	1	8	0	0	0	2	1	7	0	2	1	5	113
Urgência	4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0	9	
Emergência	4	3	1	2	1	2	0	1	1	2	1	0	0	3	1	4	4	0	0	0	0	4	41	
Ataque	1	1	7	2	1	7	1	1	4	9	2	6	5	3	6	2	1	2	1	2	6	1	3	543
Acesso	2	3	3	1	2	8	1	3	5	6	6	4	5	1	9	1	1	1	5	9	3	9	8	274
Acometimento	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
Colapso	1	2	3	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	3	5	0	1	0	0	3	21	
Irrupção	1	6	3	1	4	3	5	0	2	6	3	9	0	5	0	3	0	3	3	5	3	3	6	83
Eclosão	0	0	5	0	0	0	0	0	6	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	14	
Surto	3	2	1	1	3	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	16
Etiologia	4	3	1	1	3	0	3	0	3	1	4	1	2	1	2	9	2	2	3	1	1	2	1	379

Fonte. Elaboração própria (2024).

vou-se que o uso da palavra crise nos volumes é polissêmico, pois essa representação dependia do contexto e da conotação do que deveria ser situado e transmitido. Esse termo também está associado à “crise psíquica” e, por vezes, há formulações teóricas breves. *Urgência* e *emergência* apareceram nos volumes e com o sentido de algo que urge e emerge, imediato e impelido, sem representar a “crise psíquica” ou a “urgência subjetiva”. A palavra *ataque* apareceu, significativamente, ao longo de todos os volumes associada às neuroses, como ataque histérico, ataque fóbico, ataque de neurose obsessiva; ataque de angústia relacionada a trauma ou a aspecto traumático que faz irromper, ou seja, a palavra ataque identifica, representa e indica formulações teóricas de “crise psíquica” – no volume 9, há um tópico “Algumas observações gerais sobre ataques histéricos”. O termo *acesso* não está associado à “crise psíquica”, pois está relacionado a uma emoção e sentimento, como acesso de raiva e de choro. As palavras *acometimento* e *colapso* (esgotamento) não indicaram ou representaram “crise psíquica”. *Irrupção* e *eclosão* possuíram um sentido de desencadeamento, por vezes, irrupção precedia palavras como irrupção histérica, irrupção da angústia e do afeto. *Surto*, por vezes, possuía um sentido de “crise psíquica”, mas sem formulação teórica. A palavra *etiologia* foi incluída

para se pensar a etiologia de crise ou ataque e, no volume 3, houve uma ocorrência de etiologia do ataque de angústia. Etiologia está mais associada à etiologia das neuroses de maneira ampla.

Após a análise dos dados, inferiram-se duas categorias que expressaram as representações de crise e ataque na obra freudiana, as duas categorias foram apresentadas junto a três elementos constitutivos para contextualizar os termos: 1) aproximação teórica, 2) exemplos clínicos e 3) intervenções. A aproximação teórica compreende aspectos teóricos mais explicativos do termo, exemplos clínicos se entende como uma apresentação clínica de crise-ataque, e as intervenções correspondem ao modo de escutar.

### *Representações de crise na obra freudiana*

Essa categoria apresenta a crise quanto a algumas pistas de aproximação teórica, exemplos clínicos e intervenções. No que se refere à aproximação teórica, o afeto é tido como um conceito central e desencadeante de uma crise. Conforme o excerto abaixo:

Há muito tempo as *crises* histéricas foram reconhecidas como sinais de aumento de excitação emocional e equiparadas a irrupções de afeto. Charcot tentou reduzir a multiplicidade de suas modalidades de manifestação por meio de fórmulas descritivas; Pierre Janet identificou as idéias inconscientes em ação por trás de tais *crises*, enquanto a psicanálise demonstrou que elas são representações miméticas de cenas (realmente vivenciadas ou apenas inventadas) com que a imaginação do paciente se ocupa, sem que se torne consciente delas (Freud, 1996/1913-1914, p. 120, grifo nosso).

Em outras *crises*, contudo, o material patogênico consistia em fragmentos da história da infância do paciente, que não tinham vindo à luz enquanto eu o estava analisando e que agora se desprendiam – a comparação é inevitável – como suturas após uma operação ou pequenos fragmentos de osso necrosado (Freud, 1996/1937-1939, pp. 139-140, grifo nosso).

A aproximação teórica de crise está para irrupção do afeto e conteúdos recalçados que irrompem na consciência e no eu. No entan-

to, foi ausente um conceito de crise que descrevesse uma formulação teórica mais robusta. No que se refere a exemplos clínicos de crise, tem-se:

Isso não pareceu, à primeira vista, um sintoma nervoso. Mas logo me ocorreu que provavelmente era apenas uma descrição representando uma *crise* de angústia: ela estava destacando a falta de ar do complexo de sensações que decorrem da angústia e atribuindo uma importância indevida a esse fator isolado (Freud, 1996/1893-1895, p. 94, grifo nosso).

Então, em novembro de 1907, a esposa teve uma *crise* de paralisia (embora vivesse até 1912), o que parece ter precipitado novo desencadeamento de sua enfermidade (Freud, 1996/1911-1913, p. 4, grifo nosso).

Outro paciente, que se tornou neurótico após a morte do pai, foi acometido da primeira *crise* de ansiedade e tonturas quando o Sol resplandeceu sobre ele, no momento em que estava trabalhando no jardim com uma pá (Freud, 1996/1911-1913, pp. 33-34, grifo nosso).

Os exemplos clínicos de crise estão associados às neuroses que, por sua vez, manifestam-se no corpo, e Freud distingue crise de sintoma. No que toca a noção de corpo, desde Freud (1996/1923), o Eu é antes de tudo corporal, neste aspecto, corpo e psiquismo compõem uma unidade.

E, em que pese as manifestações clínicas de crise, nas obras, também se referiam à crise de afonia, de depressão, surto delirante, entre outros e à angústia desencadeadora da crise. No que concerne à intervenção sobre crise, tem-se:

Quando você tem uma dessas *crises*, pensa em alguma coisa? E sempre a mesma coisa? Ou vê alguma coisa diante de você? -Sim. Sempre vejo um rosto medonho que me olha de uma maneira terrível, de modo que fico assustada. Talvez isso pudesse oferecer um meio rápido de chegarmos ao cerne da questão. -Você reconhece o rosto? Quero dizer, é um rosto que realmente já viu alguma vez? -Não. -Sabe de onde vêm as suas *crises*? -Não. -Quando as teve pela primeira vez? -Há dois anos, quando ainda morava na outra

montanha com minha tia (Ela dirigia uma cabana de hospedagem e nós nos mudamos para cá há dezoito meses). Mas elas continuam a acontecer. (Freud, 1996/1893-1895, p. 95, grifo nosso).

