



DIALÉTICA
EDITORA

PÂNICO

ENTENDENDO O TRANSTORNO

com ilustrações de Luma Parpinelli

MIA KODA



DIALÉTICA
EDITORA

PÂNICO

ENTENDENDO O TRANSTORNO

com ilustrações de Luma Parpinelli

MIA KODA





DIALÉTICA
EDITORA

CONSELHO EDITORIAL

Alexandre Gustavo Melo Franco Bahia	Luiz Carlos de Souza Auricchio
André Luís Vieira Elói	Marcelo Campos Galuppo
Bruno de Almeida Oliveira	Marcos Vinício Chein Feres
Bruno Camilloto Arantes	Maria Walkiria de Faro C. G. Cabral
Bruno Valverde Chahaira	Marilene Gomes Durães
Cintia Borges Ferreira Leal	Rafael Alem Mello Ferreira
Flavia Siqueira Cambraia	Rafael Vieira Figueredo Sapucaia
Frederico Menezes Breyner	Rayane Araújo
Jean George Farias do Nascimento	Régis Willyan da Silva Andrade
José Carlos Trinca Zanetti	Renata Furtado de Barros
José Luiz Quadros de Magalhães	Robson Araújo
Leonardo Avelar Guimarães	Rogério Nery
Ligia Barroso Fabri	Vitor Amaral Medrado



DIALÉTICA
EDITORA

PÂNICO

ENTENDENDO O TRANSTORNO

MIA KODA



Copyright © 2020 by Editora Dialética Ltda.

Copyright © 2020 by Mia Koda.

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta edição pode ser utilizada ou reproduzida – em qualquer meio ou forma, seja mecânico ou eletrônico, fotocópia, gravação etc. – nem apropriada ou estocada em sistema de banco de dados, sem a expressa autorização da editora.

Capa: Luiz Felipe Zenha

Diagramação: Fernanda Mendes de Oliveira

Conversão para ePub: Cumbuca Studio



DIALÉTICA
EDITORA

 /editoradialetica

 @editoradialetica

www.editoradialetica.com

“A sensação de morrer é aterrorizante, é pavoroso constatar o fim e paralisar diante da morte iminente e constante. Perceber-se morrendo sem parar é insuportável e alguém tomado pelo pânico não se entrega a morte, apenas luta silenciosamente pela sobrevivência, preso no seu próprio corpo e mente. Clamando por um suposto salvador que o ampare e proteja de todas as ameaças da vida.”

Mia Koda

SUMÁRIO

Capa

Folha de Rosto

Créditos

Introdução

1. - O Transtorno de Pânico pela Psiquiatria

Particularidades entre Transtorno de Ansiedade
Generalizada e Transtorno do Pânico

Curiosidades sobre da palavra Pânico

2. - Entenda o desenvolvimento da mente pela Psicanálise

3. Compreenda a Estrutura Neurótica

A Neurose de Angústia

Os sintomas da Neurose de Angústia

4. Desvendando a Crise de Pânico

O que fazer durante uma crise

5. Como a Psicanálise pode ajudar

Investigação e Interpretação de Conteúdos Inconscientes

Identificação dos Mecanismos de Defesa

Investigação do Trauma

6. A psicanálise na prática

1. - Relato do caso clínico

2 - Análise teórica do pânico pelo olhar psicanalítico

Considerações Finais

Referências bibliográficas

Agradeço à minha filha, Ana Laura, e meu marido, JB, pela cumplicidade, carinho e apoio durante o processo criativo, pesquisa e desenvolvimento deste trabalho. Sem minha família, a realização desta obra não seria possível.

Introdução

Um estilo de vida intenso e agitado tem causado muito sofrimento ao ser humano contemporâneo. O estresse desmedido pode ser gerado pelas pressões relacionadas ao desempenho intelectual, profissional e escolar, inúmeras responsabilidades, relacionamentos problemáticos, a concorrência acirrada, o acesso a um número exagerado de informações, violência urbana e *online*, além de inseguranças das mais diversas ordens. A falta de garantias sobre o futuro e a impotência frente às frustrações e injustiças da vida nos faz ponderar sobre o quanto somos frágeis e desamparados.

Esses fatores estressantes contribuem para a construção de uma geração aterrorizada e nos leva à conclusão de que não existe surpresa alguma no crescente número de pessoas acometidas por algum tipo de sofrimento psíquico, em especial, os Transtornos de Ansiedade, e, mais especificamente, o Transtorno do Pânico. Segundo dados divulgados pelo Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (IPq – HCFMUSP), 10% da população pode sofrer crises sem motivo aparente, denominadas crises de pânico.

Além dos dados estatísticos, observo, tanto na prática psicanalítica quanto na experiência pessoal, que é cada vez mais comum o relato de pessoas que vivenciaram algum tipo de crise de ansiedade sem que houvesse algum motivo aparente. Pessoas tomadas por um terror inexplicável

tornaram-se uma triste constante em meu consultório clínico. No entanto, foi observando aqueles que não procuram tratamento terapêutico que encontrei motivação para a escrita desta obra.

Amigos, familiares e até mesmo desconhecidos que utilizam as redes sociais para desabafar, relatam ter passado ou conhecer pessoas que sofrem com crises agudas de ansiedade. Quando observo tais relatos, de forma bastante interessante, percebo que fatores demográficos não parecem ser tão relevantes. O sofrimento acomete desde adultos estabilizados financeiramente e com relacionamentos duradouros até jovens púberes em pleno desenvolvimento de uma vida social. Minha filha adolescente testemunha, com frequência assustadora, episódios em que colegas são acometidos por crises repentinas, seja em ambientes seguros, como a escola, ou festivos, como encontros de amigos.

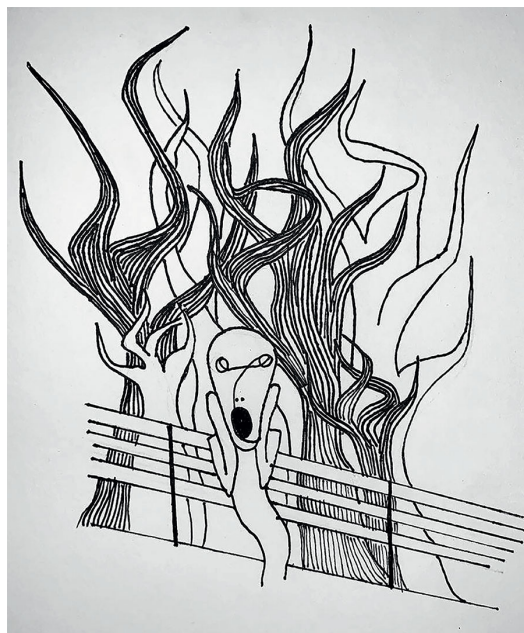
Por se tratar de uma crise intensa, apavorante e que impossibilita a vida social, mesmo que temporariamente, muitas pessoas optam pelo tratamento medicamentoso. Tal atitude é bastante compreensível considerando a vantagem de um investimento financeiro relativamente baixo e o alívio rápido dos sintomas. Porém, ainda que perfeitamente relevante, o tratamento realizado apenas por medicamentos está longe de ser o ideal, pois o preço do uso de tais substâncias será cobrado em algum momento, uma vez que toda droga possui efeitos colaterais que devem ser observados com sensatez.

Pensando sobre uma perspectiva psicanalítica, proponho que nossos esforços, como psicoterapeutas, pacientes ou estudiosos, direcionem-se à compreensão das origens do Transtorno do Pânico, tornando viável alguma possibilidade de prevenção ou tratamento, por meio da ressignificação das sequelas deixadas pelos traumas passados.

Iniciaremos o trabalho explanando as definições da Psiquiatria sobre o Transtorno do Pânico e suas particularidades enquanto diagnóstico e sintomas. Mais adiante, focaremos nas teorias psicanalíticas, que serviram

como base para a compreensão dos estudos de Freud sobre a Neurose de Angústia, sua origem e seus sintomas. Num outro momento, abordaremos as possibilidades de tratamento pela Psicanálise, o entendimento dos mecanismos de defesa utilizados pelo sujeito e a investigação dos traumas. E por fim, apresentaremos um estudo de caso para que o leitor possa vislumbrar a prática do tratamento analítico.

