

A angústia na e da pandemia*

Anguish in and of the pandemic

Clarice Medeiros¹

RESUMO

A pandemia do Covid-19 desorganizou os laços sociais e os modos particulares de se estar na vida e, em função disso, gerou uma preocupação internacional sobre a assistência à saúde mental. A velocidade com que coronavírus se alastra e seus distintos impactos na saúde de cada um, podendo ocasionar na morte, não acompanha o esforço científico em produzir um saber sobre o vírus, estando sempre aquém. Com isso, carecemos de um envelope discursivo, o que propicia a disseminação de casos de angústia. Esse afeto provoca alterações corporais e não pode ser dito, pois sinaliza um desmoronamento dos enquadres que sustentavam o sujeito na vida. Nesse sentido, a angústia sinaliza a irrupção do real, daquilo é fora de sentido e engendra uma urgência. A aposta da clínica psicanalítica é que seja possível uma subjetivação da urgência por meio de um manejo do tempo de forma disponível e serena por parte do analista.

Palavras-chave: Angústia; Urgência Subjetiva; Psicanálise; Pandemia.

ABSTRACT

The Covid-19 pandemic disrupted social ties and particular ways of being in life, and as a result, there was international concern about mental health care. The speed with which coronavirus spreads and its different impacts on the health of each one, which may cause death, does not accompany the scientific effort to produce knowledge about the virus, always falling short. Thus, we have a lack of discursive envelope, which promotes the spread of anguish cases. This affection causes bodily changes and cannot be said, as it signals a collapse of the frameworks that sustained the subject in life. In this sense, anguish signals the irruption of the real, that which is meaningless and engenders an urgency. The psychoanalytic clinic bets that it is possible to subjectify the urgency through available and serene time management by the analyst.

Keywords: anguish, subjective urgency, psychoanalysis, pandemic.

71

¹ Docente da graduação em Psicologia e da Pós-Graduação Lato Sensu em Teoria Psicanalítica e Prática Clínico-institucional. Doutora em Psicologia Clínica (PUC-Rio). E-mail: mdrsclarice@gmail.com

Introdução

A pandemia do Coronavírus, instalada em março de 2020, originou uma grande preocupação com a saúde mental. Essa geração nunca havia experienciado algo com tamanha magnitude e expansão. A taxa de mortalidade da COVID-19 é maior do que as gripes periódicas, as quais frequentemente, enfrentamos. A falta de imunização humana frente a esse vírus e sua elevada facilidade de propagação têm caracterizado a pandemia como um problema de saúde de caráter nacional e internacional. A demanda populacional por assistência nos serviços públicos e privados de saúde coloca estes sistemas em colapso (FARO et. al., 2020). Tanto o ser humano não tem imunidade para combater esse vírus, quanto não há saber prévio para combatê-lo e tratá-lo.

Um acontecimento como esse gera impactos sociais e psicológicos e mobilizam um grande espectro de saberes para construir soluções possíveis e lutar a favor da vida. Diante disso, Faro (et al. 2020) ressalta que, além do medo de contrair a doença, a COVID-19 tem provocado sensação de insegurança e incerteza em todos os aspectos da vida, tanto no âmbito coletivo quanto no individual, impondo alterações significativas no modo de se relacionar com o outro e com o cuidado de si. Especificamente no que se refere à saúde mental, na opinião dos autores, as sequelas de uma pandemia são maiores do que o número de mortes.

Apesar do alerta para a necessidade de olhar para a saúde mental da população, usualmente, os

esforços das autoridades têm se voltado para a leitura e compreensão do modo de funcionamento viral a fim de produzir respostas biológicas eficazes, e pouca atenção tem sido depreendida para às questões da saúde mental. Além das diversas ações que envolvem o processo de enfrentamento e contenção de um surto pandêmico, também é importante garantir à população uma assistência apropriada em saúde mental, englobando ações voltadas a minimizar o sofrimento ocasionado (FARO et al., 2020).