As intervenções encontradas nesta pesquisa não foram descritas no momento de eclosão da crise, mas quando estas já passaram e, de todo modo, a escuta e as pontuações a partir dos conteúdos psíquicos faziam o sujeito simbolizar o acometimento. Há uma passagem em que Freud (1996/1937-1939, p. 150), afirma que nas crises agudas a análise seria inutilizável, tendo em vista que o *eu* é tomado por uma realidade penosa e fica retraído. Naquele momento da elaboração teórica, Freud se preocupava com a crise aguda e com a psicanálise, mas também sem um aprofundamento. Fica a pergunta, em crise aguda, o que a psicanálise pode fazer?

Essa categoria demonstrou que a crise está relacionada à irrupção da angústia nas neuroses, e a manifestação clínica ocorre também conforme a subestrutura histérica, fóbica e obsessiva.

### *Representações de ataque na obra freudiana*

Essa categoria apresenta o termo ataque quanto a algumas aproximações teóricas, exemplos clínicos e intervenções. No que se refere às aproximações, tem-se:

O ponto central de um *ataque* histérico, qualquer que seja a forma em que este apareça, é uma *lembrança*, a revivescência alucinatória de uma cena que é significativa para o desencadeamento da doença. É esse evento que se manifesta de forma perceptível na fase das "*atitudes passionelles*"; mas também está presente quando o ataque parece consistir somente em fenômenos motores. O *conteúdo da lembrança* geralmente é ou um trauma psíquico, que, por sua intensidade, é capaz de provocar a irrupção da histeria no paciente, ou é um evento que, devido à sua ocorrência em um momento particular, tornou-se um trauma. (Freud, 1996/1886-1889, p. 82, grifo nosso).

O mesmo se aplica, portanto, à *etiologia do ataque de angústia* isolado e à causação de toda a neurose. Não é muito estranho que a

angústia das fobias obedeça a condições diferentes; elas têm uma estrutura mais complicada que os ataques de angústia puramente somáticos. Nas fobias, a angústia está ligada a um conteúdo representativo ou perceptivo definido, e a estimulação desse conteúdo psíquico é a principal condição para a emergência da angústia. Quando isso ocorre, a angústia é “gerada”, assim como, por exemplo, a tensão sexual é gerada pela excitação de idéias libidinais. Todavia, a conexão desse processo com a teoria da neurose de angústia ainda não foi elucidada. (Freud, 1996/1893-1899, p. 77, grifo nosso).

O desencadeamento de *ataques* histéricos segue leis de fácil compreensão. Como o complexo reprimido consiste numa catexia libidinal e num conteúdo ideativo (a fantasia), o ataque pode ser determinado (1) *associativamente*, quando o conteúdo do complexo (se suficientemente catexizado) é atingido por um acontecimento da vida consciente a ele ligado; (2) *organicamente*, quando por razões somáticas internas resultantes de influências psíquicas externas a catexia libidinal eleva-se acima de um determinado nível; (3) a serviço do *objetivo primário*, como uma expressão da ‘fuga para a doença’, quando a realidade torna-se penosa ou temível, isto é, como um *consolo*; (4) a serviço de *objetivos secundários* aos quais a doença se alia para que através do ataque o paciente atinja uma meta útil para ele. Neste último caso o ataque é endereçado a determinados indivíduos, podendo ser adiado até que estes estejam presentes e dando a impressão de ser conscientemente simulado. (Freud, 1996/1906-1908, p. 122, grifo nosso).

O terceiro fator, o psicológico, reside em um defeito do nosso aparelho mental que tem a ver precisamente com sua diferenciação em um id e um ego, e que é, portanto, também atribuível, em última análise, à influência do mundo externo. Em vista dos perigos da realidade [externa], o ego é obrigado a resguardar-se contra certos impulsos instintuais no id e a tratá-los como perigos. Mas não pode proteger-se dos perigos instintuais internos tão eficazmente quanto pode de alguma realidade que não é parte de si mesmo. Intimamente vinculado ao id como está, só pode desviar um perigo instintual restringindo sua própria organização e aquiescendo na formação de sintomas em troca de ter prejudicado o instinto. Se o instinto rejeitado renovar seu *ataque*, o ego é dominado por todas aquelas dificuldades que nos são conhecidas como males neuróticos. (Freud, 1996/1925-1926, p. 97, grifo nosso).



As aproximações teóricas e explicativas sobre ataque apontam para uma formulação articulada aos conceitos de trauma, afeto-angústia (perigo), fantasia e pulsão de morte (repetição). Possivelmente, à medida que Freud amadurecia suas reflexões teóricas advindas da experiência clínica e à medida que Freud avançava na teoria sobre a etiologia das neuroses, o termo ataque também se modificava, pois esse não é um conceito autorreferente e nem possui uma conceituação mais robusta. Ataque aparece como uma descrição da ação e dos mecanismos constituintes. Quanto aos exemplos clínicos, tem-se:

O que afirmamos sobre os sintomas histéricos crônicos pode ser aplicado quase que integralmente aos *ataques histéricos*. Charcot, como se sabe, deu-nos uma descrição esquemática do “grande” ataque histérico, segundo a qual se podem distinguir quatro fases num ataque completo: (1) a fase epileptóide, (2) a fase dos movimentos amplos, (3) a fase das “*attitudes passionnelles*” (fase alucinatória) e (4) a fase de delírio terminal. Charcot deduz todas as formas de ataque histérico que, na prática, são encontradas com maior frequência do que o “*grande ataque*” completo, a partir da abreviação ou do prolongamento, da ausência ou do isolamento dessas quatro fases distintas. (Freud, 1996/1893-1895a, p. 25, grifo nosso).