1. - O Transtorno de Pânico pela Psiquiatria



“No pânico, existe algo para além dos sintomas físicos, há uma dor intensa causada pelo desconhecido e inesperado, fazendo o indivíduo desabar num momento entre a agonia da espera pelo pior e a certeza da morte iminente.”

Mia Koda

A Psiquiatria é uma especialidade da medicina que se ocupa com o diagnóstico, a terapia medicamentosa e a psicoterapia de pacientes que apresentam problemas, desordem ou sofrimento mental.

A finalidade dessa especialidade é trazer alívio e conforto psíquico aos acometidos por algum tipo de transtorno, diagnosticados através de uma avaliação detalhada do estado físico e mental, além de exames e testes psicológicos e neurológicos.

O tratamento por um médico psiquiatra fundamenta-se em estudos científicos e não será nosso objeto de estudo neste trabalho, no qual estamos abordando de forma extremamente sintética as definições da psiquiatria como parâmetro diagnóstico do Transtorno do Pânico e não temos intenção de adentrar aos conhecimentos da especialidade.

A Associação Americana de Psiquiatria é responsável pela elaboração do DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, que atualmente está atualizado em sua 5ª edição. Este manual é utilizado para compreensão dos sintomas, distinção dos transtornos e direcionamento da conduta clínica.

A elaboração do transtorno de pânico pelo campo da psiquiatria ocorreu em 1980, durante a reformulação do DSM-III. A classe médica percebeu a necessidade de distinção entre representações mais agudas e intensas dos sintomas apresentados nas neuroses de ansiedade, designando o quadro clínico de transtorno de pânico como um tipo muito particular de transtorno de ansiedade.

“O termo “ataque de pânico” passa a ter importância para a constituição das concepções contemporâneas sobre a angústia a partir da introdução da categoria psiquiátrica de “transtorno de pânico”, em 1980. Naquele ano, o famoso Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Psiquiátrica Americana, então em sua terceira edição (DSM-III), propunha uma profunda reformulação na classificação dos transtornos ansiosos passando a distinguir aqueles quadros cuja apresentação é aguda, intensa e exuberante em sintomas físicos, dando-lhes o nome barroco de “transtorno do pânico”.

“Ataque do pânico” é o termo que designaria, desde então, o conjunto sintomático nuclear necessário para o estabelecimento desse diagnóstico.”
(PEREIRA, 2008, p.43)

A distinção e particularização do Transtorno do Pânico trouxeram implicações na indústria farmacêutica, uma vez que tratamentos mais específicos para a patologia poderiam ser desenvolvidos e comercializados, supostamente beneficiando paciente e indústria. No entanto, um dos argumentos usados para o estabelecimento do novo quadro foi o caráter endógeno que diferenciava o Transtorno do Pânico da Ansiedade Aguda. Essa diferença endógena, ou seja, de dentro, orgânica, originada no interior do organismo, portanto sem interferência externa, não se encaixava nos diagnósticos que envolviam um objeto externo, como no caso do Transtorno Fóbico. Exemplo: uma pessoa que teme passar por uma ponte (objeto externo), seja devido a um trauma passado que agora lhe causa medo da água ou da altura, sentirá de forma intensa e antecipada os sintomas causados pela ansiedade, como nervosismo, insônia, irritabilidade e dores musculares, devido a esse medo excessivo e prematuro, portanto, ansioso. No Transtorno do Pânico, havia uma incompreensibilidade, não se encontrava explicação ou especificação dos fatores geradores da ansiedade, não havia clareza sobre quais os motivos ou os objetos causadores dos sintomas, já que era algo interno e biológico, assim, possivelmente sua origem poderia ser genética.

O uso do DSM é direcionado para auxiliar profissionais a diagnosticar os transtornos mentais de seus pacientes, o que faz parte de um possível tratamento, mas não é o tratamento em si e nem foi essa a intenção de sua elaboração.

É importante observar que a classificação dos transtornos pelo DSM, não tem como objetivo explicá-los e sim como o nome bem diz classificar, coordenar, organizar os sintomas biológicos e direcionar diagnósticos. Não abordando aspectos emocionais e afetivos.

“O objetivo primordial do DSM-5 é auxiliar clínicos treinados no diagnóstico dos transtornos mentais de seus pacientes, na formulação de caso como parte de uma avaliação que conduz a um plano de tratamento plenamente informado para cada indivíduo. Os sintomas que constam nos conjuntos de critérios diagnósticos não constituem definições abrangentes de transtornos subjacentes, que englobam processos cognitivos, emocionais, comportamentais e fisiológicos que são muito mais complexos do que podem ser descritos nesse breve resumo. Sua intenção, é ao contrário, resumir síndromes características de sinais e sintomas que indicam um transtorno subjacente com uma história característica de desenvolvimento, fatores de risco biológicos e ambientais, correlatos neuropsicológicos e fisiológicos e curso clínico típico.”
(DSM-V, 2014, P.19)

Particularidades entre Transtorno de Ansiedade Generalizada e Transtorno do Pânico

Os Transtornos relacionados à ansiedade compartilham de excessivo sentimento de medo. No entanto, o medo, por si, só não é um sintoma de transtorno já que sentir medo é útil para a nossa sobrevivência. Quando nos referimos ao medo, falamos de um sentimento de ansiedade frente a um objeto, uma ameaça iminente e real e que nos leva a possibilidade de três tipos de comportamentos: paralisia, fuga ou enfrentamento.

No que compete à ansiedade, falamos de uma resposta emocional geradora de sofrimento e mal-estar, que surge de forma antecipada à ameaçadora. O desencadeante é algo que ainda não aconteceu, mas consome o indivíduo mentalmente, inclusive com sintomas físicos.

As manifestações utilizadas como critérios de diagnóstico para classificação de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), segundo o DSM-V são:

- Ansiedade e preocupação excessivas (expectativa apreensiva), ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses, com

diversos eventos ou atividades (tais como desempenho escolar ou profissional);

- O indivíduo considera difícil de controlar a preocupação;
- A ansiedade e a preocupação estão associadas a três (ou mais) dos seguintes sintomas (com pelo menos alguns sintomas estando presente na maioria dos dias nos últimos seis meses);
- Inquietação ou sensação de estar no limite;
- Cansar-se facilmente;
- Dificuldade de concentração ou sensação de “branco” na mente;
- Irritabilidade;
- Tensão muscular;
- Distúrbios do sono (dificuldade de iniciar ou manter o sono e sensação de sono não satisfatório);
- Os sintomas físicos, preocupação ou ansiedade causam sofrimento clinicamente significativo ou incapacidade em atividades sociais, ocupacionais ou outras;
- O transtorno não pode ser atribuído a uma condição médica geral, como uso de substâncias ou outro transtorno mental.

“As características principais do transtorno de ansiedade generalizada são ansiedade e preocupação persistentes e excessivas acerca de vários domínios, incluindo desempenho no trabalho e escolar, que o indivíduo encontra dificuldade em controlar. Além disso, são experimentados sintomas físicos, incluindo inquietação ou sensação de “nervos a flor da pele”; fadigabilidade; dificuldade de concentração ou “ter brancos”; irritabilidade; tensão muscular; e perturbação do sono”.

(DSM-V, 2014, P.190)

O Transtorno de Pânico é uma forma excessiva de ansiedade, porém, com algumas particularidades que o diferencia do Transtorno de Ansiedade Generalizada. A crise ou ataque de pânico, como costumamos chamar, surge

de maneira súbita, com sintomas intensos como dores torácicas e sensação de estar caindo sem parar. O medo não encontra um perigo real e aparente e o sujeito depara com uma forte sensação de morte iminente, o que leva muitas pessoas a procurarem atendimento médico de urgência, acreditando estarem sofrendo um infarto.

