ISSN 1413-389X

Temas em Psicologia da SBP - 2001, Vol 9 nº 2, 137-143

A clínica da angústia: um lugar para o sujeito[1]

Vera Lopes Besset
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Resumo

A *angústia* é um *fenômeno* que intriga os estudiosos da natureza humana. Na psicanálise, a *angústia* se impõe, desde seus primórdios, como um *fenômeno clínico* que desafia o saber médico. Seu caráter de excesso, dado que é algo que escapa à palavra, levou Freud a concebê-la, de início, como sendo de transformação de libido, impedida de escoamento pelo recalque. Neste texto, pretende-se indicar as relações da angústia com o desejo, a partir de sua presença nas patologias que se apresentam na clínica contemporânea. Nesse sentido, interessa-nos apontar a importância da preservação dessa dimensão subjetiva no percurso de um tratamento, considerando-se que se trata de conduzir um sujeito em direção ao desvelamento daquilo que o causa enquanto tal. Parafraseando Lacan, que nos convidou a não recuar diante da psicose, diríamos que nos cabe, hoje, não recuar diante da angústia.

Palavras-chave: psicanálise, angustia, clínica contemporânea.

The anguish clinic: a place for the subject

Abstract

Anguish is a phenomenon that intrigues the scholars of human nature. In psychoanalysis, anguish has imposed itself as a clinical phenomenon which dares medical knowledge since the beginning. Its excessive character, being something which cannot be put in words, led Freud to conceive it, since the beginning, as the transformation of a "one more" of libido kept from flowing because of repression. This text, intends to indicate the relation between anguish and desire, since they are present in the pathologies that are presented in the contemporaneous clinic. In this sense, it interests us to point out the importance of preservation of this subjective dimension during a treatment, considering that such a treatment leads the subject to reveal the factors that make him/her be what s/he actually is. Paraphrasing Lacan, who invited us not to draw back from psychosis, we would say that today, we shouldn't draw back from anguish.

Key words: stereotype, segregation, gender, make-believe games.

---

1. Texto apresentado, em sua versão original, no Simpósio *Psicopatologia: questões atuais da clínica psicanalítica*, XXX Reunião Anual de Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia, Brasília - DF, outubro de 2000.

Endereço para correspondência: Travessa Euricles de Matos, 24, Laranjeiras, cep 22240-010, Rio de Janeiro-RJ, e-mail: besset@openlink.com.br

Apoio financeiro: CNPq.

Angústia e corpo: afeto

A *angústia* é um fenômeno que intriga os estudiosos da natureza humana desde a modernidade. A filosofia, primeiro, e a psicanálise, em seguida, fizeram dela uma *questão* (Baas, 2000). Na segunda metade do século XIX, KierKegaard (1985/1844) formulou-a como um conceito, entendendo-a como uma *vertigem* que se relacionava à *liberdade*. Heidegger, na primeira metade do século XX, postulou que o homem, enquanto *ser-para-a-morte*, era essencialmente *angústia* (Araújo, 2000).

Na psicanálise, a *angústia* se impõe, desde seus primórdios, como *fenômeno clínico* que desafia o saber médico (Besset, Nigri e Almeida, 1999). Isto tanto em sua forma *pura* de manifestação, sob a forma de um sofrimento no corpo, como *transformada* em sintomas: os de *conversão*, na histeria e aqueles que afetam os *pensamentos*, na neurose obsessiva.

Sua relação estreita com o corpo levou Freud, num primeiro momento, a fazer dela um fenômeno circunscrito ao *físico*. No Rascunho E, escrito possivelmente em 1894, o autor afirmava: "Enquanto situada no físico, o que produz angústia era um fator físico da vida sexual." (Freud, 1950/1988, p. 229). Nesse primeiro momento de sua conceituação, a *angústia* é concebida como uma *tensão*, de caráter *sexual*, que não conseguia ligar-se psiquicamente, ou seja, transformar-se em *afeto sexual* ou *libido psíquica*. Além disso, caracteriza uma neurose específica, a *neurose de angústia* (Freud, 1988/1895), cujas manifestações se assemelhavam à *conversão*, própria da histeria. Todavia, ao contrário da neurose de *angústia*, onde o *afeto* não admite "nenhuma *derivação psíquica*" (Freud, 1988/1895, p. 107), na histeria trata-se de uma excitação *psíquica* que toma uma via *falsa*, a do somático (Freud, Idem, p. 234).