Incluo aqui uma lista que inclui apenas as formas de *ataques de angústia* que me são conhecidas: (a) Ataques de angústia acompanhados por distúrbios da *atividade cardíaca*, tais como palpitação, seja com arritmia transitória ou com taquicardia de duração mais longa, que pode terminar num grave enfraquecimento do coração e que nem sempre é facilmente diferenciável da afecção cardíaca orgânica; e ainda a pseudo-angina do peito – um assunto delicado em termos de diagnóstico! (b) Ataques de angústia acompanhados por *distúrbios respiratórios*, várias formas de dispnéia nervosa, acessos semelhando asma e similares. Gostaria de enfatizar que mesmo esses ataques nem sempre vêm acompanhados de angústia reconhecível. (c) Acessos de suor, geralmente à noite. (d) Acessos de *tremores e calafrios*, muito facilmente confundidos com ataques histéricos. (e) Acessos de *fome devoradora*, freqüentemente acompanhados de vertigem. (f) Diarréia sobrevindo em acessos. (g) Acessos de *vertigem* locomotora. (h) Acessos do que se conhece como *congestões*, incluindo praticamente tudo o que tem sido denominado de neurastenia vasomotora. (i) Acessos de *parestias*. (Estes, porém, raramente ocorrem sem angústia ou uma sensação semelhante

de mal-estar.) (5) O *acordar em pânico à noite* (o *pavor nocturnus* dos adultos), que em geral se combina com angústia, dispnéia, suores etc., muitas vezes nada mais é do que uma variante do ataque de angústia. (Freud, 1996/1893-1899a, p. 52, grifo nosso).

Com este propósito, levaram-no à beira da cama de uma mulher histérica, cujos *ataques* eram uma inconfundível imitação do processo de parto. Sacudindo a cabeça, ele observou: 'Bem, não há nada de sexual com relação ao parto'. Muito certo. O parto não necessita, em todo caso, ser algo impróprio. (Freud, 1996/1916-1917, p. 42, grifo nosso).

As manifestações clínicas de ataque se referem conforme o tipo de neurose. Na histeria, denominada como o "grande ataque", é tida como fenômenos motores em reação ao afeto. Freud (Freud, 1996/1886-1889a, p. 89) se refere a esses fenômenos motores como o espernear e o agitar dos braços e pernas dos bebês em tenra idade. Na psicose, a alienação alucinatória seria a psicose aguda ou equivalente ao ataque. A fobia ou o ataque de angústia o medo, desconfiança. As possíveis intervenções constam de:

Se conseguirmos trazer essa lembrança inteiramente à consciência normal, ela deixa de ter a capacidade de produzir *ataques*. Durante um ataque real, o paciente se encontra parcial ou totalmente no segundo estado de consciência. Nesse último caso, o ataque inteiro é coberto pela amnésia, durante sua vida normal; no primeiro caso, o paciente apercebe-se da modificação em seu estado e da sua conduta motora, mas os eventos psíquicos que ocorrem durante o ataque lhe permanecem ocultos (Freud, 1996/1886-1889a, p. 90, grifo nosso).

A via inconsciente de pensamentos que conduz à descarga no *ataque histérico* volta imediatamente a tornar-se transitável quando se acumula excitação suficiente. Uma humilhação experimentada trinta anos antes atua exatamente como uma nova humilhação ao longo desses trinta anos, assim que obtém acesso às fontes inconscientes de afeto. Tão logo se roça em sua lembrança, ela ressurge para a vida e se mostra mais uma vez catexizada com uma excitação que encontra descarga motora num ataque. É precisamente nesse ponto que a psicoterapia tem de intervir. Sua tarefa consiste em possibilitar aos processos inconscientes serem finalmente abordados e esquecidos. É que o esmaecimento das lembranças e o debilitamento

afetivo de impressões que já não são recentes, que nos inclinamos a encarar como óbvios e a explicar como um efeito primário do tempo sobre os traços mnêmicos da psique, são na realidade modificações secundárias, promovidas somente através de um trabalho árduo. É o pré-consciente que realiza esse trabalho, e a psicoterapia não pode seguir outro caminho senão o de colocar o *Ics. sob o domínio do Pcs.* (Freud, 1996/1900-1901, p. 158, grifo nosso).

Perguntei-lhe qual tinha sido a duração média desses *ataques*. “Três a seis semanas, talvez.” Quanto tempo duravam as ausências do Sr. K.? “Três a seis semanas, também”, teve ela de admitir. Com suas doenças, portanto, ela demonstrava seu amor por K., tal como a mulher dele demonstrava sua aversão. Bastava supor que seu comportamento fora o oposto do da Sra. K.: enferma quando ele estava ausente e sadia quando ele voltava. Isso realmente parece ter acontecido pelo menos durante o primeiro período dos *ataques*. Em épocas posteriores, sem dúvida, tornou-se necessário obscurecer a coincidência entre seus ataques de doença e a ausência do homem secretamente amado, para que a constância dessa coincidência não traísse seu segredo. A duração dos acessos permaneceria, depois, como uma marca de seu sentido originário. (Freud, 1996/1901-1905, pp. 23-24, grifo nosso).

As possíveis intervenções se davam conforme a compreensão do mecanismo do ataque, as quais consistiam na escuta de conteúdos que advinham de conflitos. Por vezes, as pontuações buscavam simbolizar conteúdos reprimidos que excitavam uma descarga de afeto, dando-se, assim, o ataque.

## Discussão

Crise e ataque, na psicanálise freudiana representam o que comumente se denomina de “crise psíquica” no campo da saúde mental, pois ambas são irrupções de afeto-angústia. No entanto, a palavra ataque apresentou mais densidade, tanto quantitativamente quanto qualitativamente, para representar a “crise psíquica” investigada nas obras. Por um lado, precisa-se entender por que Freud deu ênfase à escolha por ataque. Por outro lado, pode haver variações do original em ale-

mão para as traduções no português, tanto de termo quanto de sentido, o que pressupõe estudos de tradução quanto a essas palavras.

A palavra ataque equivale a *anfall* no dicionário português-alemão. *Anfall* tem significados de “ataque, acesso, sucessão, rendimento, acumulação, atacar, agredir, acometer, assaltar, vender, dar e haver” (Irmen, 2009, p. 364). A palavra crise equivale a *krise-krisis*, no dicionário português-alemão, e significa “estar em crise, situação de crise, gabinete de crise” (Irmen, 2009, p. 496). Em ambos os termos, não há uma conceituação ou significado.

