

Efeitos vivificantes do ar puro: ansiedade, psicanálise e setting

Life-giving effects of fresh air: anxiety, psychoanalysis and setting

Marcos de Moura Oliveira*¹
Ludmilla Tassano Pitrowsky*²

1

O presente trabalho apresenta uma construção teórica acerca da respiração e suas possíveis articulações com a ansiedade. A pesquisa foi realizada por meio da revisão de literatura psicanalítica, tendo como disparador o texto “Efeitos vivificantes do ar puro”, de Sándor Ferenczi, em diálogo com os campos da medicina e psicossomática psicanalítica. A ansiedade é apresentada como conceito fundamental pela relação entre ataques de ansiedade e a alteração respiratória, e isto é analisado a partir da teoria psicanalítica. A dupla função dos órgãos consiste em funcionamento vital e lúdico. A intensidade de investimento pulsional ao órgão demonstra como são possíveis tanto o prazer da respiração quanto o colapso do sistema respiratório. Por fim, apresentamos uma construção sobre o ar no setting analítico como elemento transversal à transferência, e uma possível contribuição à clínica.

Palavras-chave: Transferência, respiração, psicossomática psicanalítica, clínica contemporânea

*¹ Universidade do Vale do Paraíba – UNIVAP (São José dos Campos, SP, Brasil).

*² Universidade de São Paulo – USP (São Paulo, SP, Brasil).



Introdução

Atentar-se para a especificidade da clínica contemporânea, levar em conta as diferenças culturais e geracionais, digerir os conteúdos de autores que produziram em tempos diferentes dos atuais e elaborar conceitos para que façam sentido na clínica que se apresenta diante de cada analista são desafios necessários para qualquer analista. São demandas que nos desconfortam, mas que possibilitam a criação de um *setting* que se adapta ao sofrimento do nosso paciente, e não o contrário.

2 A crescente chegada em nossos consultórios de pacientes com descontroles severos no campo do corpo e os diagnósticos cada vez mais focados em sintomatologias físicas para que os remédios possam ter efeitos e serem prescritos, impõe ao analista que se perceba o sujeito para além desses atravessamentos discursivos. O que muitas vezes pode não ser possível, visto o número cada vez maior de terapias e propostas de cura que se enquadram nos atravessamentos médicos. O analista não trata do corpo, ele trata da mente. Mas, e se só há corpo?

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem tido a preocupação de propor campanhas de conscientização a respeito das principais doenças que afligem a população em geral. Usando dados estatísticos, os meses são classificados em cores para caracterizar campanhas que direcionam um olhar de urgência para doenças em crescimento. Janeiro é o mês branco, de conscientização sobre a saúde mental: “Saúde Mental enquanto há tempo! O que fazer, agora?” (Opas, 2022) foi o tema da campanha Janeiro Branco em 2024.

Segundo dados da OMS e da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), no primeiro ano da pandemia de Covid-19, a prevalência global de ansiedade e depressão aumentou em 25%, e o campeão mundial de casos de transtorno de ansiedade foi o Brasil:

aproximadamente 9,3% dos brasileiros sofrem de ansiedade patológica. Em seguida, aparece o Paraguai (7,6%), Noruega (7,4%), Nova Zelândia (7,3%) e Austrália (7%) (cf. Carvalho, 2023). Não será possível aqui discutir os possíveis motivos dessa alta prevalência de transtornos ansiosos em nosso país, mas vamos procurar pensar de que maneira a psicanálise possuiria ferramentas em seu corpo teórico-clínico para tratar sujeitos tão tomados por sintomas físicos ansiosos, principalmente no que diz respeito à respiração.

Procuraremos discutir, então, de que maneira pensar a respiração do sujeito em sua constituição psíquica, na sua cultura, no seu ambiente, mas, principalmente, no *setting* analítico que olha e escuta esse sintoma. O respirar ansioso em análise é também uma forma de discurso, uma maneira de comunicar suas angústias e processos traumáticos. O ar que circula dentro do paciente, também circula no *setting*, também circula dentro do analista. Dessa forma, é possível pensarmos no *setting* analítico como um lugar de ar puro?

A ansiedade na psicanálise ou a psicanálise da ansiedade?

É suposto que o psicanalista saiba do que e como se trata a ansiedade, não só pela especificidade sintomática desse ataque interno, mas também pela insistência desse modo de sofrimento na contemporaneidade. Mas essa suposição é atravessada, pois o termo não é comum nas principais publicações do campo e algumas confusões são muito presentes. Primeiro, é importante entender que o termo que se aproxima dessa referência em Freud é mais próximo, na verdade, da angústia: *Angst*, em alemão, diz de um temor, um conflito irracional. E, apesar de Freud utilizar-se desse termo e falar sobre o sintoma ao longo de quase toda sua teoria, é em 1926 que percebemos um aprofundamento mais claro.

Mas bem antes da publicação de “Inibição, sintoma e angústia” em 1926, no período pré-psicanalítico, Freud acreditava que a angústia possuía sua origem no processo de recalque, de maneira que, ao separar a representação do afeto, este restaria como energia solta no psiquismo e geraria a sintomatologia característica de sua apresentação: o aceleração cardíaco, o aperto na garganta, o mal-estar sem explicação objetiva, tremores e até desconfortos estomacais. Com o estudo e tratamento dos casos publicados em “Estudos sobre a histeria” (Breuer & Freud, 1893-85/1996), a distinção entre os destinos do afeto não recalcados para fora da consciência era fundamental para categorização diagnóstica. Caso a maior parte do afeto separado

da representação fosse convertido em sintoma somático, estaríamos diante de uma histeria de conversão; e quando a maior quantidade de afeto não era convertida, ficando solta e dismórfica no psiquismo, entender-se-ia uma histeria de angústia.