A versão mais atual do Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Psiquiátrica Americana, o DSM-V de 2014, caracteriza os ataques de pânico como recorrentes e inesperados. Definindo-o como um surto repentino e abrupto, podendo ocorrer a partir de um estado calmo ou um estado ansioso de medo ou desconforto intenso que alcança um pico em minutos. A rapidez com que o indivíduo é tomado pelos sintomas é uma particularidade importante do Transtorno do Pânico, o auge da crise acontece em pouco mais de 10 minutos de forma brusca e muito intensa.

Para que o indivíduo seja diagnosticado com o Transtorno do Pânico, é necessário que ocorram quatro (ou mais) manifestações sintomáticas, de forma inesperada, ou seja, quando não há uma razão racional para que o indivíduo entre em estado de surto.

“Outro aspecto fundamental relativo ao transtorno do pânico é que, para confirmar este diagnóstico segundo os critérios do DSM-III-R e, mais recentemente do DSM-IV, é indispensável que os ataques, pelo menos durante um certo período do desenvolvimento do transtorno, apareçam de modo inesperado e incompreensível ao próprio indivíduo.”

(PEREIRA, 2008, p.47)

As manifestações utilizadas como critérios de diagnóstico para classificação de ataque de pânico são:

- Palpitações, coração acelerado ou taquicardia;
- Sudorese;
- Tremores ou abalos;
- Sensações de sufocamento ou falta de ar;

- Sensação de asfixia;
- Desconforto torácico ou dor no tórax;
- Desconforto abdominal ou náuseas;
- Sensação de instabilidade, tontura, vertigem ou desmaio;
- Calafrios ou ondas de calor;
- Parestesias (anestesia ou sensação de formigamento);
- Desrealização (sensação de irrealidade) ou despersonalização (sensação de estar distante de si mesmo);
- Medo de perder o controle ou “enlouquecer”;
- Medo de morrer.

É comum que pessoas acometidas pelo Transtorno do Pânico sofram com a Agorafobia, que também é um tipo de Transtorno de Ansiedade. Os sintomas e critérios diagnósticos da Agorafobia, estão descritos no DSM-V e tem como principal característica o medo e a ansiedade acentuada ou intensa desencadeado pela exposição a diversas situações, sendo elas:

- Uso de transporte público, trens, barcos, automóveis, aviões, etc.;
- Permanecer em lugares fechados, como lojas, galerias, restaurantes e outros que possam causar a sensação de difícil escape;
- Permanecer em filas ou ficar em meio a multidões como em shows, estádios de futebol e casas noturnas;
- Sair de casa sozinho ou fazer uma simples caminhada.

Ao estar exposto a situações como essas o sujeito é acometido por pensamentos de que algo terrível possa vir a acontecer e que dificilmente conseguirá se livrar ou receber algum tipo de auxílio. Então, os sintomas da

ansiedade como tontura, náusea, desorientação, somados à sensação de medo e desamparo podem vir a causar uma crise de pânico.

Como consequência, o sujeito que experimentar uma crise pode associar a situação à crise e desenvolver comportamento esquivo, ou seja, evitar realizar algumas atividades devido ao caráter expositivo de determinadas situações e ambientes, deixando de realizar atividades rotineiras e importantes no dia a dia pelo medo de sofrer uma nova crise, causando assim prejuízos tanto à vida profissional e/ou social.

Vamos tomar como exemplo uma situação em que o sujeito teve uma crise de pânico durante uma viagem de avião. Uma vez que ele associou o ambiente com a crise, ele pode vir a evitar fazer viagens utilizando desse meio de transporte. Não se trata de uma fobia específica, pois a crise não veio do medo do avião, e sim, o medo da situação de viajar de avião é que teve origem após uma crise de pânico.

É importante ter conhecimento do DSM, pois com o amplo acesso a informações sobre o assunto e divulgação na mídia dos termos médicos, muitos pacientes chegam ao consultório com diagnósticos pré-estabelecidos por eles mesmos, na maioria das vezes, equivocadamente.

Tal confusão pode ocorrer com mais frequência do que se imagina, pois as pessoas costumam ter necessidade em denominar o que se sente, se encaixar num determinado padrão comportamental, talvez com o intuito de pertencimento que pode trazer algum alívio emocional. Em alguns casos, além do autodiagnóstico, é possível que o sujeito acometido pelo sofrimento encontre opções medicamentosas para aliviar os sintomas sem orientação médica adequada. Este tipo de conduta é um perigo para a própria saúde, porém é um comportamento comum em pessoas amparadas pela cultura de seguir o caminho mais rápido, fácil e barato, sem que haja uma reflexão responsável sobre as consequências do uso indevido de drogas.

Um trabalho psicoterapêutico, além de pensar no alívio dos sintomas, procura compreender a origem, as causas e as possibilidades que cada

indivíduo tem, de forma muito particular, de lidar com o problema. Nosso objetivo é encontrar os traumas e suas consequências, muitas vezes inconscientes, que desencadeiam o Transtorno do Pânico. Concentrando-nos em identificar e compreender as possíveis causas e trabalhar na ressignificação das fontes de ansiedade, logrando assim alívio físico e mental ao indivíduo acometido pelo pânico.

Curiosidades sobre da palavra Pânico

A palavra pânico é polissêmica, o que significa que remete a vários significados. E entre as possíveis constituições, podemos destacar: uma crise individual afetiva, um descontrole de multidões, uma referência a um estado de preocupação exagerada do mercado financeiro, ou ainda, no sentido mais original da palavra, diz respeito ao deus Pã da mitologia grega.

No que se refere à origem da palavra e à mitologia grega, Pânico é proveniente do grego *panikos*, uma alusão ao Deus Pã, “aquele que apavora os espíritos”, relacionada a susto ou pavor, uma vez que, na tradição, o deus Pã, com seus chifres e pés de bode, meio caprino, meio animal, provocava horror entre os camponeses que ouviam a música tocada com sua flauta, enquanto vagavam ou caçavam pelas florestas, vales e montanhas.

O medo sentido pelos camponeses era algo de imaginário, pois o Deus Pã assustador e cruel não precisava ser visto para infligir o terror, bastava a percepção de sua presença ou a imaginação do quão pavoroso poderia ser encontrar-se com a figura mitológica para que o caos se instalasse entre os aterrorizados. As incertezas e fantasias eram suficientes para desorganizar a mente, individualmente, e desestabilizar o grupo.

Ao observarmos que o fator surpresa e o desconhecido eram partes importantes do terror causado aos camponeses pelo Deus Pã, começamos a compreender que esses elementos sejam considerados como pré-requisitos

para a diferenciação entre crise de ansiedade e crise de pânico. Essa diferenciação será melhor explicada logo adiante.

A palavra pânico também traz um sentido de “totalidade”, *pan*, *pantos* significa Todo. Pã seria filho de Penélope e seus inúmeros amantes, o que o fez ser filho de todos e de ninguém ao mesmo tempo. A ausência da figura do pai definida e resoluta simbolizava o abandono. O tudo é nada.

Alguém para chamar de pai, um rosto, um corpo, um lar. Ter muitos é o mesmo que ter nada, precisamos de um ser para pensarmos quando estamos longe, de um corpo para buscarmos quando sentimos frio, uma casa para voltarmos quando estamos perdidos. O desamparo é sentido por todos que foram privados de amor e palavras ou superficialidades não preenchem a dedicação e a fraternidade de uma única alma que nos guarde de todo mal. Quando buscamos proteção não o fazemos nas multidões e sim dentro dos braços de uma única pessoa.

“Pã – “Tudo.” Divindade protetora dos pastores e dos rebanhos. Filho de Mercúrio e da ninfa Driopéia, de Júpiter e da ninfa Calisto, ou de Mercúrio e Penélope, segundo diferentes tradições. É descrito como um ser meio homem, meio animal, com torso humano, coberto de pelos negros, cabeça e pés de bode. Habitava os bosques, preferindo as vizinhanças das fontes. Assustava os homens com suas bruscas aparições, o que deu origem a expressão ‘terror pânico’.