Doravante, tanto crise quanto ataque possuem origem em conceitos operadores, como trauma, angústia-afeto, fantasia e pulsão de morte. Decerto, a angústia-afeto foi e é um conceito central para refletir sobre crise-ataque. Conforme Rodrigues e Muñoz (2020, p. 95), a “angústia, quando irrompe de maneira súbita e aguda, aparece como algo insuportável e sem sentido, um mal-estar do qual o sujeito quer se livrar com urgência e, muitas vezes, sem pensar mesmo nas consequências”. O que faz a angústia irromper?

Antes, Giles (2007) comenta que a angústia, na teoria freudiana, vai sendo reformulada ao longo da própria construção teórica da psicanálise e que a leitura conceitual de angústia deve levar em conta o período do contexto teórico de suas formulações. Franklin e Rego (2020) referiram que Freud elaborou duas teorias diferentes de angústia. Sobre isso, Pisetta (2008, p. 405) sinaliza que “a primeira teoria se dá em 1916-1917 e foi teorizada como um afeto que incide posterior ao recalque”. Na segunda teoria, a partir de 1926, a angústia é considerada um afeto anterior e causador do recalque. “Isso quer dizer que a angústia representa a falência da regulação do aparelho psíquico. O afeto, nesse caso, é algo que chega à consciência e provoca uma sensação, uma descarga afetiva característica da angústia” (Pisetta, 2008, pp. 406-407). Para Giles (2007), a existência da segunda teoria não substituiu a primeira, isso porque representam formulações em momentos distintos. Conforme Giles (2007, p. 13), “o recalque, diz Freud, é o que cria a angústia. Devido a ele, o representante da representação separa-se do afeto com o qual estava ligado. O afeto pode ter vários destinos, entre eles sua transformação em angústia”.

Segundo Klajnman (2022, p. 18), o mecanismo do recalque surge “com a separação entre a ideia e o afeto, onde a primeira é recalçada, e o segundo apresenta três destinos: 1) inervação de uma parte do corpo na histeria, 2) no campo das ideias na obsessão, 3) permanência do afeto solto como angústia na fobia”.

Logo, para Fonseca (2009, p. 39), a angústia é “um afeto que não é recalçado; desamarrada de seus significantes, ela fica à deriva enlouquecida e enlouquecendo o sujeito quando este não dispõe do recurso simbólico para lidar com ela”, mas o que levaria a isso? Para Medina (2020, p.6), a “angústia, diferente do desejo, é o que não engana, é o que não é permitido significar, é, então, o real”. Para Lustoza, “se a falta é que sustenta o desejo, a perda do objeto-causa equivaleria à perda do desejo. A angústia sinalizaria então a falta da falta” (2015, p. 485). Freud adverte que se pode ver o estado de angústia como “reprodução do trauma do nascimento” (1926, *apud* Giles, 2007, p. 16). Isso porque a imaturidade do recém-nascido confere o lugar do desamparo como perigo e a carência de ter um objeto para ser amado, logo, essa experiência é tida como traumática, porque não produz representação psíquica. Assim, há duas origens da angústia, “uma consequente do momento traumático e outra como sinal que ameaça a repetição de um tal momento” (Pisetta, 2008, p. 414). Conforme Fonseca, ao citar Freud em inibição, sintoma e angústia, “o fator determinante para a irrupção da angústia seria a perda do objeto, que deixaria o sujeito cativo de um excedente pulsional que não encontra descarga adequada” (Fonseca, 2009, p. 45). Fonseca (2009) adverte que a angústia surge a uma reação a um perigo e que pode levar ao desamparo, e essa experiência se torna uma situação traumática. A falta de objeto consiste na falta da mãe a partir do nascimento, esse desamparo constitui o traumático e a separação da mãe representa a perda de “objeto-mãe”.

A angústia em Freud é discutida sempre como angústia da perda do objeto. Há o trauma do nascimento como a vivência de uma angústia prototípica e, em relação a perda do objeto de amor, existe a angústia de castração; na fase fálica, é o instante que assinala a angústia de separação da mãe, momento em que o sujeito precisa assumir o seu lugar na diferença dos sexos. Isto posto, todas as experiências de angústia revelariam a perda de um objeto: uma separação. (Costa, 2021, p. 166).

Franklin e Rego (2020, p. 27) referem que, para Freud, a angústia se manifesta entre três variações: angústia da consciência ou angústia de sinal, a angústia realística e a angústia neurótica. Considera-se que a “angústia como um sinal seja a reação do Eu frente à ameaça de que ocorra uma situação traumática. A descoberta de uma grave doença é exemplar desse tipo de manifestação de angústia” (Costa, 2021, p. 166). Para Franklin e Rego, a angústia realística ocorre nas instâncias do consciente e do inconsciente, “essa angústia é responsável pela troca de afetos reprimidos, pelos sentimentos reconhecidos ou não-reconhecidos, que permanecem inconscientes ou que surgem como um mal-estar como sentimento de culpa, castigo, penitência” (2020, p. 27); para esses autores, a angústia realista é compreendida como uma reação a um possível perigo externo que é capaz de causar uma experiência traumática, como a perda de um ente. Para Costa (2021, p. 166), a “angústia realística é a angústia reagindo a um perigo real e conhecido”.

Sobre o terceiro tipo de angústia, a angústia neurótica, conforme Costa, “o sujeito teme por um perigo desconhecido, do qual ainda não se sabe realmente se irá se efetivar, trata-se de um perigo pulsional” (2021, p. 166). Para Franklin e Rego, a angústia neurótica se caracteriza conforme a teoria freudiana:

(1) enquanto angústia geral livremente flutuante, na qual o indivíduo se encontra disposto a ligar-se as novas possibilidades que lhes surgirem; (2) uma relação com a ideia de fobia, na qual o indivíduo reconhece um possível perigo diante de si mas que é desproporcional a angústia que se instala nele; (3) e em forma de histeria, caracterizada pelas neuroses diversas que surgem sem algum motivo aparente e se mantém em um estado mais duradouro. (2020, p. 27).

Em síntese, de acordo com Franklin e Rego, a formulação dos três tipos de angústias consiste:

Freud relaciona os três tipos de angústia acima desenvolvidos sob a ótica das dependências do eu: a angústia realista considerada a partir do mundo externo e de suas influências; a angústia de consciência a partir do Super-eu – como uma pulsão de morte destrutiva no âmbito psíquico; e a angústia neurótica através do ID – aspecto inconsciente da personalidade do indivíduo que inclui comporta-

mentos instintivos. Desse modo, podemos compreender como as estruturas do aparelho psíquico humano são atingidas por grandes influências, sejam elas de modo interno ou externo. (Franklin & Rego, 2020, p. 28).