Como a pandemia desorganizou os laços sociais e os modos particulares de se estar na vida, os profissionais “psi” notaram um aumento de narrativas de estresse, de depressão, de solidão, de fobia, de angústia, entre outras. Importante lembrar que Freud (1930/1996) marcou que o mal-estar humano advém de três frentes: da natureza, do próprio corpo e dos relacionamentos. A pandemia parece atacar-nos nessas três direções: da natureza, como aquilo que é o próprio surgimento viral e seu alastramento; do nosso corpo, que sucumbe, muitas vezes, a incidência do vírus, podendo acarretar a morte; nos relacionamentos humanos, que, em uma tentativa de conter a proliferação viral, obtivemos como recurso o isolamento, mas ficando uns restritos ao grupo nuclear numa convivência intensa e outros sem poderem estar com seus familiares e entes queridos, provocando sofrimento.

No presente artigo, exploraremos a eclosão de narrativas sobre a angústia com o advento da pandemia, compreendendo-a a partir de uma leitura psicanalítica para pensar

posteriormente o que se pode escutar dessas histórias e como podemos pensar a direção do tratamento.

Frente ao perigo: angústia

É evidente que o surgimento de casos de angústia não é correlato ao advento da pandemia. O que nos chama a atenção é como esse afeto parece estar ainda mais preponderante nas narrativas clínicas. O rápido alastramento viral e os diferentes impactos em cada um colocam em xeque os arranjos psíquicos construídos para lidar com as intempéries da vida.

A angústia é abordada na teoria psicanalítica desde os escritos iniciais freudianos, aparecendo primeiramente relacionada à sexualidade. Freud (1894/1996) supunha que a neurose de angústia seria causada pela interrupção da relação sexual. O advento da angústia é correlato a um processo quase exclusivamente somático, pois a excitação sexual é provocada, mas não é satisfeita. A conversão da libido em angústia assinala o fracasso do aparelho psíquico em metabolizar o excesso de excitação. Desse modo, neste tempo, a angústia era interpretada como uma manifestação corporal que não encontrou inscrição psíquica. A excitação sexual rejeitada ou não utilizada pelo eu encontrava uma descarga direta no corpo sob a forma de angústia.

Anos mais tarde, Freud propõe uma nova leitura para a angústia, não relacionando-a diretamente à sexualidade, mas à perda do objeto. No ensaio *Inibição, Sintoma e Angústia*, Freud (1926/1996, p.128) descreve que

a “angústia é uma reação a uma situação de perigo”. Na angústia neurótica, há um perigo desconhecido que culmina no afeto da angústia. O psicanalista realiza uma breve distinção entre o medo e a angústia, colocando que no medo há um objeto definido, enquanto na angústia, esse objeto é indefinido. Diante da situação de perigo, eclode ou uma reação afetiva ou uma ação protetora, que em certos momentos podem cooperar entre si, dando o sinal para que a outra surja, mas em outros pode ocorrer que uma reação se sobreponha a outra. Desse modo, Freud (1926/1996) descreve dois tipos de angústia, uma involuntária e automática, justificada sob fundamentos econômicos (excesso) que ocorreria em uma situação análoga ao nascimento, e outra produzida pelo eu que procura restringir a experiência aflitiva a um sinal.

Nesse ensaio, a angústia se apresenta articulada ao desamparo, uma condição primária do ser humano. A angústia passa a ser definida como um estado afetivo com um acentuado caráter de desprazer, que pode ser liberado ou automaticamente como uma vivência traumática ou como um sinal que possibilita ao eu uma tentativa evitar reviver a situação traumática ou o desamparo originário (LEITE, 2011).

De uma forma ou de outra, na angústia, há um perigo real, mas o afeto que lhe é referente é excedente, de modo que há uma incongruência entre a situação de perigo e a sensação dela acarretada. A angústia refere-se à “estimativa do paciente quanto à sua própria força em comparação ao perigo

e no seu relacionamento de desamparo em face desse perigo” (FREUD, 1926/1996, p. 161). A angústia sinaliza ao eu a possibilidade de que uma situação de desamparo advenha originando um tempo de espera. Enquanto sinal, a angústia é expectativa e repetição. De modo sintético, Freud (1926/1996, p. 162) expõe: “uma situação de perigo é uma situação reconhecida, lembrada e esperada do desamparo. A angústia é a reação original ao desamparo no trauma, sendo reproduzida depois da situação de perigo como um sinal em busca de ajuda”. Há, portanto, um deslocamento da situação original de desamparo que engendrou a angústia para uma expectativa de repetição dessa situação, ou seja, o perigo.