(DICIONÁRIO DE MITOLOGIA GRECO-ROMANA, 1976, p.140)

Quando nos referimos a um sujeito tomado pelo pânico, falamos de um estado caótico geralmente causado pela sequência:

- Ruído inesperado rapidamente interpretado como perigo;
- A falta de um guia que direcione e promova confiança;
- E pela imaginação de uma ameaça crescente.

O termo Pânico é utilizado para expressar algo para além do medo. Referimo-nos à palavra pânico quando tentamos exprimir um sentimento

de terror e horror, mesmo sem necessidade de haver um perigo real, pois o pavor pelo qual o indivíduo é tomado pode ter origem injustificada, que o leva a incertezas e imaginações desastrosas.

No sentido da coletividade, é comum vincular o pânico ao descontrole, fuga e confusão de pessoas em massa. O que fica evidente ao usarmos frequentemente a expressão “a multidão entrou em pânico”. É evidente que desconhecemos, ao certo, o sentimento que envolve cada indivíduo. No entanto, reconhecemos o comportamento ambíguo e concluímos se tratar de um estado de pânico.

Mesmo neste estado de caos, o grupo parece obedecer a uma orientação, buscando seguir a mesma direção daqueles que parecem supostos possuidores do saber. Alguém é visto e associado à figura de um líder e seguido pela massa que desconhece totalmente se o suposto guia será seu salvador ou não, ainda assim, prefere seguir a esperança irracional a controla-se e tomar suas próprias decisões.

Já na linguagem do mercado financeiro, a expressão o “pânico do mercado” refere-se às incertezas e inseguranças do coletivo quando há rumores e especulações de que interesses individuais estão sobressaindo aos interesses do grupo. O terror é causado pela possibilidade de dissolução dos laços e grande ameaça de prejuízos financeiros. Perceba que o rumor, ou seja, o boato e ruído são o bastante para provocar instabilidade e pavor, não sendo necessárias confirmações de fatos que os legitimem.

E no que se refere à definição do nosso dicionário, a palavra pânico é definida como um adjetivo empregado para representar sentimentos de medo e terror profundo, algo do inesperado, descontrolado e irracional.

“PÂNICO, adj. Que assusta sem motivo: s.m. terror infundado; alvoroço. (Do lat. *panicus*, terror, adapt. (Do gr. *Panikos*, derivado de *Pan*, o deus caprino que infundia terror nas náiades e outras divindades dos bosques.) (Psic.) Medo, em grau elevado, baseado em tensão prolongada, com clímax súbito e caracterizado por insegurança extrema, suspeição e tendência a projeção e a desorganização.”

(BUENO, 1992, p.822)

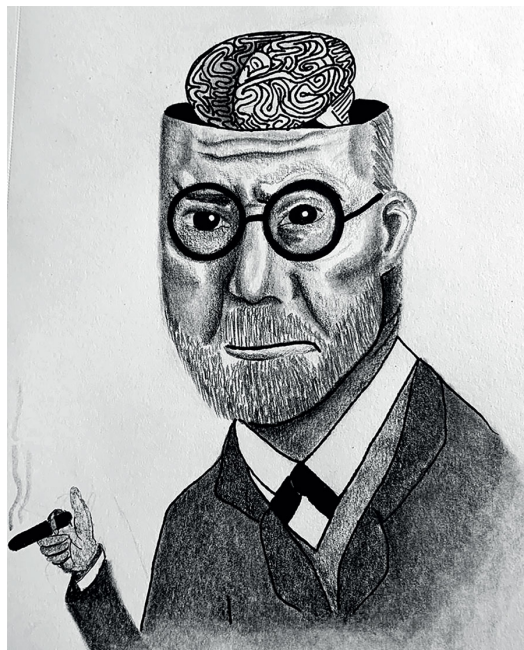
Mesmo apresentando uma ideia de ambiguidade para a palavra pânico, alguns aspectos são semelhantes, como o sentimento de medo injustificado ou ainda a sensação de desamparo, um estar só e desfavorecido. Num momento percebemos que a pessoa tomada pelo pânico é silenciada, paralisada e desorganizada e não será capaz de verbalizar suas emoções até que a crise termine.

“Não é de esperar que o uso da palavra “pânico” seja claro e determinado pela ambiguidade. Às vezes, ela é utilizada para descrever qualquer medo coletivo, outras para designar o medo no indivíduo quando ele excede todos os limites, e, com frequência, a palavra parece reservada para os casos em que a irrupção do medo não é justificada pela ocasião.”

(FREUD, 1921, p.123)

Se num determinado momento o pânico reflete o descontrole, a insanidade, a falta de objeto, num outro, parece haver uma lógica no irracional, uma busca comum em tentar organizar o estado de horror, elegendo líderes salvadores para a queda inevitável.

2. - Entenda o desenvolvimento da mente pela Psicanálise



“Sempre acreditei que o inconsciente influenciava minhas crenças e comportamentos. No entanto, não fazia ideia do quanto às informações contidas nesse nível agiam em todas as áreas da minha vida de forma que constantemente decretavam meu sucesso ou fracasso principalmente no que se refere aos afetos e relacionamentos.”

Mia Koda

Sigmund Freud (1856-1939), médico neurologista e considerado o pai da psicanálise, desenvolveu um método investigativo de processos mentais para o tratamento dos transtornos mentais. Esse método, denominado psicanálise, ficou conhecido como “a cura pela fala” e consistia na transposição do material inconsciente para o consciente, através de técnicas como a livre associação e a interpretação de sonhos.

Freud elaborou diversas teorias sobre o funcionamento da mente que fundamentaram a psicanálise, principalmente, no que se refere ao inconsciente. Para compressão dos termos usados no decorrer do estudo, observaremos, ainda que brevemente, alguns conceitos psicanalíticos.

Em 1900, no sétimo capítulo do livro “A interpretação dos sonhos”, Freud apresentou a Teoria Topográfica da Mente, onde explanava sobre a divisão do aparelho psíquico em instâncias, essa teoria também ficou conhecida como a Primeira Tópica. Essas instâncias ou níveis de consciência são: Consciente, Pré-consciente e Inconsciente.

O Consciente é o lugar das ideias disponíveis e acessíveis sem que seja empregado algum esforço. Corresponde a uma pequena parte da mente humana e funciona de acordo com tudo que aprendemos durante a vida, é a parte da nossa consciência que podemos controlar.

No Pré-consciente, ou Subconsciente, encontram-se as ideias que não estão disponíveis, mas podem facilmente e a qualquer momento ser acessadas pelo indivíduo. São informações importantes para o funcionamento da mente e comportamentos, como por exemplo, um número de telefone, o trajeto de casa para o trabalho ou ainda lembranças de um passado recente.

O Inconsciente é o lugar de conteúdos reprimidos e desejos imorais, experiências traumáticas, medos, conhecimentos específicos ou lembranças da infância. Tais memórias não foram excluídas, apenas estão guardadas e só podem ser acessados de forma indireta, seja pela livre associação, pela

interpretação dos sonhos, os atos falhos e os chistes. Corresponde a uma grande parte dos conteúdos de nossa mente e guarda fatores determinantes para a constituição de nossa personalidade. É no campo do inconsciente que a psicanálise busca respostas para determinados comportamentos ou aflições.

Passados 23 anos da elaboração da Primeira Tópica, Freud apresenta a Segunda Tópica ou O Modelo Estrutural do Psiquismo. Segundo essa teoria, que complementa, porém não exclui a primeira tópica, há um constante movimento de lembranças e impulsos nos níveis de consciência, que se organiza em Id, Ego e Superego.