Todavia, Costa (2021) questiona, sobre o contexto clínico, para que saber se uma angústia é real ou neurótica? Importa saber na medida que ela produz significado para o paciente e como este relaciona a angústia com sua realidade. De todo modo, Caropreso, ao relacionar os tipos de angústia com as neuroses, comenta que “cada um dos diversos tipos de neuroses estaria relacionado com um tipo de angústia específica: a histeria de conversão à angústia de separação da mãe; a fobia à angústia de castração; a neurose obsessiva à angústia da consciência moral” (2013, p. 62). No entanto, para Lustoza, “em seu sentido mais fundamental, a angústia é uma defesa contra a pulsão de morte” (2015, p. 484). Portanto, a relação entre angústia e crise diz que a angústia é algo que é sentido pelo paciente e que se caracteriza por desprazer, e, à medida que ela se descarrega no eu, o sujeito se desorganiza.

De origem grega, a palavra *trauma* significa ferida e perfuração e, traumatismo, o resultado do trauma, segundo Uchitel (2001). Para Laplanche e Pontalis (2008a), trauma, na obra freudiana, aponta dois significados: o primeiro como um acontecimento na vida do sujeito, que é definido pela intensidade e pela capacidade que este possui para reagir a esse acontecimento que pode levar a uma desorganização psíquica. Para Costa, “trauma tem como uma de suas características a noção de acontecimento” (2021, p. 163), que corresponde a eventos contingenciais, os quais atualizam cenas do passado “que causaram intensas impressões, a ponto de serem esquecidas, recalçadas, jogadas para fora da consciência” (2021, p. 163). No segundo significado, para Laplanche e Pontalis (2008a, p. 522), “o traumatismo se caracteriza por um afluxo de excitações que é excessivo em relação à tolerância do sujeito e a à sua capacidade de dominar e elaborar psiquicamente estas excitações”. Veja-se, para Laplanche e Pontalis, as consequências do traumatismo são a “incapacidade do aparelho psíquico para liquidar as excitações segundo o princípio da constância” (2008a, p. 524).



Esse mecanismo é explicado por Uchitel, da seguinte maneira: “a liquidação das excitações não acontece, produzindo-se uma sobrevalorização do acontecimento pelo acúmulo das excitações da vivência” (2001, p. 45). Ainda para este autor, a “libido fica presa, soldada, sem mobilidade, sugada pelo trauma; associada quase que por inteiro, consciente e inconscientemente à cena traumática. A libido não flui, não se desprende não fica livre na direção de novas conexões e investimentos” (p. 45). Assim, para Laplanche e Pontalis (2008a, p. 526), ao citar Freud (1996/1917), trauma seria um afluxo de excitações internas que exigem ser liquidadas e isso se condiz ao traumatismo do nascimento.

Uchitel (2001) comenta que no caráter econômico<sup>6</sup> do trauma, não simbolizadas do acontecimento, se expressa através da compulsão repetitiva. Sobre isso, este autor refere que a repetição pode ser pensada em uma via dupla: “uma a partir da repetição dos conteúdos recalçados que aparecem na transferência, na tentativa de elaboração de situações de insatisfações entre outras” (p. 48). A segunda, para Uchitel, se dá “a partir da compulsão repetitiva onde a repetição da vivência traumática, do desdobramento excitatório, pulsional, busca ligar a energia em forma de ato e de identificação projetiva” (p. 48).

De todo modo, a relação entre trauma e angústia, conforme Leite, é que o “objeto da angústia emerge do momento traumático que não pode ser eliminado pelo princípio do prazer” (2011, p. 70), isso porque o desamparo é a marca originária do sujeito em relação a outro sujeito. Ainda conforme Leite, as “marcas deixadas pelas primeiras experiências abrem as vias para a constituição da realidade psíquica, da fantasia inconsciente, que serve de proteção em relação ao reencontro com o desamparo fundamental” (2011, p. 76). Segundo Costa, “o trauma e o desamparo foram traços marcantes que saltavam dos discursos dos sujeitos, pareciam arrebatados, muitos ficavam insones, paralisados pela incompreensão dos recentes acontecimentos que viveram” (2021, p. 163).

---

6 Para Sterian (2001, p. 20), economia psíquica, na psicanálise, é tudo aquilo que se refere à circulação e divisão da energia pulsional entre os diversos sistemas e instâncias do aparelho psíquico.

Assim, falar de trauma é falar de angústia e vice e versa, pois, para Gomez (2010), a angústia surge diretamente dos momentos traumáticos, mas o que seriam esses momentos traumáticos? Segundo Pisetta, o mecanismo seria:

Mas o que causaria o primeiro recalque, a partir do qual todos os outros se dariam? Como já vimos, Freud pressupõe que seria um trauma. O trauma é considerado externo, incidente a partir de fora. Com a pressuposição de que o momento traumático seja então o fundamento do primeiro recalque a partir do qual a angústia aparece como sinal no eu, surge a questão da magnitude do trauma em relação ao aparecimento de sinais no eu. Assim, a incidência ou não de um momento traumático se deve à magnitude da energia em questão, assim como a paralisação do princípio do prazer e a conotação de perigo à experiência (Pisetta, 2008, p. 413).

Todavia, para Freud, em *Além do Princípio do Prazer*: “Descrevemos como ‘traumáticas’ quaisquer excitações provindas de fora que sejam suficientemente poderosas para atravessar o escudo protetor”. (Freud, 1996/1925-1926, p. 19). Para Costa, “a situação do desamparo, vivido como um acontecimento, atualiza uma situação de perigo lembrada como desproteção, gerando, por sua vez, uma reação original chamada de angústia” (2021, p. 163). Trauma representa para os sujeitos uma separação, separação da mãe. Conforme Costa, ao citar Delgado (2005), “a angústia do trauma traduz-se por uma ‘perturbação’ da realidade psíquica, em decorrência da proximidade da finitude humana, denotando uma ruptura com o princípio de prazer e a instalação da pulsão de morte” (Costa, 2021, p. 172). Isso porque, conforme Uchitel, a situação traumática pode trazer à tona dois perigos: “o exterior, o perigo real (perigo conhecido) e que desperta a presença de uma angústia real; e o interior, o perigo da pulsão (pouco ou nada cognoscível) que aparece na angústia neurótica” (2001, p. 55). Em síntese, os impactos do trauma são:

O impacto que uma situação traumática instala (associado ao excesso de excitação, ao fator surpresa, à ruptura da barreira de proteção ante aos estímulos externos e à desproteção ante a implosão dos internos, ao fracasso na ligação, a um ataque às funções do eu, à

dificuldade em poder representar o evento e a uma falha da defesa e da angústia sinal) ocasiona um estado traumático que pode, ou não, derivar em neurose, assim como também poderia derivar em psicose, perversão. (Uchitel, 2001, p. 45).