Embora essa classificação ajudasse na organização didática dos casos, o que era realmente observado, segundo Freud, era uma mescla entre as duas apresentações, de maneira que a angústia e a sintomatologia corporal estavam presentes na maioria dos casos. Também podemos concluir que, mesmo que a descrição da angústia tenha um caráter mais subjetivo, quase etéreo, a apresentação clínica sempre pareceu bastante corporal. Encontramos uma passagem interessante no caso Katharina, justamente por mostrar o entendimento freudiano a respeito da angústia, onde a paciente relata seus sintomas e dúvidas:

— Bem, e de que é que você sofre?

— Sinto muita falta de ar. Nem sempre. Mas às vezes ela me apanha de tal forma que acho que vou ficar sufocada.

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.

— Sente-se aqui. Como são as coisas quando você fica “sem ar”?

— Acontece de repente. Antes de tudo, parece que há alguma coisa pressionando meus olhos. Minha cabeça fica muito pesada, há um zumbido horrível e fico tão tonta que quase chego a cair. Então alguma coisa me esmaga o peito a tal ponto que quase não consigo respirar.

— E não nota nada na garganta?

— Minha garganta fica apertada, como se eu fosse sufocar. (Breuer & Freud, 1893-95/1996, p. 157)

Percebemos a maneira como a angústia é eminentemente corporal, mas sua desorganização nada tem de orgânica. Neste mesmo caso clínico, Freud evidencia a associação que faz entre a histeria e a história traumática das pacientes, o que no decorrer da sua construção teórica será de suma importância para a criação da psicanálise. Os adoecimentos psíquicos estão presentes no corpo, apontando para a cisão analítica fundamental entre a consciência e o inconsciente, entre o organicismo e o simbólico. Entre o abandono da sugestão, a descrença nas suas históricas e a organização edípica, entendemos a costura primordial de Freud, em observação clínica e autoanálise, percebendo a relação transferencial não só como pano de fundo das atuações e discursos, mas principalmente como método de tratamento.

Quando em 1914, na tentativa de resolver o problema teórico-clínico da psicose, Freud delineia um Ego eminentemente corporal e resultado de identificações, percebemos, então, que será impossível dissociar o corpo dos processos psíquicos dali em diante. O Ego não só será sempre uma invenção do outro, mas também o lugar da ansiedade, da angústia, das defesas e não-defesas. Desamparado diante dos objetos internos e externos, colapso e construção estarão sempre presentes na cena vital.

Em 1926, Freud mostra que na ansiedade temos um Ego que reage, passiva e ativamente, a uma reação de perigo eminente. Ao sinal de perigo, o Ego sente a ansiedade com o objetivo de fugir ou evitar. Por conta disso, Freud destaca as duas principais apresentações da sensação de ansiedade: o desprazer e a sensação física. Indissociáveis, ao que parece, esses dois elementos compõem sintomas das neuroses traumáticas, reafirmando a relação direta que desenvolve em praticamente toda sua obra entre os sintomas neuróticos mais graves e as cenas traumáticas mais infantis — cenas totalmente internas, diferentemente daquelas nos quadros de histeria de angústia, que faz uma projeção perceptual externa. A ansiedade nas neuroses traumáticas marca a presença de um perigo que vem de dentro do sujeito e o ataca tal como na primeira cena.

Mas as sensações físicas referidas na ansiedade, segundo Freud, não estão localizadas em qualquer órgão. São órgãos específicos quase sempre eleitos para expressão da crise psíquica: “Os mais claros e mais frequentes são os ligados aos órgãos respiratórios e ao coração” (Freud, 1926/1996c, p. 140). Percebemos desta maneira ainda hoje na clínica, como vimos anteriormente. O sofrimento cardiorrespiratório desses sujeitos é intenso e sem contorno, pois não encontra referência coerente na realidade objetiva.

Diante disso, a questão que se coloca é justamente o porquê da eleição dessa trilha específica corporal para a descarga do desprazer psíquico, já que a partir do estudo da histeria por Freud aprendemos que qualquer parte do corpo pode ser transformada em órgão de descarga. Nesse mesmo texto de 1926 Freud considera a hipótese apresentada por Otto Rank em 1923 a respeito do trauma no nascimento. Segundo Rank, todos nós estaríamos marcados por um trauma fundamental e constituinte que seria o nascimento, uma separação primitiva e a mais radical mudança ambiental. O parto marca uma descontinuidade, uma ruptura, entre um entorno seguro e aquático, para um mundo de estímulos e trocas gasosas.

O nascer da criança produziria uma reação corporal semelhante aos estados de ansiedade, o choque do contato com os estímulos luminosos

e auditivos, a exigência da adaptação pulmonar a uma nova forma de troca gasosa para sobrevivência, as reações químicas que o corpo precisa fazer para se reorganizar e até o grito primevo. O primeiro ataque que esse corpo sofre é o excesso de estímulos que se impõem e a intensidade que, sem muito bem saber como, precisa dar conta. Freud (1926/1996c) então, entende: “Dessa forma, no nascimento é provável que a inervação, ao ser dirigida para os órgãos respiratórios, esteja preparando o caminho para a atividade dos pulmões, e, ao acelerar as pulsações do coração, esteja ajudando a manter o sangue isento de substâncias tóxicas” (p. 149).