O que está em jogo na *angústia*, então, tanto no *afeto* quanto na *neurose* de mesmo nome, é uma *incapacidade* do psiquismo em reagir, através de *ação adequada*, ao estímulo, tanto exógeno, no primeiro caso, quanto endógeno, no segundo caso (Idem, p. 112). Em ambos, trata-se do impedimento da *estimulação sexual* transformar-se em *libido psíquica*. É esta "não ligação" que nos leva a afirmar que, na *angústia*, há ausência de *simbolização*. Daí seu caráter de *excesso*, de algo que *escapa à palavra*, que desafia nosso *fazer* na clínica. Para Lacan, esta é uma das definições do *real*, aquilo que não pode ser apreendido pelo *simbólico*.

A angústia, fenômeno que se manifesta no corpo, escapa à apreensão pelo significante e à dimensão de *engano* que a substituição de significantes inaugura, engendrando múltiplas significações. Geralmente, no terreno dos afetos, mais propriamente chamados "sentimentos", o sujeito é induzido a erros de *julgamento* – sobre o que lhe ocorre – com bastante freqüência. Nesse contexto, a angústia se destaca como o único *afeto* que "não engana" (Lacan, 1962-1963). Não engana o *sujeito* sobre seu estatuto de objeto *a*, em sua *ex-sistência* no significante. De tal maneira que, em momento tardio de seu ensino, no qual inclui a dimensão do corpo em sua reflexão sobre o sujeito, o mesmo autor formula: "De que temos medo? Do nosso corpo. É o que manifesta esse fenômeno curioso sobre o qual fiz um seminário durante um ano e chama-se angústia. A angústia é, precisamente, algo que se situa em nosso corpo, em outra parte, é o sentimento que surge da suspeita que nos embarga de que nos reduzimos a nosso corpo". (Lacan, 1988, p. 172).

A questão das relações da *angústia* com o corpo perpassa toda a obra freudiana, de modo que a encontramos trabalhada, no âmbito do estudo sobre a *fobia*, a partir do conceito de *castração* (Freud, 1987/1926). Na ocasião, é a retomada do caso Hans que está na base da mudança de teorização sobre esse fenômeno, nesse que consideramos um terceiro momento de formalização. Assim, o que antes era

conseqüência do recalque, agora apresenta-se como *causa* do mesmo: *angústia*. *Angústia* que o autor entende como um *sinal* de um perigo especificamente pulsional. É o que a *fobia* presentifica, pela substituição do objeto temido. Nesse caso específico, a *angústia* tem um *nome* e um *sentido*, que nele se deixa entrever. Em suma, trata-se de angústia "ligada" a uma representação.

Ao contrário, é de uma "angústia livremente flutuante", diversa dessa que se apresenta nas fobias, que Freud nos fala num momento anterior, considerado aqui como segundo, em termos de sua conceituação sobre a angústia. Nesse momento, entende a angústia como *libido* transformada, em conseqüência do *recalque* (Freud, 1987/1916). Nessa *angústia* "livremente flutuante", a ausência de *simbolização* que assinalamos anteriormente como própria a este *afeto* é prevalente, já que se apresenta *não-ligada* a qualquer *representação*.

Nos três momentos de teorização freudiana que assinalamos neste texto, a angústia caracteriza-se diversamente em função de apresentar-se ou não "ligada" psiquicamente, ou seja, a representações. Teorização compatível com o que se convencionou chamar as duas teorias da angústia em Freud, posto que essas últimas postulam os princípios da etiologia desse afeto de acordo com suas relações com o processo de *recalque*. O interesse das descrições freudianas que sublinhamos aqui é sua relevância clínica, a operacionalidade que revelam. Nas diversas patologias com as quais nos defrontamos na atualidade, por exemplo, reconhecemos a modalidade de angústia que Freud denomina de "livremente flutuante". Veremos, adiante, ao abordar dados da clínica, como é crucial esse *fator*, posto que a direção do tratamento psicanalítico da angústia tem como objetivo a mudança das relações de um sujeito com isso que, do psíquico, lhe *afeta* o corpo. Para tanto, é necessário que a angústia possa adquirir, para esse sujeito, um valor de *sinal*, não de uma doença, mas de seu *desejo*, a partir do assinalamento, muitas vezes, de um *gozo* no qual ele não se reconhece até então.