Portanto, para Uchitel (2001): a) qualidade e a intensidade do trauma, b) o momento da estruturação psíquica e c) os recursos com os quais o sujeito conta no momento do trauma determinarão a gravidade e as consequências desse evento traumático no sujeito. Contudo, o trauma é um determinante para a crise-ataque a partir do momento que o sujeito não possui recursos para simbolizar o que o faz se identificar com o acontecimento e tampouco com o que se repete em sua rotina e que o faz sofrer em demasia.

Crise e ataque se constituem por conceitos como angústia e trauma, e também pela pulsão de morte, na medida que essa inscrição está presente na constituição do sujeito e na etiologia das neuroses. No entanto, conforme Laplanche e Pontalis (2008a), pulsão é uma inscrição entre o físico e o somático, que possui uma pressão-força que faz direcionar o organismo para um alvo. A pulsão tem sua fonte na excitação do corpo – a tensão –, e o alvo é liquidar o estado de tensionamento. Logo, é no objeto que a pulsão atinge seu alvo. Nos primeiros escritos freudianos, havia dois tipos de pulsão, a sexual e a de autoconservação (eu). Nos escritos posteriores, houve a dualidade ou dualismo das pulsões, a pulsão de vida e a pulsão de morte.

A noção de pulsão de morte foi introduzida por Freud em Além do princípio do prazer na década de 1920 (Gutiérrez-Terrazas, 2002). Segundo Laplanche e Pontalis (2008b), a formulação da pulsão de morte na obra freudiana se dá a partir dos fenômenos de repetição que não se deixam reduzir pela busca da satisfação libidinal, nem pela elaboração de experiências desagradáveis. Foi assim que Freud observou uma oposição ao princípio do prazer e entendeu que havia um caráter regressivo da pulsão, o que levou a sistematizar a pulsão de morte. Também faz parte a noção de agressividade, de ambivalência, pois o dualismo – amor e ódio; sadismo e masoquismo – se revelam como noções de pares e opostos nos aspectos estruturais da teoria psicanalítica.

Para Caropreso, o que “parece decisivo nessa fixação dos mecanismos de defesa, que caracterizaria a alteração do eu, é a intensidade da pulsão de morte, uma vez que ela se manifesta como uma inércia psíquica, como compulsão à repetição, e seria a responsável pela inclinação ao conflito” (2013, p. 67). Para Laplanche e Pontalis, o que Freud quer explicitar com a pulsão de morte “é o retorno ao repouso absoluto do anorgânico” (2008b, p. 412). Conforme Caropreso, a pulsão de morte não tem outro fim “senão a descarga imediata e a busca do idêntico sem reconhecimento de qualquer alteridade e que termina sempre funcionando como modo de autodestruição ou de morte psíquica do eu” (2013, p. 100). Segue este autor ao explicar esse mecanismo:

Aí explica-se como a pulsão pode funcionar como perigo para o eu. Se a manifestação pulsional é conseqüenciada pela ameaça de castração — e é da manifestação edípica de que Freud está falando — e essa ameaça está no plano do real, para Freud, o que a pulsão carregará consigo é a ameaça de mutilação do eu. A nova ênfase freudiana sobre o eu é, assim, ênfase sobre a castração. O perigo externo agora é sobretudo o perigo narcísico da castração. (Caropreso, 2013, p. 46).

O que ocorre é que a meta da pulsão de morte é se descarregar sem objeto e no próprio eu de maneira autodestrutiva. De outro modo, Caropreso (2013) comenta que, em *Análise terminável e interminável*, Freud articulou o segundo dualismo pulsional, pois a pulsão de morte estava ausente na teoria das neuroses. Assim, complementa o estudo:

A ênfase dada nesse momento ao fator quantitativo, à intensidade constitucional das pulsões, e o papel fundamental atribuído à pulsão de morte tanto na determinação das neuroses, a partir da inércia psíquica a ela inerente, da inclinação ao conflito da qual ela seria responsável, quanto nas dificuldades colocadas à terapia, parecem tornar compreensível o maior pessimismo que Freud manifesta na etapa final de sua obra em relação à terapia. (Caropreso, 2013, p. 69).

Diante disso, a amplitude da reação ao trauma é diretamente proporcional à intensidade da pulsão de morte. Segundo Carvalho, a pul-

são de morte busca repetir o estado inicial que o homem se afastou a partir do aparecimento da vida, o arcaico, daí que a maior expressão da pulsão de morte seria a “agressividade. Quando esta não é dirigida ao meio, pode voltar-se contra o sujeito e culminar no ato suicida” (2014, p. 138). Portanto, a pulsão de morte está para a crise-ataque e para a crise suicida, pois, no ato suicida, a pulsão de morte atinge seu alvo, o sujeito inanimado.

Freud trabalhou a fantasia em vários momentos de sua obra, em especial, em “Fantasias históricas e sua relação com a bissexualidade”, “Homem dos lobos”, “Bate-se numa criança”, entre outros. Todavia, segundo Klajnman (2022), Freud passa de uma teoria da sedução para uma teoria da fantasia na medida que esta passa a ser pensada a partir da realidade psíquica, e essa reformulação da teoria da sedução faz surgir o conceito de fantasia e da ideia embrionária de complexo de Édipo. Para Klajnman (2022), a formação da fantasia se dá como:

Tudo o que não é possível de ser assimilado por meio dos traços de memória ou expresso através de uma descarga motora é vivenciado pelo sujeito como um trauma. Esse intolerável é a falta primordial, a castração. O objeto, segundo Freud, para sempre perdido, falta, e o sujeito cria uma fantasia como forma de recobrir o que não pode ser representado e recuperado (p.22).

Conforme Klajnman, “Freud, em seus atendimentos clínicos, não deixou dúvidas de que as fantasias podem ser inconscientes ou conscientes, e é quando estas últimas se tornam inconscientes que podem tornar-se patogênicas, expressando-se por meio de sintomas e ataques” (2022, p. 26).