Os seguimentos e proposições de Rank não são absorvidas por Freud, pois além de radicalizar a origem de toda e qualquer neurose no nascimento, o autor também defende uma via clínica quase ab-reativa. Para Freud, apesar do sentido sintomático corresponder ao suposto trauma do nascimento, o ataque que o Ego sofre nas crises ansiosas são de origem superegoica e o grande perigo que o aflige é a castração.

6 O que precisamos marcar aqui também é a importância do desamparo na questão da ansiedade. Para além de uma condição fundamental, é curioso como a sensação/percepção da eminência de um excesso produz a reação ansiosa. Desde 1920 Freud especifica a união de dois fatores fundamentais para que o trauma aconteça: o desamparo egoico e o excesso de estímulos. Seguindo essa mesma trilha, em 1926, observamos que o excesso não necessariamente precisa ser percebido. Mas sim, a mera sensação do desamparo proporcionaria as sensações físicas correlatas à ansiedade sinal. O sinal é, na verdade, a fragilidade egoica diante da qual qualquer estímulo seria excessivo e, portanto, perigoso.

E é nesse sentido que a ansiedade representa uma tentativa protetiva desse psiquismo, um aviso de que algo ameaça destruir o Ego, o perigo castratório do Superego e os excessos pulsionais do Id. A partir da ansiedade, será possível acionar defesas e reconstruir as cenas fundamentais:

Podemos também acrescentar que a geração de ansiedade põe a geração de sintomas em movimento e é, na realidade, um requisito prévio dela, pois se o ego não despertasse a instância de prazer-desprazer gerando ansiedade, não conseguiria a força para paralisar o processo que se está preparando no id e que ameaça com perigo. (Breuer & Freud, 1893-95/1996, p. 170)

A partir disso, podemos tentar entender de que maneira a psicanálise de Freud e Ferenczi pode contribuir para a compreensão e o tratamento de sintomas corpóreos específicos do fenômeno ansioso. Os processos

traumáticos, a ameaça da clivagem e a atuação do analista, assuntos preciosos para este fim, são foco de pesquisa de Sándor Ferenczi, em continuidades e rupturas com o pensamento freudiano.

A respiração em relação com a ansiedade

A relação entre a respiração e os modos de expressão do psiquismo é notável frente a qualquer observação. A falta de ar, sensação de sufocamento, estado ofegante, respiração profunda, e até mesmo o respirar automático do qual um sujeito não se dá conta ao discorrer de um dia monótono, são facilmente articuláveis com determinados estados psíquicos.

Todavia, o uso do conhecimento acerca da respiração no trabalho com quadros de transtornos de ansiedade e pânico geralmente se limita à prática de certas técnicas respiratórias como exercício de controle das pulsões articuladas ao estado emocional pela via corpórea.

Em 1917, Sándor Ferenczi alertava para a incidência de adoecimentos psíquicos causados por intervenções corporais. As “patoneuroses” (Ferenczi, 1917/2011b) foram observadas primeiramente acerca de procedimentos médicos que desencadearam estados psicóticos, e depois foram estendidas ao estudo das neuroses de guerra, nas quais os soldados sobreviventes comumente desenvolviam sintomas relacionados aos traumas de guerra.

Esta retomada é importante para que possamos embasar o raciocínio que se segue: é sabido que os estudos de Ferenczi o levaram à conceituação de uma teoria psicanalítica dos traumas (1928/2011f; 1929/2011g; 1930/2011h; 1931/2011i; 1933/2011j), que consiste em trabalhar pela via psíquica as consequências somáticas da interligação do sofrimento subjetivo entre essas duas instâncias. Acerca da técnica, nos ateremos mais adiante. Procederemos aqui com uma leitura acerca do fenômeno da respiração pelo caminho enunciado.

Ferenczi já demonstrara seu interesse pelo tema da respiração. Em um ensaio nomeado “Efeito vivificante e efeito curativo do ‘ar fresco’ e do ‘bom ar’”, declarou:

É um fato comprovado pela experiência que uma pessoa sente-se mal num recinto mal arejado, que cheira a bafio, e nos lugares superlotados, ao passo que ao ar livre, sobretudo nas florestas, nos campos ou nas montanhas, sente-se revigorada. Por essa razão é que os médicos enviam para o “ar puro” aqueles

pacientes que têm grande necessidade de repouso e, em muitas doenças, a estada ao ar livre é expressamente recomendada a título de remédio, com indiscutível êxito. (Ferenczi, 1918/2011c, p. 377)

Entretanto, aos recursos da época, é declarada pelo autor a dificuldade dos médicos de compreender o porquê dos efeitos diferentes de certos ares sobre o estado das pessoas, visto que em um exame das necessidades bioquímicas, mesmo um ambiente abafado é capaz de cumprir as necessidades fisiológicas do corpo.