O eu é a sede real da angústia e sinaliza uma situação de perigo. Ele se defende de um perigo interno (pulsão) do mesmo modo que faz de um externo com a ajuda da emissão do sinal de angústia. Mas qual seria o perigo? Freud (1926/1996) defende que há algumas possibilidades: o perigo do desamparo psíquico quando o eu do sujeito ainda é imaturo; o perigo da perda do objeto até a primeira infância, quando o sujeito se acha na dependência de outros; o perigo de castração até a fase fálica; e o medo do *supereu*, até o período de latência. Todas essas situações são determinantes da angústia e podem subsistir lado a lado. De um modo ou de outro, o perigo em causa é o de castração ou de algo que lhe é *remontável*, uma perda, uma separação. A angústia aparece como uma reação à possibilidade da perda do objeto

amado, valioso. Em outros termos, “o perigo de que se trata [...] é um perigo preciso ligado à perda de um objeto cujo caráter é ser separável do corpo. [...] A situação de perigo é o corte na carne, a queda, a separação, a perda do objeto” (SOUZA, 2005, p. 18).

Estruturalmente e de forma atualizada, a angústia emerge nos momentos de separação, de corte, de perda e remetem a separação primeira do Outro², ao mesmo tempo, em que o sujeito se perde. A questão é colocada como “Ele pode me perder?”, “Pode o Outro me perder?”, que suscita a angústia. A angústia eclode nos momentos em que o sujeito é obrigado a ceder algo que ele gostaria de reter, cuja a perda “lhe ameaça de queda, desmoronamento, morte” (SOUZA, 2005, p. 19). O sujeito busca evitar uma angústia que lhe parece como um desmoronamento do seu mundo.

Um afeto que se sente

A angústia precisa Freud (1926/1996, p. 131) é “algo que se sente”, ou seja, é um afeto corporal que se apresenta sob a forma de: coração acelerado, falta de ar, aperto no peito, sudorese, entre outras características. Nas proposições lacanianas sobre a angústia, o psicanalista postula que ela é um afeto e não uma emoção. A angústia pode ser definida como algo que sente, uma sensação que acompanha um acentuado desprazer. Importante ressaltar que nem todo

² O Outro na teoria psicanalítica lacianiana é a linguagem, o campo simbólico, que comumente aparece para a criança pela figura da mãe, como primeira cuidadora.

desprazer é experienciado como angústia. Para diferenciá-la dos demais afetos, precisamos reconhecer que a angústia se manifesta em sensações físicas mais ou menos definidas e geralmente está referida a alguns órgãos corporais específicos (órgãos respiratórios e coração) (LEITE, 2011).

O psicanalista Jacques Lacan dedica um seminário seu para pensar a angústia, fazendo retomadas do percurso freudiano. Desse modo, a angústia é um afeto que não engana, um pré-sentimento, algo anterior a qualquer sentimento e que anuncia alguma coisa. Na angústia, o sujeito é comprimido, “afetado e implicado no mais íntimo de si mesmo” (LEITE, 2011, p. 39).

Para compreender a angústia na perspectiva lacaniana, é preciso, de saída, considerar que o ser humano é marcado desde o início pelo desamparo e pela dependência ao Outro. O Outro, como campo simbólico, precede a existência do sujeito e também a ultrapassa. O que humaniza o bebê não é atender a todas as suas necessidades, mas a falha do Outro nos cuidados, o que transmite a sua incompletude. Nesse sentido, a angústia participa do processo de constituição subjetiva, uma vez que o sujeito se constitui a partir do lugar do Outro. A angústia surge quando algo emerge no lugar aonde algo deveria faltar, falhar. Esta falta – o objeto *a* enquanto perdido e causador do desejo – sustenta a imagem corporal e quando algo aparece aí provoca um desmoronamento da imagem de si (LEITE, 2011). Para Lacan (1962-1963/2005, p. 64), a angústia, então, não é propriamente o sinal de uma

perda tal como Freud propôs, mas a presença de algo que aparece duplicado, “por ser a falta de apoio dada pela falta”. No caso da criança, o que lhe é angustiante é quando a possibilidade da falta que instaura o campo do desejo é perturbada e ela mesmo se perturba porque não há a possibilidade da falta. Não se trata, na interpretação de Lacan, da perda do objeto, mas da presença dos objetos que não faltam.