Ainda de acordo com Klajnman, a fantasia na neurose seria uma forma de dar conta de uma realidade recalçada, pois ela “funciona se impondo como a satisfação imaginária da pulsão que foi recalçada” (2022, p. 33), ou seja, quando o recalque fracassa e a pulsão retorna, a fantasia encobre. Quando a fantasia não dá conta e o afeto irrompe, desencadeia um ataque. A crise e o ataque, a partir da angústia, operam quando a fantasia não consegue mascarar o objeto, pois a fantasia uniria sentido ao objeto. Segundo Rodrigues e Muñoz (2020),

a função da fantasia seria conferir simbolização ao real da pulsão e tornar a experiência menos traumática.

Em síntese, no que se refere à articulação de Freud quanto a conceitos que corporificam crise-ataque, afirma-se: “assim procedendo, descobrimos que os fatores decisivos para o sucesso de nossos esforços terapêuticos foram a influência da etiologia traumática, a força relativa dos instintos [pulsão] que têm de ser controlados, e algo que denominamos de alteração do ego” (Freud, 1996/1937-1939, p. 152). Portanto, entende-se que o afeto e a irrupção de angústia afetam a alteração do ego e, por sua vez, desencadeiam a crise-ataque, a partir da compreensão ao trauma, pulsão de morte e fantasia.

Uma outra parte a ser discutida seria a intervenção nas crises-ataques, pois, quanto a isso, há uma passagem que Freud afirma que, em crises agudas, a análise seria inutilizável. Por outro lado, segue Freud,

Na profilaxia analítica contra conflitos instintuais, portanto, os únicos métodos que entram em consideração são os outros dois que mencionamos: a produção artificial de novos conflitos na transferência (conflitos a que, afinal de contas, falta o caráter de realidade) e o despertar de tais conflitos na imaginação do paciente, falando-lhe sobre eles e tornando-o familiarizado com sua possibilidade. (Freud, (1996/1937-1939, p. 151).

Isso significa que lidar com crise-ataque seria a escuta, a fala e o silêncio para que o paciente simbolize aquilo que está emergente a partir disso e que ameaça o eu. Por outro lado, diz Freud “não sei se podemos asseverar que o primeiro desses dois procedimentos mais brandos está inteiramente excluído na análise. Nenhuma experiência foi feita especificamente nessa direção” (Freud, 1996/1937-1939, p. 151). Compreende-se que a transferência é um elemento a ser considerado nas intervenções de crise-ataque mas que talvez Freud não tenha registrado clinicamente essa intervenção fora da transferência. A intervenção do analista nas crises-ataques sem a transferência seria, de início, uma transferência selvagem (Costa, 2019), embora essa seja uma direção, no que tange a uma ética da intervenção, ao que o próprio sujeito busque um saber diante seu sofrimento na angústia.

Conforme Costa (2019), a intervenção na crise requer a palavra, e esta terá de ser formulada. Para isso é preciso que a transferência seja manobrada, ou seja, escutar a manifestação do inconsciente por meio da linguagem. Para isso, será pensada a formulação da demanda para ser endereçada a um saber que procure além da queixa. De acordo com este autor, as intervenções nas crises podem ser refletidas a partir do posicionamento da escuta, da transferência, da demanda e do trabalho subjetivo.

Costa afirma que a escuta dos sujeitos em crise, e que não vivenciam uma análise, deve ser direcionada pela ética do desejo, isto é, “do sujeito dizer o que está na enunciação dos seus ditos, por detrás das palavras mencionadas, poder se escutar e ser escutado, independente do local em que esteja” (Costa, 2019, p. 156), e ofertar o dispositivo analítico para escutar o sujeito na angústia do sofrimento. Em resumo, para este autor, o manejo da escuta ao sujeito seria o sujeito poder se escutar e se apropriar dos efeitos de sua fala, reposicionando-se subjetivamente em relação as suas mazelas e suas escolhas” (Costa, 2019, p. 168).

Assim, as intervenções nas crises com ou sem transferência possuem em comum a oferta da escuta analítica advertida pela ética do desejo, na aposta pela simbolização daquilo que fez a angústia irromper.

## Conclusão

Neste artigo, foram analisadas as formulações teóricas de “crise-urgência” nas obras de Freud. Nessa observação, as palavras ataque e crise representaram os termos para afirmar que Freud também se dedicou aos momentos críticos das neuroses. Ataque e crise significam a irrupção da angústia nas neuroses histérica, fóbica e obsessiva, e essa evocação está engendrada aos conceitos operadores de trauma, angústia, fantasia e pulsão de morte. Crise e ataque não são autorreferentes, em Freud, necessitam do qualitativo crise-ataque de angústia, fóbico, neurose obsessiva e histeria. Diante disso, reflete-se que crise-



-ataque não se tornaram conceitos ou tiveram a devida importância conceitual nas obras, e isso se confirma nos dicionários de psicanálise, nos quais não há esse verbete, talvez pela prioridade da formulação teórica da psicanálise como um todo ou poderia ser devido a um projeto adiante. Afirma-se que, na psicanálise, os termos crise-ataque com qualificadores estão para Freud como urgência subjetiva está para Lacan. Nessa esteira, recomenda-se estudo que investigue o desenvolvimento teórico de crise-ataque ao longo das obras freudianas para verificar se há mudanças no sentido de acordo com o avanço teórico conceitual de Freud. Recomenda-se ainda estudo na obra original em alemão para conferir o termo-vocábulo *anfall* e *krise-krisis*, como e para que os termos eram utilizados e as respectivas traduções para o português. Também se recomenda estudos sobre a urgência subjetiva nos seminários lacanianos para se pensar de que modo o pensamento freudiano possa ter contribuído para o laciano no que se refere a crise e urgência subjetiva.