Parece-nos que é desse tipo de *angústia* que Lacan tenta dar conta por ocasião de seu seminário sobre o tema (Lacan, 1962-1963). Nesse momento, o autor dá ênfase à *falta de sentido* situada no cerne da *angústia* pela via do *sem sentido* presente no encontro com o *desejo do Outro*. Desse modo, insere-a na lógica da *castração*, nome freudiano do *desejo do Outro*. O sentido que faltaria, então, ao sujeito, nessa lógica da teorização lacaniana, viria do significante que, do lugar do Outro, poderia nomeá-lo, dando a ele um lugar de sujeito diante desse Outro. Ou ainda, daria a significação que esse sujeito tem para o Outro. Mas, diante do desejo, somente como *objeto* é possível se situar e é essa *certeza* que angustia o sujeito.

Para esclarecer seus propósitos, Lacan vale-se do apólogo do *Louva-Deus* (Lacan, 1962-1963): diante do animal fêmea – inseto que devora seu par após o acasalamento – um *sujeito* se encontra portando justamente uma máscara que pode induzir o inseto em questão ao erro. Sem saber qual máscara – que pode ser a de um *Louva-Deus* macho – cobre sua figura, já que a mesma impede a visão do olhar deste Outro, o sujeito *angustia*-se, sem saber a sorte que o espera, pois esta pode ser a de *objeto sexual* reduzido a simples "libra de carne" a ser devorada. Essa ficção ilustra bem o *enigma* forma sob o qual se reveste, para o *sujeito*, a questão de seu estatuto, seu valor, para o Outro.

A angústia na clínica

É sob a forma de um sofrimento no corpo que se observa, com freqüência na clínica hoje (Miller e Laurent, 2000), a manifestação de uma "angústia livremente flutuante". Uma *angústia* reduzida a sua

forma mais *simples*, a partir da qual nenhum *sentido* se anuncia. Angústia desprovida da característica de *sinal*, de um desejo a partir do qual algo do sujeito pode a este se desvelar (Coelho dos Santos, 2000). Sinal do desejo do Outro, ponto de ancoragem do *sujeito* na busca do que lhe é mais íntimo e estranho (Freud, 1988/1919). Ausência de "ligação" que impede o delineamento de um *sentido* e sugere a falta de referência ao *falo* enquanto *signo* do desejo do Outro. *Angústia* que está presente nas patologias contemporâneos sob a forma do *pânico*, em muitos aspectos similar à clássica "crise de *angústia*", descrita por Freud nos primórdios da psicanálise (Besset, 2001c).

A clínica da histeria, sempre pródiga em ensinamentos no que se refere aos fenômenos que concernem à *angústia* e o corpo nos ajudam a explicitar o que queremos trazer para a discussão. Dela extraímos dados de um caso clínico onde se apresentam manifestações da *angústia* afetando corpo, mas também em ações intempestivas, nas quais o *sujeito* parece ausente, submisso e impotente. Sintomas que denunciam um *prazer* mais além do princípio que regula seu funcionamento, desprazer que satisfaz e faz sofrer (Freud, 1989/1920). Vamos aos dados.

Glória chega ao consultório impelida pelo rompimento de uma ligação amorosa que ela mesma aponta como fator desencadeante de seu sofrimento e iniciativa, pois diz que há muito necessita de um tratamento. Tem quase cinqüenta anos, mas sua aparência é jovem e "sarada", como se diz entre os que cultuam o corpo entre nós. É uma mulher bonita, em pleno vigor de sua idade, mas com um temor que ressoa como "típicamente" masculino: "Meu maior medo é perder meu tesão!"

Apesar de tratar-se de uma neurose, o *quadro* apresentava-se como grave, com "ausências" que a faziam, por vezes, dar-se conta de que estava em um lugar sem ter noção de como chegara lá. Igualmente, relatou ter sido vítima, há algum tempo, da *doença do pânico*. Na ocasião, fez um curso de curso de *controle da mente*. Atualmente, a cada vez que os sinais do *pânico* se avizinham, coloca em prática as técnicas que aprendeu. No entanto, assustada com o sofrimento que a invade, inicia a rotina de três entrevistas semanais, que respeita com rigor, há mais de um ano e meio. Nesse tempo, a *angústia* cedeu e uma mudança subjetiva importante está em vias de se delinear.