A emergência do objeto *a* indica o desaparecimento do objeto amado, conhecido, constituído imaginariamente pelo investimento da libido, do desejo, e, por isso, esse desmoronamento da imagem especular poderia acarretar até mesmo instantes de despersonalização. O surgimento da angústia configura-se como um sinal do desaparecimento momentâneo de toda referência identificatória. Ao participar da constituição subjetiva, a angústia é uma vivência que suspende os pilares em que o sujeito se sustentava e indica a incompletude constitutiva, herdada do Outro, e a necessidade de reinscrição do desejo como expressão do movimento da vida. A angústia emerge quando, num dado momento, se impossibilita uma resposta à questão: “O que o Outro quer de mim? O que sou para o Outro?”, causando uma desorientação em razão da identificação, exigindo que o sujeito se situe novamente em relação ao seu desejo (LEITE, 2011).

A angústia lança o sujeito em um tempo sem palavras, um tempo em que há uma vacilação dos enquadres em que ele se apoia na vida. Súbito, de repente, do nada, são expressões que

frequentemente ouvimos daquele que experimenta a angústia e as quais Lacan (1962-1963/2005) articula com a dimensão do estranho (*unheimlich*). Surge, na cena do mundo, algo que não pode ser dito. A angústia é o surgimento da dimensão do familiar (*heimlich*), da vacilação daquilo que sempre funciona e por isso ela é um corte em que aparece o inesperado, o pressentimento de algo.

Enquanto no primeiro tempo da formulação lacaniana, a angústia é situada entre o simbólico e o imaginário e referida ao objeto e ao desejo tal como descrevemos, em um outro momento, o psicanalista a localiza entre o real e o imaginário³, mais precisamente como um “transbordamento da esfera do real sobre o imaginário” (SOLER 2000/2012, p. 52). A angústia como sinal é o da irreducibilidade do real. É nesse sentido que, dentre todos os sinais, ela é o que não engana. A angústia aparece como um acontecimento de real e, como tal, “trata-se de um instante que faz corte no vetor do tempo significantizado” (SOLER, 2000/2012, p. 56). Quando experienciamos a angústia, há uma sensação de suspensão temporal correlata a uma petrificação motora.

A angústia tem como marca ser um afeto corporal e remete ao fato de que o ser humano é reduzido a seu

³ Jacques Lacan propõe três registros da experiência: o real, o simbólico e o imaginário. De maneira sintética, o real é aquilo que não pode ser simbolizado – sem sentido –, o simbólico é o campo da linguagem – rede significantes que comportam uma equivocidade do sentido – e o imaginário, aquilo que é da imagem – enraíza um sentido.

corpo, corpo fadado a decadência e dissolução, como sinaliza Freud (1930/1996). Por isso, Lacan (1974/2002, p. 18) afirma que “a angústia é justamente alguma coisa que se situa alhures em nosso corpo, é o sentimento que surge dessa suspeita que nos vem de nos reduzirmos ao nosso corpo”. Essa suspeita diz respeito ao medo de nos depararmos com esse corpo sem amarração simbólica. Com a invasão do real no imaginário do corpo, há a desintegração da imagem corporal. A realidade do sujeito fica então ancorada, amarrada ao corpo, tal como a angústia. Em outros termos, como “destituído, o sujeito que se reduz a seu corpo, ele é destituído como sujeito; o seu corpo não é destituído, ele simplesmente está lá.” (SOLER, 2001/2012, p. 106). Desse modo, a angústia revela um afeto que provoca alterações no corpo e que não pode ser dita, pois sinaliza justamente o que não se enquadra, o que não faz sintoma, o que não é significante, e faz-se presente desde o nascimento até a morte.