Após uma explicação sobre como os seios nasais se abrem e possibilitam uma respiração mais lenta a partir da integração entre pulmões e as vias respiratórias na inspiração do ar fresco e/ou perfumado, e o inverso, a contração e respiração mais rápida como consequência do ar carregado, Ferenczi (1918/2011c) declara que:

A fisiologia concebe o organismo como uma simples *máquina para trabalhar*, cuja única preocupação é realizar o máximo de trabalho útil com o mínimo de consumo de energia, quando o organismo também é feito de *alegria de viver* e esforça-se, por conseguinte, por obter o máximo *de prazer* possível para cada órgão e para o organismo como um todo, ignorando com frequência, quando assim procede, a economia recomendada pelo princípio da utilidade. (p. 380; itálicos do original)

A respiração, nesta leitura, cumpre a dupla função de manutenção da vida e, na linha do “ar puro”, a obtenção de prazer aos órgãos relacionados. Considerando a oxigenação do sangue arterial e seu fluxo corporal, é possível estabelecer o prazer de respirar o bom ar como um prazer do corpo todo, ou, nas palavras de Ferenczi (1926/2011d), “Aquilo a que chamam o ‘bem-estar físico da boa saúde’ está estritamente vinculado ao sentimento de prazer que resulta do bom funcionamento dos órgãos” (p. 416).

Considerando-se, desta forma, a questão da respiração como o investimento pulsional nos órgãos envolvidos no processo respiratório, a respiração relacionada a um ataque de ansiedade ou pânico diferencia-se do prazer de uma respiração profunda de bom ar em seu *quantum* de pulsão. Em ambas a pulsão flui, mas para que os órgãos se desestabilizem, a pulsão flui de maneira mais acelerada, ou seja, os órgãos são sobrecarregados de excitação.

Ferenczi ainda nos relembra que “A palavra ‘excitação’ já traduz o prazer que se liga ao processo patológico” (p. 417), ou seja, retoma-se a compreensão psicanalítica do princípio de prazer (Freud, 1911/1996a) de que o prazer é a descarga de pulsão e o desprazer é o acúmulo da mesma.

A respiração descontrolada, que perde o ritmo e, em alguns casos, se reflete como sensação de sufocamento, vem da avalanche pulsional de uma crise de ansiedade ou pânico que se descarrega no aparelho respiratório, para além do campo do prazer, interferindo na função vital, conforme exposto pelo autor:

Estudos psicanalíticos constataram que precisamente nas neuroses de órgão esse funcionamento erótico ou lúdico de um órgão pode adquirir uma importância excessiva, a ponto de perturbar até sua atividade útil propriamente dita! Em geral, isso produz-se quando a sexualidade é perturbada por razões psíquicas. (Ferenczi, 1926/2011d, p. 417)

Mas de que modo poderíamos estabelecer um olhar propriamente psicanalítico em contrapartida a qualquer natureza de leitura corporal ou uso de exercícios corporais? Observe-se a seguinte citação:

Finalmente, vale a pena lembrar que nossa relação com o ar que nos cerca obedece exatamente ao mesmo padrão. Utilizamos o ar, e, de fato, não podemos viver sem ele; inalamos-lo, retirando partes dele e as utilizamos de acordo com nossas necessidades e, depois de nele colocar as substâncias das quais queremos nos livrar, exalamos-lo — sem dar a menor atenção. De fato, precisamos dele, e enquanto ele existir, em quantidade e qualidade suficientes, não lhe damos nenhuma atenção. Esse tipo de entorno simplesmente deve estar ali, e enquanto estiver — por exemplo, se tivermos suficiente ar — damos como certa sua existência, não o consideramos como um objeto, isto é, separado de nós; simplesmente o utilizamos. A situação muda de forma abrupta se o entorno se alterar — se, por exemplo, no caso do adulto, o suprimento de ar sofrer alguma interferência — quando, o aparentemente não investido entorno irá assumir uma imensa importância, isto é, tornar-se-á aparentemente seu verdadeiro investimento latente. (Balint, 1968/2014, p. 81)

Balint utiliza o ar como uma metáfora do que nomeou como relações de substância, a base de sua teoria do “amor primário”. Para esse autor, o bebê se relaciona com o mundo neste modelo, moldando-o como uma substância à forma de seu bel-prazer, em oposição às relações de objeto, nas quais estes últimos têm forma sólida.

Esta análise, proposta na citação como metáfora ao amor primário, possibilita três elementos para a análise da respiração em *setting* analítico. O primeiro é a forma como o sujeito respira, como reação ao próprio ar e à relação substancial. Uma substância que cumpre sua função não é sentida. A face natural do respirar é o automatismo, tanto o prazer em respirar profundamente quanto as dificuldades respiratórias enunciam um investimento pulsional, seja pela via de prazer ou desprazer. E considerando-se que

toda pulsão se movimenta na fronteira entre o psiquismo e o corpo (Freud, 1915/1996b), as alterações no fluxo respiratório ocorrem paralelas a alguma alteração psíquica, seja pela via do psiquismo para o corpo, ou do corpo para o psiquismo — o pânico gerado por um mal funcionamento respiratório e a expectativa de morte.

Nosso segundo elemento é o aspecto plural do ar como substância, ou seja, analista e analisando compartilham, na materialidade, o mesmo ar. A via da contratransferência evidencia isto quando se pensa, por exemplo, em quem socorre uma pessoa acometida por algum mal-estar súbito. Excluindo-se aqueles que, por via de profissão ligada à medicina, estão naturalizados com o cenário, uma pessoa que presta socorro rapidamente coloca seu corpo em estado de alerta, o que acarreta uma alteração respiratória. Não se trata de qualquer natureza de sincronismo entre as dificuldades respiratórias das duas partes, mas de uma alteração natural que acontece pela via do ar compartilhado, que pode favorecer a prática do “sentir com” (Ferenczi, 1928/2011f) o paciente a partir de uma contratransferência respiratória.