Logo no início das entrevistas, a paciente informou estar sendo medicada por uma amiga, psiquiatra. Interessei-me pelo assunto, assim como por tudo que se referia ao que ela fazia com o *corpo*: remédios e malhação essencialmente. Era no corpo que se localizava a dor maior. Uma forte *dor* no peito, de forma crônica, acompanhava-a sem cessar ou irrompia em alguns momentos, lancinante. Descartada a hipótese de um mal físico, tomou-se a *dor* como manifestação de *angústia* (Berlinck, 1999).

Foi justamente essa *dor* que originou, por parte dessa mulher, a demanda de *socorro* endereçada a um *suposto-saber*. Suposto-saber que o analista aceita encarnar, emprestando sua pessoa ao fenômeno da transferência (Lacan, 1966), reduzindo-se a um *significante*, que se substitui sempre a outro na cadeia inaugurada por Freud. Suposição que se sustenta na *douta-ignorância* da posição do analista a respeito do saber que se articula a partir do dito analisante, na cadeia dos significantes de sua história.

No contexto dessa experiência para Glória se delineia uma ligação entre *dor* e afastamento do namorado, a cada vez que este se dá, mas igualmente quando tudo não passa de uma ameaça. Ameaça que parece implicar um *abandono*, com risco de *aniquilamento*. Assim, nos momentos de rompimento, continuamente repetidos, de forma quase monótona, a

dor atinge seu mais alto grau. Quando isso ocorre, somente "um abraço dele", afirma, pode aliviar o sofrimento. Um abraço dele...Dele quem? Pergunta a analista.

Essa e outras questões, onde a dimensão de significante se marcava, possibilitando às palavras significar *outra coisa*, tiveram como efeito implicar o sujeito no trabalho de produção de *saber*. A partir disso, da articulação dos significantes em sua fala, vem à *cena* a série de homens *amados*: pai, namorados, marido, amantes. Todos falhos, fracos e, nos últimos anos, também desempregados, *fracassados*. Homens que não ganham dinheiro ou o perdem, bebem muito, mas estão sempre dispostos quando se trata de *sexo*. Amados por ela, tão sofredora quanto *poderosa*, segundo o apelido que lhe fora conferido por amigos. Um dos primeiros efeitos desse engajamento no trabalho pela via da palavra, de transferência, foi o *desvelamento* da inutilidade da ingestão do medicamento *anti-angústia*: "se a dor aumenta ou diminui de acordo com as coisas que falo aqui, esse remédio não serve para nada."

A clínica da angústia

Assinale-se que, num primeiro momento do tratamento, a *angústia* tinha para esse sujeito o estatuto do *sinal* de uma doença, um sintoma no sentido médico do termo, *signo* de que algo vai mal, não *funciona* bem. Isto quer dizer que, nesse estágio, a *angústia* se assemelhava a qualquer outro *sintoma corporal* e indicava apenas uma disfunção ou desregramento do corpo ou psiquismo. Ou seja, não fazia entrever para o *sujeito* algo que pudesse reconhecer como seu, nem indicava um saber sobre seu sofrimento. No entanto, a partir da queixa e da demanda de alívio, aos poucos, a *promessa* de um *sentido* possível começou a delinear-se.

A oferta de simbolização, de acesso a uma significação a partir do que se apresentava como sofrimento, trouxe como efeito o apaziguamento do *afeto* em excesso, que parecia colocar o sujeito numa situação similar ao *desamparo* (Pereira, 1999). Desamparo que, como o próprio termo indica, define uma posição onde falta ao sujeito qualquer recurso para lidar com o que lhe invade e faz sofrer. Ao mesmo tempo, esse *oferecimento* de sentido criou as condições para a instauração dessa experiência de fala, um tratamento analítico onde a *angústia* ocupa um lugar central.

É respeitando a *angústia* como algo inerente ao humano e *sinal* daquilo que do *desejo* se revela como *estranho* ao eu, imagem na qual o sujeito se reconhece, que se pode seguir na via inaugurada por Freud. Prosseguir para além do objetivo terapêutico, de alívio puro e simples de alívio do sofrimento, *apaziguamento*. Pois, se a angústia pode ser *sinal*, nossa clínica indica que esse pode ser o da irrupção de um *gozo* inesperado e ignorado pelo sujeito (Forbes, 1999). Nesse sentido, é preciosa a indicação de Lacan, quando afirma que o *desejo* pode ser um remédio para a *angústia* (Lacan, 1991). O lugar do *sujeito* aí se adivinha, se o fazemos coincidir com o do *desejo* (Besset, 1997).