O Id, que na tradução significa “Isso” é a fonte das pulsões, instintos e desejos inconscientes. O Id é estimulado e age pelo princípio do prazer, com uma busca constante em satisfazer, de imediato, todas as necessidades e desejos do indivíduo sem considerar as consequências. Existe uma diferença entre Instinto e Pulsão, importante para o entendimento desse trabalho. Compreendemos por instinto algo próprio da espécie e com uma finalidade, enquanto pulsão seria uma pressão, força ou carga energética que move o indivíduo a um objeto. Tomamos por exemplo, um bebê que se alimenta no seio da mãe. Enquanto ele estiver sugando o seio para alimentar-se com o leite, estará suprimindo um instinto. Existe uma função para o comportamento que é a sobrevivência por meio da saciedade da fome. Já no caso de um bebê que suga incansavelmente uma chupeta, esta não cumpre nenhuma função de sobrevivência, apenas faz o papel de dar vazão a uma carga de energia geradora de tensão, sendo assim uma pulsão.

Caso essa pulsão não seja satisfeita imediata e satisfatoriamente, o resultado será um estado de ansiedade e tensão.

O Ego, que significa Eu, se desenvolve na infância a partir do Id e atua de acordo com princípio de realidade. Ainda que se esforce para atender às necessidades e desejos do indivíduo, o Ego atua de forma realista e

socialmente adequada. Nessa estância, desenvolvem-se os Mecanismos de Defesa que serão abordados mais adiante.

O Superego ou Super eu, é a consciência moral do certo ou errado, que tem como objetivo reprimir os desejos mais primitivos do Id através de punição e sentimento de culpa. É desenvolvido após o Ego, ainda na infância, quando os pais ensinam as crianças sobre os valores estabelecidos pela sociedade. Diferentemente do Ego, o Superego age com uma consciência moral idealizada e não realista, não faz concessões, trabalha apenas na dualidade certo ou errado, bom ou mal, sem meio termo. Suas funções são inibir os impulsos considerados imorais, forçar o comportamento moral e conduzir o indivíduo à perfeição, por meio do julgamento de seus pensamentos e ações num ideal, porém não realista, ego.

Para a psicanálise, a infância tem grande relevância na formação da personalidade dos indivíduos e é basicamente onde encontraremos a origem dos sintomas e sofrimentos, pois esses estariam relacionados a eventos traumáticos da infância que interferem nos pensamentos, comportamentos e avaliação de si mesmo. Freud organizou a infância em quatro fases de desenvolvimento psicosssexual, considerando que cada fase é definida pelo direcionamento das pulsões em partes do corpo, o que também embasaria sua teoria sobre a sexualidade infantil.

A primeira fase é a oral, que vai do nascimento até os dois anos de vida aproximadamente. Nesta fase, o prazer e a frustração estão relacionados com a boca. A segunda é a fase anal, vai do primeiro ao terceiro ano de vida aproximadamente e as satisfações das pulsões estão direcionadas ao ânus, quando a criança começa a aprender sobre como controlar o ato de urinar ou defecar e recebe incentivo ou repressão dos pais ou cuidadores durante esse aprendizado. A terceira fase é a fálica que vai dos três aos cinco anos de idade, e se caracteriza pela observação e importância que a criança dá ao falo, seja sua presença nos meninos, ou sua falta nas meninas. Nessa fase as pulsões estão direcionadas ao genitor de sexo oposto e está relacionado ao

Complexo de Édipo que desempenha um papel fundamental na estruturação da personalidade e na orientação do desejo. Para a Psicanálise, esta fase e a maneira como a criança se organiza através do Complexo de Édipo é um fator determinante para cada tipo patológico.

A partir dos cinco anos de idade até a puberdade, a criança passa pela fase de latência, onde a libido é direcionada para o desenvolvimento cognitivo e social, deixando de lado as fantasias e a sexualidade, não sendo considerada uma fase do desenvolvimento psicosssexual. E por fim a quarta fase, a fase genital, que se desenvolve durante a adolescência. Nesse período as pulsões sexuais estão direcionadas a busca de parceiro, consciência e identidade sexual.

Por falar em Complexo de Édipo, faremos uma sucinta explicação sobre o fenômeno. Ele é responsável por grande parte dos sentimentos de culpa do inconsciente e ocorre durante a fase fálica. O termo, designado por Freud, refere-se ao conjunto de desejos amorosos e afetuosos que os meninos sentem em relação à mãe e sentimentos hostis em relação ao pai que passa a ser visto como um rival. Isso acontece devido ao início da formação da identidade sexual da criança. É durante o complexo de Édipo que o Superego surge para reprimir os impulsos do Id, quando a criança se dá conta de que os sentimentos de amor e ódio pelos pais são proibidos. Como forma de punição pelos pensamentos inaceitáveis, o menino acredita que o pai possa vir a lhe castrar, assim como fez com a menina, pelo menos na sua imaginação, ao observar que as meninas não possuem o falo. Assim, o menino abandona os desejos incestuosos com mãe e reprime o desejo de matar o pai, passando a se identificar com ele como forma de agradá-lo e evitar a castração.

Já com as meninas, elas se interessam pelo pai e começam a competir com a mãe para conseguir sua atenção, se tornando hostis com a mãe, sua rival. Mais tarde, as meninas observam não possuir o falo, passando a se sentir inferiores por isso, o que explicaria o porquê de muitas mulheres se

sentirem menos merecedoras, mais frágeis ou menos capazes do que os homens.

“Conjunto organizado de desejos amorosos e hostis que a criança sente em relação aos pais. Sob a sua forma dita positiva, o complexo apresenta-se como na história de Édipo-Rei: desejo da morte do rival que é a personagem do mesmo sexo e desejo sexual pela personagem do sexo oposto. Sob a sua forma negativa, apresenta-se de modo inverso: amor pelo progenitor do mesmo sexo e ódio ciumento ao progenitor do sexo oposto. Na realidade, essas duas formas encontram-se em graus diversos na chamada forma completa do complexo de Édipo. Segundo Freud, o apogeu do complexo de Édipo é vivido entre os três e os cinco anos, durante a fase fálica; o seu declínio marca a entrada no período de latência. É revivido na puberdade e é superado com maior ou menor êxito num tipo especial de escolha de objeto.” (LAPLANCHE, 1996, pág. 77)

Com a formação do Superego, que institui a consciência moral, tais desejos passam a ser percebidos como inaceitáveis e precisam ser eliminados. Como forma de resolução para seus conflitos, a criança utiliza de dois mecanismos de defesa do ego:

- A Repressão, na qual a mente bloqueia as lembranças sobre os desejos e memórias, e elimina os impulsos, banindo-os do consciente; e
- A Identificação, quando a criança passa a incorporar características do genitor do mesmo sexo. No caso dos meninos, para diminuir a ansiedade gerada pelo medo da castração, eles começam a se assemelhar ao pai como forma de proteção. Enquanto que no caso das meninas, a identificação com a mãe ocorre ao perceberem que ambas não possuem falo, portanto não há o que invejar, conseqüentemente não são adversárias, são equivalentes.

Ainda no que se refere à observação das teorias de embasamento da psicanálise, temos os Mecanismos de Defesa do Ego. Devido às tentativas do Ego em reprimir os impulsos do Id, uma tensão é gerada no aparelho psíquico. Tal tensão pode se tornar insuportável se passada para o nível de

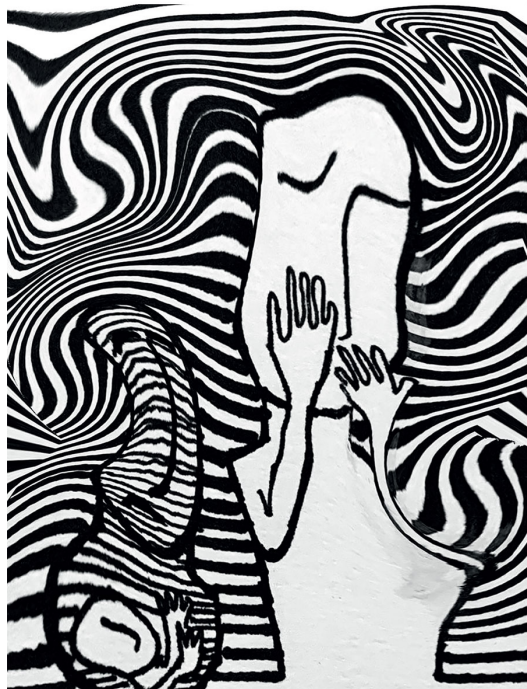
consciência do indivíduo, então, como forma de se defender de tais representações que geram medo e ansiedade, o Ego modifica a realidade, excluindo da consciência tais conteúdos indesejáveis. Através dos mecanismos de defesa, os impulsos do Id são parcialmente satisfeitos, pois se não fosse assim, geraria mais conflitos na psique.