O terceiro elemento consiste em uma observação do próprio Balint, que estabelece o analista como substância no *setting*, ou seja, o analista também é respirado por seu analisando.

A substância, o analista, não deve resistir, deve consentir; não deve dar origem a muito atrito, deve aceitar e transpor o paciente durante certo tempo; deve provar ser mais ou menos indestrutível; não deve insistir em manter limites nítidos, permitindo o desenvolvimento de uma espécie de mistura entre o paciente e ele próprio. (Balint, 1968/2014, p. 149)

Esta última observação pode ser constatada acerca da internalização que alguns pacientes fazem de seus analistas, como uma voz interna que aconselha, ou a partir de sonhos. Conforme dito anteriormente, não se trata de uma sincronização do respirar, mas de um identificar o outro por meio do ar compartilhado, das respirações, e de, por meio do manejo substancial, tornar-se o próprio ar que já não mais se diferencia dos pulmões que o respiram.

A crise respiratória de ordem psicossomática manifesta uma incapacidade de processar a substância ar, pois, psiquicamente, algo da ordem das relações de substância, que deveria fluir de forma natural e imperceptível, torna-se falha, torna-se objeto, impossível de ser sintetizado pelo aparelho respiratório. Ao analista-ar caberá substancializar novamente esse ar por meio da confluência transferencial.

O *setting* como lugar de ar puro?

A primeira metáfora, talvez previsível, que nos ocorreu ao estabelecer um lugar para o estudo psicanalítico da respiração na clínica, sem incorrer no erro de uma terceirização do tratamento — prescrições de exercícios respiratórios ou de natureza holística — é pensar neste *setting* como lugar de ar puro.

Por outro lado, a descrição técnica de certos fenômenos clínicos de natureza empática é desafiadora. Há certas nuances da natureza da relação transferencial que se estabelecem fora dos limites do registro simbólico, não implicando, todavia, em inexistência ou descrédito quanto à sua validade e importância.

Pensar a dinâmica do ar que se projeta no *setting* pode, à primeira vista, integrar o grupo desses fenômenos desafiadores, visto que o elemento observável para se avaliar o fluxo do ar, no caso, a respiração, pela maioria das vezes ocorre como evento automático. Tanto analista quanto analisando, em exceção a situações de insuficiência respiratória ou aromas incomuns que chamam a atenção, estão desatentos à automaticidade da respiração em face à atenção empregada no curso das associações que compõem a sessão de análise.

Deste modo, a atenção à respiração pode estar condicionada a três possibilidades distintas: ao prazer acentuado e ao desprazer relacionado à dor, insuficiência respiratória e sensação de morte, ambos como respostas ao estímulo do aparelho respiratório; e, por fim, à tomada de consciência acerca de estar respirando.

É como a existência dos dedos dos pés, por exemplo: partes do corpo constantemente esquecidas, mas, ao pensar neles, automaticamente são lembrados; entretanto, outra forma de lembrar dos dedos dos pés é quando se bate algum deles na quina de uma mesa. Assim se estabelece uma dupla forma de perceber o despercebido: pela via do pensamento e pela via do corpo. Por outro lado, polarizar as duas vias, negando sua integração, parece um erro, afinal, quando se lembra de tal parte do corpo, instantaneamente, ela é sentida. Na contracorrente, quando se sente, ela é instantaneamente lembrada. (Oliveira, 2023; 2024, p. 100)

Estabelecendo-se a problemática entre a respiração automática e a percepção da respiração, entendemos que a questão de observar, factualmente, o “ar puro” do ambiente como esta possibilidade de o sujeito respirar mais profunda e lentamente está condicionada ao direcionamento da atenção, ou

seja, ao uso dos mecanismos conscientes para a apreensão da qualidade respiratória do momento.

Por outro lado, o caráter automático da respiração não implica, obrigatoriamente, uma ausência do “respirar profundamente” como reflexo do ar puro que causa efeitos relaxantes. Para isto, basta considerarmos o estado de sono, no qual a respiração é mais profunda e lenta (excluindo-se situações de distúrbios respiratórios do sono).

Nestes termos, com a associação entre o “ar puro” e o estado de relaxamento promovido pelo ritmo respiratório, é possível remontar a clínica neocatártica de Sándor Ferenczi, que estabelece o manejo psicanalítico a partir de dois princípios: “um aumento de tensão pela frustração e um relaxamento ao autorizar certas liberdades” (Ferenczi, 1930/2011h, p. 68). Aqui é possível compreendermos que o ar que circula o *setting* analítico não deve cumprir meramente a função estática de “lugar de ar puro”, embora essa função também lhe caiba. O uso constante da respiração treinada, como se observa em práticas regulares de esportes e exercícios físicos, visa a manutenção da maior continuidade possível de determinado estado de desempenho, o que difere muito dos objetivos de uma psicanálise. Aqui se abandona qualquer falsa ideia de “controle respiratório” em favor da compreensão da respiração como elemento integrante da comunicação, para fundar o questionamento: em que a observação da respiração pode contribuir com a técnica psicanalítica?