O Outro em ruína

Na terminologia psiquiátrica, as crises de angústia emergem sobre a nomenclatura de ataque de pânico ou síndrome de pânico. O pânico se transformou em uma modalidade destacada do mal-estar. Na atualidade, na opinião de Birman (2014), o corpo é o único bem do cidadão, pois todos os outros ou desapareceram ou foram relativizados em seu valor. Como consequência, a saúde se transformou em um ideal supremo e, com a pandemia, reconhecemos esse bem

atacado, fragilizado, em massa. O autor descreve novas modalidades de mal-estar começaram a emergir a partir de 1970 e nos anos 1990 eclodiram. No lugar das antigas modalidades de sofrimento centradas no conflito psíquico descritas por Freud, o mal-estar na atualidade se localiza nos registros do corpo, da ação e da intensidade. Importante ressaltar que não há uma hierarquia entre essas manifestações e comumente elas se apresentam de forma combinada, mas em alguns momentos pode haver uma preponderância de uma sobre a outra. Em um quadro de síndrome de pânico, as pessoas narram uma sensação de angústia de morte, o que as paralisa, as deixa sem reação: “o fantasma da morte se impõe como uma certeza iminente” (BIRMAN, 2014, p. 73).

Soler (2015-2016/2018) define o pânico como um afeto que aparece diante de uma situação de aflição. O pânico refere-se a uma angústia que não produz uma fobia, pois não cria um significante. Frente ao pânico, faltam recursos, como o da fuga, recurso mais primitivo para lidar com um perigo exterior; não há escapatória. Com o perigo interno é diferente, não há como fugir da excitação pulsional.

Nos dramas coletivos, encontramos uma fuga física... as pessoas correndo quando se deparam com o perigo. A eclosão do real pode provocar um pânico, que desorganiza, desfaz planejamentos e as programações, sejam individuais, sejam coletivas. Aquele que está em pânico é aquele que está sem recursos simbólicos, sem o recurso do discurso, momentaneamente ou de forma

durável, ele é “uma ruptura temporária da economia subjetiva” (SOLER, 2015/2016/2018, p. 220).

Soler (2015-2016/2018) defende que, nos dramas coletivos, como nos casos de atentados, guerras, por exemplo, há a vontade do Outro, o desejo do Outro, o gozo do Outro, ou seja, há alguma história, como um sacrifício de vida ou a necessidade de dominar um povo, que produz um envelope discursivo à experiência mortífera. Há algo que permite alguma circunscrição do real.

Nesse sentido, a autora delimita dois tipos de angústia, aquela que advém do Outro e a da falta do Outro: angústia diante do Outro, angústia da ausência do Outro. No primeiro caso, trata-se da falta do Outro, estrutural e estruturante, em amar completamente, em atender totalmente a demanda: “ele falta eternamente no que tange a responder ao sujeito, mas essa falta é estrutural: ela decorre da linguagem do Outro que fala, o simbólico, portanto, é furado” (SOLER, 2015/2016/2018, p. 27). No segundo caso, os outros perigos, reais, não são programados, previstos, são da ordem do acaso, gerando a angústia diante de uma ausência do Outro.

Laurent (2020) comenta que atualmente vivemos em um tempo de um certo impasse do discurso da ciência, que não consegue mais apaziguar as angústias do sujeito. Esse sujeito é confrontado com o Outro em ruína. O autor situa

é a partir da inexistência do Outro que garantiria o real da ciência que surge um outro real para o sujeito que vive na linguagem. É esse real

da angústia, da esperança, do amor, do ódio, da loucura e da debilidade mental. Todos esses afetos e paixões estarão no encontro marcado da nossa confrontação com o vírus; eles acompanham, como suas sombras, as “provas” científicas. (LAURENT, 2020, s/p).

Desse modo, no caso da pandemia, carecemos de um envelope discursivo, apesar do esforço científico de produzir algum saber sobre o vírus, propiciando o surgimento de narrativas atravessadas pela angústia. Soler (2015-2016/2018, p. 215) pontua que o perigo tem relação mais direta com a morte “ao mesmo tempo imposta e violenta, seja porque o próprio sujeito chegou perto dela, como se diz, ou porque perdeu seus entes próximos”.

O que estamos procurando demonstrar é que, na experiência do pânico ou nas crises de angústia, a relação com a linguagem está eclipsada e há uma predominância do sem-sentido, do real, vivenciado como uma proximidade da morte. A angústia é o afeto que eclode de todo acontecimento real. Um real fora do simbólico e do imaginário, um real sem o Outro e o pânico é correlato a um esburacamento discursivo que o indivíduo experimenta como uma sensação de morte.