O mecanismo de defesa considerado bem-sucedido, ou seja, quando o sujeito consegue cessar a ansiedade provocada por tais impulsos transformando os impulsos inaceitáveis do Id em algo útil e aceito socialmente, é denominado Sublimação.

Por outro lado, existem mecanismos de defesa menos eficazes como: a Negação, quando o indivíduo nega a existência de algo; a Formação Reativa, caracterizada como o inverso da realidade, onde a pessoa age exatamente ao contrário do que deseja; o Isolamento, que exclui da consciência o fator gerador de ansiedade através de uma reação emocional de indiferença; a Projeção, caracterizada pela atribuição ao outro aquilo que é seu; o Deslocamento, onde o indivíduo direciona o impulso original para outro objeto; e por fim, a Fixação, que se relaciona com a Regressão, quando o indivíduo não sabendo lidar com os impulsos do Id fixa sua libido numa determinada fase de desenvolvimento psicosssexual considerada boa. Nesses casos dizemos que são mecanismos de defesa patogênicos, pois não cessam a ansiedade e acabam por estabelecer um ciclo de repetições.

Com base nessas teorias e objetivando a compreensão do desenvolvimento do Transtorno do Pânico, devemos investigar como foi a infância do indivíduo, seu desenvolvimento, sua dinâmica familiar, fatos acontecimentos relevantes e qual a maneira encontrada para lidar com essas experiências. Trabalhando de forma analítica para transpor material inconsciente para um nível consciente, buscando compreensão e algumas repostas para movimentos repetitivos e irracionais. A forma como lidamos com nossas questões diz muito sobre como nos organizamos para lidar com os traumas através dos Mecanismos de Defesa do Ego.

3. Compreenda a Estrutura Neurótica



“Nunca saberei se minhas lembranças são reais ou foram criadas por uma criança silenciada que só encontrava um bom lugar quando usava a imaginação, mas sei que todo sofrimento, mágoa, tristeza e insegurança que sinto são bem reais e estão aqui pertinho de mim, em mim.”

Mia Koda

Com a proposta psicanalítica de que o inconsciente constitui a formação dos sintomas, transtornos, sofrimentos e comportamentos, entendemos que o ser humano possui pouco controle sobre seus próprios atos, assim como não possui controle sobre o surgimento e manutenção dos transtornos mentais. A interação que acontece entre o inconsciente, o pré-consciente e o consciente é responsável pelo funcionamento adequado ou patológico na mente humana. E os conteúdos reprimidos ou recalcados que surgem com essa interação geram sofrimentos que, dependendo da força e duração, podem desenvolver algum tipo de patologia.

Para a psicanálise, existem três tipos de estrutura de personalidade: Psicose, Perversão e Neurose. Ressaltando que estrutura não significa necessariamente um transtorno, nem tão pouco uma normalidade, todas as estruturas podem ser patológicas ou não, pois, na visão psicanalítica, o que difere o estado normal do estado patológico é o grau de sofrimento sentido pelo indivíduo e a capacidade ou incapacidade de se relacionar e exercer uma vida social e profissional satisfatória com algum prazer e eficiência, dentro dos padrões da sociedade. Certamente que, para a devida definição e compreensão de cada tipo, seria necessário o estudo de toda uma literatura sobre o assunto. Faremos um discurso muito breve da Psicose e Perversão apenas para efeito de diferenciação das Neuroses.

Psicose é um estado mental patológico que leva o indivíduo a perda de contato com a realidade, resultado do conflito entre o Eu e o mundo externo. Manifesta-se através de delírios, alucinações, confusão e comprometimento da memória. Existe uma desestruturação da personalidade, observando também uma alteração do juízo da realidade e comprometimento da vida social e pessoal, podendo ocorrer retraimento social e incapacidade de desempenhar funções e tarefas. Compreendemos por estrutura psicótica indivíduos que, de forma muito particular, projetam seus desejos mais primitivos nos outros. Eles encontram fora o que excluem

de dentro de si mesmos, como forma de defesa do Ego para tudo aquilo que é inaceitável. Dentro da estrutura psicótica encontram-se os indivíduos esquizofrênicos, paranoicos, maníacos, depressivos e autistas.

Enquanto que Perversão engloba os sujeitos que não apresentam sintomas neuróticos nem desestruturação ou alterações da realidade, porém observa-se uma redução ou falta da moral, de cunho sexual. Perversos são aqueles que buscam a satisfação e o prazer continuamente, sem se limitar por padrões ditos normais de comportamento. São indivíduos que negam normas e regras sociais, que não reprimem sentimentos e desejos, não sentem culpa por seus atos, desde que tenham obtido algum tipo de estímulo e prazer sexual. As fantasias e os comportamentos dos perversos, foram classificadas e denominadas por Freud como Parafilias, sendo algumas delas o incesto, a zoofilia, a pedofilia, o fetichismo, o sadomasoquismo, a necrofilia, o exibicionismo, o voyeurismo, as mutilações sexuais e outros.

Já as neuroses são formas de organizar a vida e os sofrimentos causados por experiências, traumas e recalques, geradores de conflitos e frustrações. O sujeito neurótico é aquele que, apesar de passar por algum tipo de sofrimento, não perde a conexão com a realidade. O que distingue a neurose da normalidade é a intensidade do comportamento e a incapacidade de resolução de conflitos de maneira satisfatória.

Os sintomas do neurótico são observados em três categorias clínicas, sendo elas:

- a) Angústia, que envolve estados de ansiedade extrema, como Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), Transtorno do Pânico (TP) e os quadros Fóbicos de Agorafobia, Fobia Social e Fobias Específicas;
- b) Obsessivo-compulsiva, Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) qualificado por um constante sentimento de dúvida, perfeccionismo, verificações e preocupação com pormenores, obstinação, prudência e

rigidez excessivas, com início na adolescência ou no começo da fase adulta;

- c) Histeria, instabilidade emocional, intolerância às frustrações, impulsividade, acrescidos de um sintoma manifesto no corpo, somatizações como paralisias, coceiras, cegueira, náuseas, desmaios entre outros.

A Neurose de Angústia

Freud estabelece a angústia como derivada de um trauma, que vem a servir ao indivíduo como um alerta, um sinal vermelho indicando que ele se contenha e não siga adiante em seus pensamentos e recordações, com intuito de evitar lembranças ou representações ligadas ao próprio trauma, pois tais representações, imagens e recordações são conteúdos que ele não consegue lidar.

Todo indivíduo, segundo a psicanálise, carrega consigo dois tipos de traumas ocorridos na infância e que podem vir a contribuir com a formação da estrutura de personalidade neurótica, neste caso especificamente a Neurose de Angústia. Os traumas ao qual nos referimos são: o trauma do desamparo, original após o nascimento, e o trauma do medo da castração na fase fálica.

A experiência de desamparo original aflige a todos, uma vez que somos incapazes de sobreviver sozinhos, seja por um determinado período da infância no que se refere à questão física, ou ainda, por toda a vida de caráter emocional. O rompimento, a separação e o trauma causado com o nascimento, formula a primeira experiência de angústia do ser humano. O desamparo original nos ameaça pelo resto da vida, podendo se manifestar, em casos mais extremos, com os sintomas do Transtorno do Pânico.