É na alternância entre estados de tensão e relaxamento que a clínica ferencziana traça o percurso de uma análise. Os tempos de realizar cada direcionamento são regidos pelo tato, a capacidade de “sentir com” (Ferenczi, 1928/2011f; 1932/1990). Sobre este modo empático de manejar o curso de uma análise, Ferenczi declarou em nota de 12 de abril de 1932 de seu diário clínico que “Sob a pressão do desamparo, o paciente separava dele uma espécie de fragmento de inteligência que me prescrevia o que eu devia fazer (ou deveria ter feito) no momento em questão e como” (1932/1990, p. 122).

Uma das nuances da capacidade de sentir com, tão cara à matriz psicanalítica ferencziana, é a atenção à leitura dos sinais dados por este “fragmento de inteligência”. Não se trata meramente do diálogo de inconscientes que se dá via atenção flutuante para interpretar conteúdos da fala, mas também de interpretar sinais de pedidos inconscientes acerca do fazer do analista. Estas formas de comunicação podem ser organizadas em quatro tipos, conforme os modos de onipotência infantil propostos por Ferenczi (1913/2011a) e sistematizados por Oliveira (2022):

1. Período da onipotência incondicional: estado intrauterino, em que nenhum investimento é necessário à saciedade das demandas, sendo estas providas pelo cordão umbilical.
2. Período da onipotência alucinatória mágica: estado no qual a criança sente o surgimento da demanda no corpo, mas o ambiente cuidador “adivinha” e supre tal demanda sem a necessidade de um investimento para além do próprio sentir.
3. Período da onipotência com a ajuda de gestos mágicos: estado no qual a criança gesticula por aquilo que deseja. Mãos estendidas, contorções físicas ou ruídos não simbólicos.
4. Período dos pensamentos e palavras mágicos: estado em que surge o domínio, mesmo que parcial, dos recursos linguísticos como recursos para clamar ao ambiente pelas demandas. (p. 35)

Assim, as maneiras de comunicação de acordo com as expressões de onipotência podem ser lidas como: 1. inação; 2. alucinações/fantasias; 3. gesticulações e 4. comunicação oral. Todavia, a coexistência entre mais de um modo de comunicação é, não apenas possível, como também frequente (Oliveira, 2022). Ao associarmos o elemento da respiração a ataques de ansiedade ou pânico, por exemplo, percebe-se que a supracitada hiperestimulação do sistema respiratório revela-se como um componente da gesticulação corpórea da onipotência por gestos mágicos, característica da histeria (Ferenczi, 1913/2011a). Outro exemplo seria a respiração quase imperceptível da inação, que indica uma repetição da onipotência absoluta.

Desta maneira, atentar-se também à respiração no *setting* em determinados atendimentos pode ampliar a percepção de mecanismos traumáticos e suas reverberações. A relação transferencial entre analista e seu analisando precisa ser compreendida de uma maneira mais específica do que simplesmente a conversa entre dois indivíduos. Esses dois sujeitos estão inseridos num campo (Baranger & Baranger, 1961-1962/2010), numa atmosfera (Balint, 1968/2014). Esse “espaço-entre” (Pitrowsky, 2021), compreende aspectos psíquicos de ambos os participantes, componentes perceptivos conscientes e inconscientes.

Em Balint encontramos uma passagem muito interessante para tal discussão, quando apresenta a ideia de uma mistura física e subjetiva entre mãe e bebê, uma relação fundamental com o entorno, relação esta que seria buscada eternamente pelo indivíduo, por ser intensamente investido pelo entorno e investir neste em retorno:

No entanto, provavelmente esse entorno é indiferenciado; por um lado, ainda não há nele objetos e, por outro, dificilmente terá uma estrutura e, em

particular, limites nítidos em relação ao indivíduo; o entorno e o indivíduo se interpenetram, existem juntos em uma “mescla harmoniosa”. Um importante significado dessa mescla harmoniosa interpenetrante é o peixe no mar (um dos símbolos mais arcaicos e mais amplamente ocorridos). Seria inútil indagar se a água das guelras ou da boca faz parte do mar ou do peixe; o mesmo é verdade a respeito do feto. O feto, o fluido amniótico e a placenta são uma mistura tão complicadamente interpenetrável de feto e de entorno-mãe, que sua histologia e fisiologia estão entre as perguntas mais temidas dos exames de Medicina. (Balint, 1968/2014, p. 60)

Neste sentido, o oxigênio nos pulmões do bebê é proveniente de um líquido que lhe pertence, mas também é a sua mãe. Essa indistinção respiratória parece uma loucura em termos adultos, mas especialmente perceptível nas relações primitivas também após o nascimento. Assim, relembramos a ideia do trauma do nascimento, de Otto Rank, que trouxemos acima, em que essa separação entre o oxigênio materno e os pulmões do bebê geram uma sucessão de reações fisiológicas naturais, porém excessivas.

14 O *setting* analítico pode fantasisticamente repetir essa mistura dependendo do estado regressivo do paciente em questão, sendo de suma importância que este analista, para melhor adaptação de seu manejo, também perceba suas dinâmicas psíquicas e físicas. É fundamental, portanto, uma sensível percepção da contratransferência, para que seja possível uma “limpeza” do ar que preenche o ambiente. Assim, podemos entender uma certa filtragem desse ar a partir da capacidade elaborativa do analista em seu lugar de adulto cuidador. Para isso, como dito acima, o manejo baseado na empatia e no “sentir com” é ferramenta analítica muito importante e, em certa medida, libertadora. O analista que pode “sentir com” é o analista que pode bem respirar em seu lugar também.