Sobre a subjetivação da urgência

Quando a angústia irrompe, há um fracasso em lidar com o real e é isso que Freud propõe, em outros termos, quando coloca que há uma precariedade do aparelho psíquico em lidar com o perigo. Junto à angústia, eclode um tempo de urgência, que se expressa como uma ruptura aguda, uma

quebra de equilíbrio com a vida que se tinha, quebra dos laços, quebra com o pensamento, quebra com seu corpo. É uma irrupção do real, do fora de sentido, que conduz o sujeito ao abismo (SOTELO, 2009).

Freud (1895/1996) descreveu o estado de urgência de vida como um momento em que o bebê é tomado por um excesso de energia e que ele tenta dar conta disso por via da motricidade, porém não é bem-sucedido, precisando que venha um outro interpretar seu choro e seus movimentos descoordenados e, por meio de uma ação específica, propiciar a descarga da tensão. Ao fazer isso, o pequeno sujeito, mais do que estar sendo atendido em suas necessidades básicas e vitais, está sendo inserido na ordem simbólica, e, portanto, no campo da demanda e do desejo. Lacan (1959/2008, p. 60), em sua releitura dos escritos freudianos, destaca o termo usado em alemão *Not dès Lebens*: “fórmula infinitamente mais forte. Alguma coisa que quer. [...] A pressão, a urgência. O estado de *Not* é o estado de urgência da vida”.

A clínica da urgência, portanto, é a clínica das pessoas que, no momento de desespero, não falam, não articulam a fala ao dizer e, por isso, para Barreto (2004), a urgência pode ser definida como uma ruptura aguda da cadeia significante, ruptura que tem como consequência a destituição selvagem do sujeito, passando à posição de objeto. Nesse sentido, segundo Moura (2000), a clínica da urgência não veicula uma demanda, ela é puro chamado e apelo.

A psicanálise, ao escutar o chamado da urgência, vai articular a pressa exigida pela situação ao tempo do sujeito que precisará advir, lançando a pergunta “quem é esse sujeito?”; o trabalho é para que possa advir a demanda. Um paciente por si só não constitui uma urgência, de modo que o que está em jogo não são “as coisas por fazer”, mas sim “as coisas por dizer” (LEGUIL, 1988, s/p.).

Para Maron (2012), trata-se de fazer emergir algo novo para o sujeito a partir da urgência e isso só é possível se ela não for abafada ou abordada com uma resposta única, padronizada. A não padronização do chamado convoca a escuta do analista, independente da roupagem apresentada e aposta para o surgimento do sujeito desejante. Trata-se aqui de “passar a urgência segundo um Outro à urgência do sujeito” (BARRETO, 2004, p. 1) ou ainda “transformar a urgência em urgência subjetiva” (MARON, 2012, p. 27).

Na medida em que o ser falante abriga um fora do sentido, ou seja, a impossibilidade do significante de dizer quem ele é, a questão da psicanálise e do psicanalista é a de verificar como cada sujeito pode lidar com a dimensão do real. Por outro lado, a urgência ajuda a compreender o que ocorre quando a montagem encontrada pelo sujeito para lidar com o real se desarticula e o sujeito perde seu quadro de realidade (MARON, 2012).

Nessa clínica, a intervenção do analista aposta para a produção da passagem do excesso a uma narrativa subjetiva que inclua o real. A ação do analista visa, portanto, abrir uma brecha para que um novo laço se

estabeleça e um caminho novo se construa a partir daquilo que o sujeito experimentou como urgência: “mais do que oferecer a escuta para conferir sentido, o analista se coloca como parceiro para as invenções que cada sujeito lança mão para se aparelhar e se haver com o fora de sentido” (MARON, 2012, p. 27).

Considerações finais

A pandemia do COVID-19 desorganizou os pilares em que a sociedade e o indivíduos se apoiavam. As narrativas de angústia demonstram a irrupção do real, disso que não se insere dentro do nosso psiquismo e fica sempre aquém de uma possibilidade de simbolização. Como um afeto que se sente, a angústia denota uma suspensão temporal que impõe uma expectativa, originando em uma sensação de desintegração corporal.