Quando nos referimos ao medo da castração na fase edipiana ou fálica, dizemos de uma castração simbólica, onde a criança se sente ferida pelo fato de ser impossibilitada de realizar seus desejos. Esses sentimentos são o

objeto de trauma, uma vez que o sujeito precisa redirecionar sua libido àquilo que lhe parece possível e aceitável, reprimindo assim os desejos do Id, devido ao medo da castração. Nesse sentido, a maneira como o Ego lida com a falta de vazão para a energia libidinal são cruciais para o desenvolvimento saudável do indivíduo. Caso o Mecanismo de Defesa do Ego utilizado para lidar com essas questões seja a Sublimação, como abordamos anteriormente, dizemos que o indivíduo encontrou um jeito saudável e bem-sucedido de elaborar o Complexo de Édipo, redirecionando seus desejos inaceitáveis para fins construtivos e socialmente aceitos. Exemplos clássicos de Sublimação são: o lutador de boxe, que encontra no esporte uma maneira de extravasar sua agressividade de maneira socialmente aceitável, assim como o sujeito com o discurso de extravasar suas decepções e tensões do dia a dia em academias de ginástica. Outros empregam na criatividade artística todo conteúdo reprimido, criando obras de arte como pinturas, esculturas, peças de teatro e músicas. De maneira mais simplista, a mãe amorosa pode sublimar seus desejos inaceitáveis fazendo pratos deliciosos e cuidando de maneira impecável do lar da família, encontrando assim algum conforto e prazer através do reconhecimento do marido e dos filhos.

Quando o inconsciente do indivíduo utiliza de Mecanismos de defesa menos eficazes, a dor, frustração e culpa podem se transformar em conflitos mentais geradores de angústia. Pois, ainda que o indivíduo se esforce para anular os desejos inaceitáveis, estes os perturbam inconscientemente. Como no caso do Mecanismo de Defesa de Fixação, facilmente observado em adultos que parecem Regredidos, com comportamentos infantis, agindo muitas vezes de forma irresponsável, com uma fala infantilizada, usando roupas inadequadas e se posicionando nos relacionamentos como uma criança que deve ser cuidada.

Nas neuroses de angústia, quando não podemos identificar o objeto causador de medo, devemos considerar que muitas vezes o próprio sujeito é o objeto, que se percebe sequestrado, tomado e sem condições de exercer

sua existência enquanto querer e decidir, encontrando-se num estado paralisado. Existe uma falta de elementos e uma expectativa, o sujeito espera por algo, seja algo desejado, mesmo sabendo que não vai acontecer ou algo indesejado, que sabe e espera que de alguma forma aconteça. Tal espera pelo pior e falta de domínio da própria existência, deixa o sujeito sempre preocupado, buscando exercer o controle sobre suas suposições do que pode vir a acontecer, cercando-se de proteções para coisas cotidianas reais. Evitando assim, pensar sobre aquilo que não sabe bem o que é, mas quer evitar. As expectativas futuras fazem referência a algo que aconteceu no passado. Todo o temor por algo que pode vir a acontecer, na verdade, já aconteceu, é um trauma, portanto, uma experiência já vivenciada e que o sujeito teme que aconteça novamente.

“A angústia (Angst) tem inegável relação com a expectativa: é a ansiedade por algo. Tem uma qualidade de indefinição e falta de objeto.”

(FREUD – 1926, Inibições, sintomas e angústias)

Os sintomas da Neurose de Angústia

Tais repressões e desejos precisam encontrar vazão, a mente precisa escoar a energia psíquica causada por estados de angústia, então, não encontrando outra saída, o sujeito se arranja por meio dos sintomas. Sendo assim, os sintomas são consequências de um processo de repressão, podendo ser somáticos ou psicossomáticos.

Os sintomas somáticos manifestam-se de forma física:

- Problemas dermatológicos, alergias na pele;
- Tensão muscular;
- Boca seca;
- Picos de calor excessivo ou calafrios;

- Sudorese, suor, transpiração;
- Cefaleia, dores de cabeça;
- Tremores;
- Sensação de náuseas, enjoo, vômito;
- Taquicardia, desconforto torácico ou a sensação de que o coração está disparado, acelerado ou pulou um batimento (palpitações);
- Dificuldade em respirar, falta de ar;
- Entre outras dores físicas.
- Outras aflições de caráter cognitivo também são sintomas da Neurose de Angústia, são os sintomas Psicossomáticos, como:
 - Mal-estar, desconforto;
 - Sensação de perigo iminente;
 - Pensamentos de impotência e falta de controle ou limitação;
 - Isolamento, esquiva;
 - Irritabilidade e impaciência;
 - Falta de concentração;
 - Distorção da percepção do tempo, tendo hora que o tempo não passa – sensação de lentidão – e hora que o tempo é curto demais;
 - Despersonalização, sensação de estar separado do próprio corpo;
 - Desrealização, sensação de que o ambiente externo não é real.

“A ansiedade é uma reação a uma situação de perigo. Ela é remediada pelo ego que faz algo a fim de evitar essa situação ou para afastar-se dela. Pode-se dizer que criam sintomas de modo a evitar a geração de ansiedade. Mas isso não atinge uma profundidade suficiente. Seria mais verdadeiro dizer que se criam sintomas a fim de evitar uma situação de perigo cuja presença foi assinalada pela geração de ansiedade”.

(Freud, 1996b, p. 128)

Tanto os sintomas somáticos quanto os psíquicos causam sofrimento e prejuízo para o indivíduo, seja da ordem da alteração do sono, dormir demais ou de menos, na alimentação, podendo sentir uma fome voraz ou nenhum apetite, levando a inibições que afetam as relações sociais e amorosas, quando o sujeito acaba por se privar de experiências sadias para os relacionamentos sociais, na vida amorosa ou até mesmo profissional devido ao medo de ser acometido por uma crise.

A inibição é uma consequência das crises, pois representa o abandono de uma atividade devido ao temor de que a realização de tal atividade possa vir a produzir novamente uma ansiedade. Contudo, deve ser conjecturada isoladamente, como renúncia que gera implicações patológicas e não por ser em si a patologia.

“Os principais sintomas da neurose de angústia, segundo Freud, são: (1) irritabilidade geral; (2) expectativa angustiada; (3) sentimento de angústia; (4) ataques de angústia; (5) pânico noturno; (6) vertigem ou tontura; (7) algumas fobias específicas, como agorafobia; (8) distúrbios digestivos; (9) parestesias; e (10) outros sintomas crônicos.”

(LYRA, 2018, p.87)

4. Desvendando a Crise de Pânico



“Bruscamente sou tomada pelo medo e o vazio. Sinto um frio no estômago, uma dor intensa no peito e não consigo respirar. Atordoada, tenho a sensação de cair, estou fora de mim, sem corpo, sem chão.”

Mia Koda

A crise de pânico é, particularmente, brusca e inesperada, extremamente intensa e com duração breve, atingindo seu pico em até 10 minutos.

O desencadeamento de uma crise ou ataque de pânico não requer, como via de regra, um acontecimento ou ponto de partida, podendo ocorrer através da percepção clara de um fato, como o testemunho de um acidente de trânsito, o falecimento de um familiar, ser acometido por doença ou sem que haja um fator claro e específico, algo que surge aparentemente sem nenhuma causa racional.

Quando há um fato, um marco na vida do sujeito, o transtorno do pânico tem um caráter racional, é possível de ser explicado, pois houve um desencadeante que fez o sujeito perceber a falta de garantias da vida. Mas, quando o sujeito vive uma vida estável, sem perdas recentes ou ter passado por uma situação extrema, o pânico surge como algo sem sentido, inexplicável e, portanto, precisa de um maior aprofundamento nas memórias da infância para compreender suas origens.

As crises de pânico são momentos de forte sentimento de angústia e ansiedade, em que os sintomas se apresentam de forma intensa e repentina. Ainda que de forma desorganizada e pouco eficaz, o sujeito tomado pelo pânico luta pela própria vida, permanecendo desperto, porém aterrorizado e paralisado diante da possibilidade de aniquilamento.