Considerações

Todavia, não caber-nos-á tecer um manual de interpretações dos vários modos de respiração possíveis dentro de uma sessão de análise, tanto pela notável pré-disposição à falha por insuficiência, visto que as possibilidades de combinação entre modos de expressão podem incorrer tanto em vários tipos de manifestações respiratórias quanto na coexistência de significados em um mesmo tipo de respiração — no exemplo da respiração da inação pode-se pensar tanto em um momento de análise estagnada que demanda uma tensão

por parte do analista quanto em um momento de repouso curativo —, quanto pela defesa de uma clínica empática, que se faz pela leitura sentida dos sinais inconscientes transmitidos pelo analisando, que em nada combina com a aplicação de manuais.

Assim, resta-nos apontar, não mais o *setting* como um lugar de ar puro, imaculado, mas como um lugar dinâmico que assume as características de diversas estruturas arquitetônicas e geográficas, variando em cheiros e estilos de ventilação. Da mesma maneira que a mãe em sua fisiologia específica é capaz de trocar e filtrar os gases da criança em seu ventre, analista pode, metaforicamente, filtrar e trocar conteúdos a partir de sua disponibilidade psíquica.

Referências

- Balint, M. (2014). *A falha básica*. Zagodoni. (Trabalho original publicado em 1968).
- Baranger, M., & Baranger, W. (2010). A situação analítica como um campo dinâmico. *Livro Anual de Psicanálise*, 24, 187-214. (Trabalho original publicado em 1961-1962).
- Breuer, J., & Freud, S. (1996). Estudos sobre a histeria. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 3). Imago. (Trabalho original publicado em 1893-95).
- Carvalho, R. (2023, 27 de fevereiro). Por que o Brasil tem a população mais ansiosa do mundo. *G1, Saúde*. Disponível em: <<https://g1.globo.com/saude/noticia/2023/02/27/por-que-o-brasil-tem-a-populacao-mais-ansiosa-do-mundo.ghtml>>. Acesso em 28 mar. 2024.
- Ferenczi, S. (1990). *Diário Clínico*. Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1932).
- Ferenczi, S. (2011a). O desenvolvimento do sentido de realidade e seus estágios. In *Obras Completas. Psicanálise 2*. (Álvaro Cabral, Trad.; 2. ed.). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1913).
- Ferenczi, S. (2011b). As patoneuroses. In *Obras Completas. Psicanálise 2*. (Álvaro Cabral, Trad.; 2. ed.). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1917).
- Ferenczi, S. (2011c). Efeito vivificante e efeito curativo do “ar fresco” e do “bom ar”. In *Obras Completas. Psicanálise 2*. (Álvaro Cabral, Trad.; 2. ed.). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1918).
- Ferenczi, S. (2011d). As neuroses de órgão e seu tratamento. In *Obras Completas. Psicanálise 3*. (Álvaro Cabral, Trad.; 2. ed.). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1926).

- Ferenczi, S. (2011e). A adaptação da família à criança. In *Obras Completas. Psicanálise 4*. (Álvaro Cabral, Trad.; 2. ed.). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1928).
- Ferenczi, S. (2011f). Elasticidade da técnica psicanalítica. In *Obras Completas. Psicanálise 4*. (Álvaro Cabral, Trad.; 2. ed.). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1928).
- Ferenczi, S. (2011g). A criança mal acolhida e sua pulsão de morte. In *Obras Completas. Psicanálise 4*. (Álvaro Cabral, Trad.; 2. ed.). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1929).
- Ferenczi, S. (2011h). Princípio de relaxamento e neocatarse. In *Obras Completas. Psicanálise 4*. (Álvaro Cabral, Trad.; 2. ed.). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1930).
- Ferenczi, S. (2011i). Análises de crianças com adultos. In *Obras Completas. Psicanálise 4*. (Álvaro Cabral, Trad.; 2. ed.). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1931).
- Ferenczi, S. (2011j). Confusão de língua entre os adultos e a criança. In *Obras Completas. Psicanálise 4*. (Álvaro Cabral, Trad.; 2. ed.). Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1933).
- 16 Freud, S. (1996a). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. O caso Schreber, Artigos sobre técnica e outros trabalhos (1911-1913). In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 12). Imago. (Trabalho original publicado em 1911).
- Freud, S. (1996b). Os instintos e suas vicissitudes. A história do movimento psicanalítico, Artigos sobre a Metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916). In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 14). Imago. (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (1996c). Inibições, sintomas e ansiedade. Um estudo autobiográfico, Inibições, Sintomas e Ansiedade, Análise Leiga e outros trabalhos (1925-1926). In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 20). Imago. (Trabalho original publicado em 1926).
- Oliveira, M. M. (2022). *A língua da ternura e a língua da paixão: psicanálise e comunicação de afetos*. Razzah.
- Oliveira, M. M. (2023). Presença psíquica e presença motora: um estudo psicanalítico sobre a economia da pulsão no sujeito psicossomático. *Trama: revista de psicossomática psicanalítica*, 5. Disponível em: <https://www.sedes.org.br/Departamentos/Revistas/psicossomatica_psicanalitica/index.php?apg=artigo_view&ida=93&ori=edicao#topo>. Acesso em 26 mar. 2024.
- Oliveira, M. M. (2024). *Sándor Ferenczi, precursor da psicossomática*. Zagodoni.