## Referências

- Cabas, A. G. (2009). *O sujeito na psicanálise de Freud a Lacan: da questão do sujeito ao sujeito em questão*. Jorge Zahar.
- Caropreso, F. (2013). Fátima. Pulsão de morte, trauma e limites da terapia para Freud. *Analytica*, 2(2), 59-76.
- Carvalho, S. (2014). *A morte pode esperar? Clínica psicanalítica do suicídio*. Associação Científica Campo Psicanalítico.
- Costa, M. F. (2019). *Urgência e sujeito numa unidade hospitalar: ensaios sobre a práxis da psicanálise na instituição de saúde*. Eduel.
- Costa, M. F. (2021). *A clínica da urgência e o prelúdio às entrevistas preliminares: uma práxis entre a luta de classes e as formações do inconsciente* [Tese de doutorado, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"]. Repositorio UNESP. <https://repositorio.unesp.br/server/api/core/bitstreams/071ce47c-cc29-46f8-a39c-706ef7867b47/content>
- Couto, L. F. (2010). Quatro modalidades de pesquisa em psicanálise. In: F. Kyrillos Neto & J. O. Moreira (Eds.), *Pesquisa em Psicanálise: transmissão na Universidade* (pp. 59-80). EdUEMG.
- Fonseca, M. C. B. (2009). O objeto da angústia em Freud e Lacan. *Reverso*, 31(57), 39-44.

- Franklin, C. F. M., & Rêgo, A. R. B. (2020). Freud e Heidegger: um paralelo entre os conceitos de angústia e ser-para-a-morte. *Cadernos Cajuína*, 5(2), 24-36.
- Freud, S. (1980/1933). A dissecação da personalidade psíquica. In *Novas conferências introdutórias sobre a psicanálise* (pp. 40-55). Imago.
- Freud, S. (1996/1886-1889). *Publicações pré-Psicanalíticas e esboços inéditos* (vol. I). Imago. Extratos das notas de rodapé de Freud à sua tradução das conferências das terças-feiras, de Charcot. pp. 82-85.
- Freud, S. (1996/1886-1889a). *Publicações pré-Psicanalíticas e esboços inéditos* (vol. I). Imago. Esboços para a Comunicação Preliminar de 1893 (1940-41 [1892]). pp. 86-91.
- Freud, S. (1996/1893-1895). *Estudos sobre a histeria* (vol. II). Imago. Caso 4 - Katharina - (Freud). pp.93-100.
- Freud, S. (1996/1893-1895a). *Estudos sobre a histeria* (vol. II). Imago. I - Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: Comunicação preliminar (1893) (Breuer e Freud). pp.18-28.
- Freud, S. (1996/1893-1899). *Primeiras Publicações Psicanalíticas* (vol. III). Imago. Resposta às críticas a meu artigo sobre a neurose de angústia (1895). pp.68-81.
- Freud, S. (1996/1893-1899a). *Primeiras Publicações Psicanalíticas* (vol. III). Imago. Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada neurose de angústia (1895 | 1894 | ). pp.47-67.
- Freud, S. (1996/1900-1901). A interpretação dos sonhos (Segunda parte) e Sobre os sonhos (vol. V). Imago. Capítulo VII - A psicologia dos processos oníricos. pp.113-185.
- Freud, S. (1996/1901-1905). *Um caso de histeria. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos* (vol. VII). Imago. Fragmento da análise de um caso de histeria (1905[1901]). pp.2-74.
- Freud, S. (1996/1906-1908). *"Gradiva" de Jensen e outros trabalhos* (vol. IX). Imago. Algumas observações gerais sobre ataques histéricos. pp.120-123.
- Freud, S. (1996/1911-1913). *O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos* (vol. XII). Imago. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (dementia paranoides) (1911). pp.2-48.
- Freud, S. (1996/1913-1914). *Totem e tabu e outros trabalhos* (vol. XIII). Imago. O interesse científico da psicanálise (1913). Parte I - O interesse psicológico da psicanálise. pp.115-122.
- Freud, S. (1996/1916-1917). *Conferências introdutórias sobre psicanálise* (Partes III) (vol. XVI). Imago. Conferência XX A vida sexual dos seres humanos. pp.41-52.
- Freud, S. (1996/1923). O ego e o id. In *Obras completas* (vol. XIX, pp. 15-82). Imago.

- Freud, S. (1996/1925-1926). *Um estudo autobiográfico, Inibições, sintomas e ansiedade, A questão da análise leiga e outros trabalhos* (vol. XX). Imago. Inibições, Sintomas e Ansiedade I. pp.54-97.
- Freud, S. (1996/1937-1939). *Moisés e o monoteísmo. Esboço de psicanálise e outros trabalhos* (vol. XXXIII). Imago. Análise Terminável e Interminável. pp. 138-163.
- Garcia-Roza, L. A. (1991). *Pesquisa do tipo teórico*. Recuperado de <https://doceru.com/doc/nnx81vn>
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. Atlas.
- Giles, N. C. (2007). Sobre o conceito de angústia em Freud. *Revista da Associação Psicanalítica*, 1, 11-21.
- Gomez, G. E. (2010). Estudio sobre la angustia en la obra de Freud. Últimas concepciones (1926-1939). *Desde el Jardín de Freud*, 10, 167-184.
- Gutiérrez-Terrazas, J. (2002). O conceito de pulsão de morte na obra de Freud. *Ágora*, 5(1), 91-100.
- Irmen, F. (2009). *Langenscheidts Taschenwörterbuch: der portugiesischen und deutschen sprache*. Langenscheidt.
- Klajnman, D. L. (2022). *A realidade psíquica na neurose e na psicose: de Freud a Lacan*. CRV.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (Eds.). (2008a). Verbete trauma ou traumatismo (psíquico). In *Vocabulário da psicanálise* (pp. 522-527). Martins Fontes.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (Eds.). (2008b). Verbete pulsões de morte. In *Vocabulário da psicanálise* (pp. 407-413). Martins Fontes.
- Leite, S. (2011). *Angústia*. Zahar.
- Lustoza, R. Z. (2015). A natureza secreta do estranho: uma interpretação lacaniana da angústia em Freud. *Psicologia – Ciência e Profissão*, 35(2), 473-487.
- Medina, S. G. P. (2020). Freud x Lacan: ¿Dualidad o complementariedad en el estudio de la angustia? *Horizonte de la Ciencia*, 10(18), 1-9.
- Minayo, M. C. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Hucitec.
- Pisetta, M. A. A. M. (2008). Considerações sobre as teorias da angústia em Freud. *Psicologia – Ciência e Profissão (Impresso)*, 28, 404 - 417.
- Rodrigues, M. S., & Munõz, N. M. (2020). Entre angústia e ato: desafios para o manejo da urgência subjetiva na clínica psicanalítica. *Ágora*, 23, 90-98.
- Sterian, A. (2001). *Emergências psiquiátricas*. Casa do Psicólogo.
- Uchitel, M. (2001). *Neurose traumática: uma revisão crítica do conceito de trauma*. Casa do Psicólogo.