Como sinal da irrupção do real, a angústia impõe uma urgência e não uma emergência. Há nela uma situação crítica de perigo que exige dos profissionais uma pronta-reposta, pois há uma possibilidade de risco de vida. Já na urgência, há um tempo que urge, que clama, mas possui um caráter menos imediatista do que na emergência. Aproximamos aqui angústia e urgência, compreendendo que há uma aposta no advento do sujeito, que está em suspenso nesses casos. O manejo desse tempo permite a subjetivação disso que urge.

Lacan (1962-1963/2005, p. 13) faz uma provocação aos analistas ao dizer que “sentir o que o sujeito pode suportar de angústia os põe à prova

todo o instante”. Besset (2002) reitera a responsabilidade do analista frente aos casos de angústia pelos efeitos que ele produz. É importante um manejo clínico que não produza mais angústia e, para isso, a autora propõe uma posição de disponibilidade ancorada em uma serenidade. A disponibilidade

refere-se a escutar as particularidades e singularidades de cada paciente, enquanto a serenidade implicaria um manejo do tempo que não faça eclodir mais angústia. Desse modo, cada sessão é um modo de aparelhar o sujeito diante do impossível de suportar do real.

Referências

BARRETO, F. P. A urgência subjetiva na saúde mental. **Opção Lacaniana Revista brasileira internacional de psicanálise**. n. 40, 47-51, São Paulo: Edições Eólia, 2004.

BESSET. V.L. A clínica da angústia. **Angústia**. São Paulo: Escuta, 2002.

BIRMAN, J. **O sujeito na contemporaneidade. Espaço, dor e desalento na atualidade**. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 2014.

FARO, André et al. COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 37, e200074, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2020000100507&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 de abril 2021.

FREUD. S. (1894). Rascunho E: como se origina a angústia. J. Strachey (ed.) **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira**, Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos. v. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1895) Projeto para uma psicologia científica. J. Strachey (ed.) **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira**. Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos. v. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1926) Inibições, Sintomas e Angústia. J. Strachey (ed.) **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira, um estudo autobiográfico, Inibições, Sintomas e Angústia**. A questão da análise leiga e outros trabalhos, vol. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1930) O mal-estar na civilização. J. Strachey (ed.) **Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição Standard Brasileira**. O futuro de uma ilusão, o mal-estar na civilização e outros trabalhos. Vol. XXI Rio de Janeiro: Imago, 1996.

LACAN. J. (1962-1963). **O seminário: livro 10, A angústia**, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005

LACAN, J. (1974). **Conferência A terceira**. Cadernos Lacan. Porto Alegre: APOA, 2002.

LAURENT, E. **A epidemia e seus comitês**, 2020. Disponível em https://www.ebp.org.br/correio_express/2020/03/28/o-outro-que-nao-existe-e-seus-comites-cientificos/

LEITE, S. Angústia. **Coleção psicanálise passo-a-passo**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2011.

LEGUIL, F. Reflexiones sobre la urgência. **La Urgencia. El Psicoanalista en la Práctica Hospitalaria**. Buenos Aires: Ricardo Vergara Ediciones, 1988.

MARON, G. Introdução: urgência sem emergência? **Urgência sem emergência?** Rio de Janeiro: Subservos, 2012.

MOURA, M. D. Introdução. **Psicanálise e Hospital**. Revinter: Rio de Janeiro, 2000.

SOLER, C. **Adventos do real: da angústia ao sintoma**. São Paulo: Aller Editora, 2018.

SOLER, C. **Declinações da angústia: curso 2000-2001**. São Paulo: Escuta, 2012.

SOTELO, I. Introduccion. **Perspectivas de la clínica de la urgência**. Buenos Aires: Grama ediciones, 2009.

SOUZA, N. S. A angústia na experiência analítica. In: Hanna e Souza (orgs.). **O objeto da angústia**. Rio de Janeiro: 7letras, 2005, p. 15-31.

82

O(s) autor(es) se responsabiliza(m) pelo conteúdo e opiniões expressos no presente artigo, além disso declara(m) que a pesquisa é original.

Recebido em 23/04/2021

Aprovado em 18/06/2021