Organização Pan-Americana da Saúde (2022). OMS destaca necessidade urgente de transformar saúde mental e atenção. Notícias. Recuperado de <<https://www.paho.org/pt/noticias/17-6-2022-oms-destaca-necessidade-urgente-transformar-saude-mental-e-atencao>>. Acesso em 28 mar. 2024.

Pitrowsky, L. (2021). *O eu, o isso e o nosso: o espaço-entre na clínica psicanalítica*. Appris.

Rank, O. (2002). *Le traumatisme de la naissance. Influence de l'avie prénatale sur l'évolution de la vie psychique individuelle et collective*. Payot. (Trabalho original publicado em 1923)

Resumos

(Life-giving effects of fresh air: anxiety, psychoanalysis and setting)

The present work presents a theoretical construction about breathing and its possible connections with anxiety. The research was carried out through a review of psychoanalytic literature, using as its trigger the text “Life-giving effects of pure air”, by Sándor Ferenczi, in dialogue with the fields of medicine and psychoanalytic psychosomatics. Anxiety is presented as a fundamental concept due to the relationship between anxiety attacks and respiratory disorders, and this is analyzed based on psychoanalytic theory. The dual function of the organs consists of vital and playful functioning. The intensity of instinctual investment in the organ demonstrates how both the pleasure of breathing and the collapse of the respiratory system are possible. Finally, we present a construction about air in the analytical setting as a transversal element to transference, and a possible contribution to the clinic.

Keywords: Transference, breathing, psychoanalytic psychosomatics, contemporary clinic

(Effets vitaux de l'air frais: anxiété, psychanalyse et décor)

Le présent travail présente une construction théorique sur la respiration et ses liens possibles avec l'anxiété. La recherche a été réalisée à travers une revue de la littérature psychanalytique, en utilisant comme déclencheur le texte “Effets vivifiants de l'air pur”, de Sándor Ferenczi, en dialogue avec les domaines de la médecine et de la psychosomatique psychanalytique. L'anxiété est présentée comme un concept fondamental en raison de la relation entre les crises d'angoisse et les troubles respiratoires, et ceci est analysé sur la base de la théorie psychanalytique. La double fonction des organes est un fonctionnement vital et ludique. L'intensité de l'investissement instinctif dans l'organe démontre combien le plaisir de respirer et l'effondrement du système respiratoire sont possibles. Enfin, nous présentons une construction

sur l'air dans le cadre analytique comme élément transversal au transfert et contribution possible à la clinique.

Mots-clés: Transfert, respiration, psychosomatique psychanalytique, clinique contemporaine

(Efectos vivificantes del aire fresco: ansiedad, psicoanálisis y entorno)

El presente trabajo presenta una construcción teórica sobre la respiración y sus posibles conexiones con la ansiedad. La investigación se realizó a través de una revisión de la literatura psicoanalítica, teniendo como detonante el texto “Efectos vivificantes del aire puro”, de Sándor Ferenczi, en diálogo con los campos de la medicina y la psicopatología psicoanalítica. La ansiedad se presenta como un concepto fundamental debido a la relación entre las crisis de ansiedad y los trastornos respiratorios, y esto se analiza con base en la teoría psicoanalítica. La doble función de los órganos consiste en un funcionamiento vital y lúdico. La intensidad de la inversión instintiva en el órgano demuestra cómo son posibles tanto el placer de respirar como el colapso del sistema respiratorio. Finalmente, presentamos una construcción sobre el aire en el ámbito analítico como elemento transversal a la transferencia y posible aporte a la clínica.

Palabras clave: Transferencia, respiración, psicopatología psicoanalítica, clínica contemporánea

Citação/Citation: Oliveira, M. M., & Pitrowsky, L. T. Efeitos vivificantes do ar puro: ansiedade, psicanálise e setting. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, vol. 28, 2025.

Editor do artigo/Editor: Nelson da Silva Jr.

Recebido/Received: 01.04.2024 / 04.01.2024 **Revisado/Revised:** 28.01.2025 / 01.28.2025

Accito/Accepted: 22.04.2025 / 04.22.2025

Disponibilidade de Dados de Pesquisa: Não se aplica

Copyright: © 2009 Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental/ University Association for Research in Fundamental Psychopathology. Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam citados / This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Financiamento/Funding: Os autores declaram não terem sido financiados ou apoiados / The authors have no support or funding to report.

Conflito de interesses/Conflict of interest: Os autores declaram que não há conflito de interesses / The authors declare that there is no conflict of interest.

EPISTEMOLOGIA DA PSICOPATOLOGIA

MARCOS DE MOURA OLIVEIRA

Doutorando em Educação pela Universidade Federal Fluminense (UFF), mestre em Psicossomática pela Universidade Ibirapuera (UNIB, 2022) e Psicólogo pela Universidade Paulista (UNIP, 2017). Professor do curso de Psicologia da Faculdade Vanguarda de São José dos Campos e do curso de especialização em Psicanálise: teoria e técnica da Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP). Membro do Grupo Brasileiro de Pesquisas Sándor Ferenczi (GBPSF).

marcosmo@id.uff.br

<https://orcid.org/0000-0003-2459-8935>

LUDMILLA TASSANO PITROWSKY

Doutora em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Pós-doutorado pela Universidade de São Paulo (USP). Membro do Grupo Brasileiro de Pesquisas Sándor Ferenczi (GBPSF).

ludmila.pitrowsky@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-3811-3348>