Nesse sentido, trata-se de uma decisão ética a aceitação de um *sujeito* em análise. É preciso que à *responsabilidade* do analista se agregue a *responsabilidade* daquele que demanda sua escuta. Dito de outro modo, *responsabilidade* pelas conseqüências de sua *fala* no percurso da construção de um *saber fazer* com o que é da ordem do *impossível*. *Impossível* da castração, por sua *ex-sistência* na linguagem, *impossível* da satisfação do *desejo*, para sempre interditado e infantil. *Impossível* de um real que a

angústia presentifica, mas o *amor*, muitas vezes, escamoteia (Besset, 2001a).

Sendo assim, a *experiência analítica* releva de um trajeto que vai da *impotência* à *impossibilidade*, ou seja, da posição de *não-poder* querer à possibilidade de buscar aquilo que se *deseja* a partir do *não-todo* saber (Besset, 1998). Nesse tempo, é inevitável o surgimento da *angústia*, face ao que escapa ao sujeito em sua dimensão de significante (Miller, 1998). Sobretudo, quando se considera que, na transferência, ao longo do tratamento, o analista ocupa, em dado momento, a posição de objeto causa de desejo – objeto *a* – para o sujeito que lhe fala. Nessa perspectiva, que concebe a cena analítica fora dos limites de uma *intersubjetividade* (Lacan, 1991), supõe-se que nela compareçam um sujeito e seus objetos (de desejo), um sujeito e o objeto (*a*) causa de desejo. Assim, nessa *experiência*, o analista, ao ocupar o lugar de *a*, objeto causa de desejo, objeto da angústia por excelência, provoca, causa a *angústia*.

Na clínica, é preciso sublinhar, trata-se da *angústia* do sujeito, pois somente ela pode ser *motor* do tratamento. Ao analista, indicaríamos, seguindo Freud, uma diretiva, enunciada aqui em termos de *regra geral*: o analista deve respeitar a *abstinência* quanto a sua *angústia*. Isto, no que concerne suas *intervenções*, sobretudo no que tange a seu *ato*. *Ato* desvinculado da *angústia*, distintamente da *ação*, posto que nele a referência a um *desejo* de sujeito se encontra excluída.

Separação radical, então, relação de exclusão entre dois lugares ocupados na clínica: de um lado, o de um sujeito *demandante* e, de outro, o do *analista*, cujo *desejo* opera no sentido de fazer avançar o tratamento. Nesse sentido, o *ato analítico* se distingue da *ação* inspirada na *angústia*, notadamente o *acting-out* e a *passagem ao ato*, que se encontram do lado do sujeito. Por outro lado, é a questão que deixamos em aberto, supomos que o exercício de uma tal *abstinência* deve estar atrelada à *formação do analista* (Besset, 2001b) e, por conseqüência, ancorada a um *final de análise* que supõe uma mudança de suas relações com sua *angústia*, em consonância com a mudança das relações do sujeito com seu modo particular de *gozo* (Leguil, 1993).

Na psicanálise, distintamente da psiquiatria e psicoterapias, o tratamento da angústia visa à *positivação* desse afeto, não sua supressão, como buscamos demonstrar ao longo desse texto. Desse modo, do estatuto de puro sofrimento e sem *sentido*, algo do qual o sujeito quer se livrar, a angústia, pode alcançar o estatuto de um *sinal* privilegiado. Nesse contexto, para poder *tratar* a angústia é preciso torná-la *sinal* para um sujeito, sinal de algo que lhe é íntimo e desconhecido, que lhe concerne de forma particular. A proposta de trabalho clínico que se delineia nesse sentido é, uma vez aplacada a angústia excessiva, que paralisa o sujeito, proceder-se à mudança do *valor* agregado a esse afeto. Observe-se, no entanto, que estamos nos referindo, no escopo deste trabalho, à clínica das neurose. Lembremos que a possibilidade de que a angústia se torne *sinal* depende de suas relações com o *recalque*, ou seja, de uma relação do sujeito com a castração que se insere em um "não querer saber". Nos casos de psicose, onde a angústia se apresenta sob a modalidade *automática*, muitas vezes, avassaladora e a possibilidade de simbolização da castração está excluída, é mais de um apaziguamento da angústia que se trata, com o recurso, inclusive, do uso de medicamentos, ministrada por profissionais, psiquiatras, autorizados e competentes para tanto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo, J. N. G. (2000). Angústia: da filosofia e da psicanálise ao social [Resumo]. Em Guzzo, R.S.L. (org.), Anais. *VIII Simpósio Brasileiro de Pesquisa e*

Intercâmbio Científico. Resumos (p. 101). Serra Negra: ANPEPP.

Baas, B. (2000). A angústia e a verdade (A. L. Lutterbach-Holck, Trad) *Latusa, 4/5*, 248-281.

Berlinck, M. T. (1999). A dor. Em M. T. Berlinck (org.), *A dor* (pp. 7-22). São Paulo: Escuta.

Besset, V. L. (1997). "Quem sou eu?" A questão do sujeito na clínica psicanalítica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 49* (4), 64-71.

Besset, V. L. (1998). Adolescência, sexualidade e subjetividade. *Psychê, 2*, 71-78.

Besset, V. L. (2001a). Amor de dor: Rima do gozo? *Opção Lacaniana, 32*, 65-68.

Besset, V. L. (2001b). Quando o desejo é *remédio* para a angústia: considerações sobre a *formação* do analista. *Latusa 6*, 159-168.

Besset, V. L. (2001c). Sobre a fobia e o pânico: o que pode um analista? *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, 4* (1), 19-26.

Besset, V. L.; Nigri, K. K. e Almeida, L. P. (1999). A fobia e o pânico em suas relações com a angústia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 15*, 177-180.

Coelho dos Santos, T. (2000). De que desejo do Outro a angústia é sinal? *Latusa, 4/5*, 173-196.

Forbes, J. (1999). *Da palavra ao gesto do analista*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Freud, S. (1987). 25 conferencia. La angustia. Em *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 16, pp. 357-374). Buenos Aires: Amorrortu (Originalmente publicado em 1916).

Freud, S. (1987). Inhibición, síntoma y angustia. Em *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 20, pp. 71-164). Buenos Aires: Amorrortu (Originalmente publicado em 1926).

Freud, S. (1988). Sobre la justificatión de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de "neurosis de angustia". Em Em *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 3, pp. 85-115). Buenos Aires: Amorrortu (Originalmente publicado em 1895).

Freud, S. (1988). Lo ominoso. Em *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 17, pp. 217-251). Buenos Aires: Amorrortu (Originalmente publicado em 1919).

Freud, S. (1988). Manuscrito E. Como se genera la angustia? Em *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 1, pp. 228-234). Buenos Aires: Amorrortu (Originalmente publicado em 1950).

Freud, S. (1989). Más allá del principio de placer. Em *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 1-63). Buenos Aires: Amorrortu (Originalmente publicado em 1920).

Kierkegaard, S. (1985). *Le concept de l'angoisse*. Paris: Idées/Gallimard (Originalmente publicado em 1844).

Lacan, J. (1962-1963). *Seminaire: L'angoisse*. Paris: Editions de l'Association Freudienne Internationale (Publication hors commerce, 2000).

Lacan, J. (1966). La direction de la cure et les principes de son pouvoir. Em *Ecrits* (pp. 585-645). Paris: Seuil.

Lacan, J. (1988). La tercera. Em *Intervencyones y textos* (pp. 159-187). Buenos Aires: Manantial.

Lacan, J. (1991). *Le séminaire: Livre VIII*. Paris: Seuil.

Leguil, F. (1993). *A entrada em análise e sua articulação com a saída. Seminário*. Salvador: Forum Iniciativa Escola/Delegação Brasileira da Associação Mundial de Psicanálise/ Fundação Gregório de Mattos/ Prefeitura de Salvador.

Miller, J. A. (1998). Le sinthome, um mixte de symptôme et fantasme. *La Cause Freudienne, 39*, 7-17.

Miller, J.A. e Laurent, E. (2000). I<a Goces sin Outro. Em V. Gorali (org.), *Estudios de anorexia y bulimia* (pp.11-42). Buenos Aires: Atuel.

Pereira, M. E. C. (1999). *Pânico e desamparo*. São Paulo: Escuta.

Recebido em: 29/10/2000
Aceito em: 20/12/2002