Pessoas que sofrem com o Transtorno de Pânico precisam lidar com uma frequente expectativa de que o pior vai acontecer, é inevitável. Então, a crise se estabelece com objetivo de colocar um fim na angústia da espera, parecendo ser uma maneira eficiente do sujeito sentir alívio e então poder descansar do estado constante de alerta, mesmo que momentaneamente. Por algum motivo, a expectativa constante de algo ruim e algo incógnito é mais terrível que os sintomas de uma crise de pânico, portanto, parece viável, para

o inconsciente, manifestar uma crise aguda, porém passageira, para dar vazão a toda energia psíquica.

A cada nova ocorrência de uma crise ou ataque de pânico, o sujeito experimenta novamente todos os sintomas. Parece que nada pode ser aprendido com os episódios anteriores, tudo se repete, mudando apenas o grau de intensidade, sem que o indivíduo consiga empregar alguma estratégia que lhe auxilie a controlar os sintomas. Cada experiência, apesar de nova, é igual, portanto, nossos esforços devem ser empregados nos momentos que antecedem a crise, visando a diminuir sua intensidade. Uma vez que a crise ainda não se estabeleceu, o sujeito pode agir com técnicas de respiração e autossugestão que serão explicadas mais adiante.

Durante uma crise, o sujeito experimenta o sentimento de total falta de garantias sobre a própria vida. A certeza da morte aterroriza e paralisa, não há esperanças de sobrevivência, apenas o desejo de que tudo acabe logo.

O sujeito percebe-se desamparado no momento em que mais precisa, ele não encontra o líder, nem o pai ou qualquer figura que, de alguma forma, tenha lhe prometido redenção. Fica evidente que não haverá salvação, pois, não existe alguém, uma face a quem possa confiar sua existência. Encontra-se sozinho, abandonado, enganado, impotente e fragilizado.

O desamparo não é um sentimento experimentado momentaneamente, e sim, algo que acompanha o sujeito por toda a vida. Os sintomas causados pelo desamparo são manifestados durante um período de tempo delimitado, mais especificamente durante uma crise de pânico. Porém, o sentimento de abandono, impotência e insegurança são vivenciados a todo momento, em várias ocasiões, mesmo que de forma inconsciente.

“No fim de sua vida, Freud trata do desamparo a partir da perspectiva da radical falta de garantias do ser humano, que a criação dos deuses e dos “grandes homens” busca compensar. Assim, na época em que Freud interroga-se sobre a origem da religião e da criação dos deuses, é precisamente o desamparo [*Hilflosigkeit*] que ele encontra em primeiro

plano, dessa vez relacionado de modo íntimo ao Édipo e ao complexo paternal e assumindo uma dimensão cultural.”
(PEREIRA, 2008, p.127)

O que fazer durante uma crise

O caráter repentino da crise impede uma possível providência do sujeito para evitar que esta se estabeleça. No entanto, pessoas que sofrem com o transtorno, ao perceberem que estão sendo tomadas pelos sintomas, devem pedir ajuda.

Acontece que não há possibilidades de prever a crise. Quando e onde o sujeito será acometido por um ataque de pânico, são enigmas que não serão respondidos com precisão. Sendo assim, resalto a necessidade desta obra chegar às mãos do maior número de pessoas possível. Devido à incapacitação causada pela crise, ter conhecimento sobre o Transtorno do Pânico não deveria ser uma particularidade daqueles que vivem tal desordem, pois é, justamente, aqueles que não podem ver o horror da morte iminente que podem oferecer ajuda durante um evento de pânico.

Nesta parte da obra compartilharemos com você, leitor, experiências pessoais da autora com indivíduos em plena crise de pânico, ocasiões em que alguns procedimentos foram eficientes para minimizar a intensidade dos sintomas e trazer algum alívio imediato, ou, pelo menos, num período de tempo razoável em consideração à intensidade do sofrimento causado pelos sintomas. Alguns detalhes, como nome e local, foram alterados para preservação da identidade do sujeito.

Alguns pacientes relatam que, momentos antes de sofrerem uma crise de pânico, foram subitamente tomados por um intenso sentimento de medo e logo em seguida sentiram os primeiros sintomas físicos, como tontura, taquicardia e falta de ar. Considerando que possa haver uma organização no caos de uma crise estabelecida, seria prudente que pessoas acometidas por este transtorno, observassem a existência de uma sequência nos eventos,

para que, assim que notasse os indícios de uma suposta crise, pudessem pedir ajuda. Como Lúcia fez.

Relato pessoal da autora:

“Eu estava tomando café em casa com minha amiga Lúcia, tudo corria bem, a conversa era agradável e o clima estava fresco e ensolarado. Por um instante Lúcia foi ver o beija-flor que visitava meu jardim, enquanto eu permaneci na cozinha. Num “piscar de olhos”, como costumamos dizer, Lúcia começou a sentir dificuldades para respirar e gritou por mim. Neste momento, corri para ver o que havia acontecido e encontrei Lúcia agachada no chão, apoiando-se nas paredes, seus olhos estavam baixos e havia uma expressão de dor no seu rosto, ela tremia e respirava com dificuldade. Percebi que se tratava de uma crise de pânico, algo que Lúcia nunca havia mencionado antes. Aproximei-me de Lúcia, não perto demais para não causar sensação de mais sufocamento, mas tocando suas costas, num sinal de presença e proteção, pedi que ela olhasse pra mim e comecei a guiá-la com palavras de conforto, pedindo sua atenção para a respiração até que, aos poucos, os sintomas começassem abrandar. Infelizmente, essa não foi a única experiência que tive com pessoas sofrendo uma crise de pânico, mas me foi útil para estabelecer alguns métodos que auxiliam o desfecho da crise.”

Caso nos deparemos com uma pessoa em crise de pânico, devemos ter em mente que o sofrimento sentido por ela, naquele momento, além de intenso é tanto da ordem psíquica como física. Tenhamos compaixão e ajudemos. Nem sempre pessoas treinadas estarão disponíveis, imediatamente. Nesses casos, devemos ser solidários e demonstrarmos empatia, sem julgamentos. O conhecimento de algumas técnicas pode ajudar a não cometermos erros, como por exemplo, menosprezar os sentimentos do indivíduo, questionando os motivos da ansiedade ou duvidando da intensidade dos sintomas. Não devemos dizer coisas como: “mas porque você está assim?”, “isso não é nada”, “toma uma água que passa”. Ou ainda “fique calmo”. Essas frases podem agravar o quadro, pois geram mais sofrimento, mal-estar e ansiedade.

No caso de alguém sofrer uma crise de pânico, sem que haja um profissional da saúde por perto, devemos oferecer nossa ajuda realizando os seguintes procedimentos:

- Aproxime-se da pessoa em crise, mas mantenha uma distância segura para não causar mais sufocamento;
- Toque a pessoa como sinal de amparo, delicadamente e respeitosamente, como por exemplo, nos ombros;
- Mude o foco da atenção, utilizando de uma voz maternal, baixa e tranquila, peça que ela olhe para você, isso é importante para que ela perceba que não está só e alguém estima por ela;
- Com intuito de diminuir a sensação de asfixia, guie a pessoa num exercício de respiração, inspirando e expirando lenta e profundamente, faça isso junto com ela, para que ela entenda e acompanhe o seu ritmo;
- Neste momento é importante fazer sugestões positivas, como por exemplo: “já está passando” ou “está acabando” e reforce seu amparo dizendo “estou aqui com você”;
- Então, ainda com toques respeitosos e sutis, mantenha a voz maternal e solicite que a pessoa relaxe os músculos que estiverem contraídos, geralmente pescoço, maxilar e mãos.

A estratégia de amparo é eficiente e segura para tirar uma pessoa da crise. Não há riscos para quem auxilia, pois não há relatos de reação violenta por parte do sujeito acometido pelo pânico, pelo contrário, a fragilidade é um estado comum percebido durante a crise.

5. Como a Psicanálise pode ajudar



“Já não era mais criança, não na idade e no corpo físico. Mas, apesar de ter crescido, ainda existia uma criança dentro de mim, doente, amedrontada, sozinha e desamparada.”

Mia Koda

É fundamental compreender a dinâmica da angústia para investigar e trabalhar as causas que levam ao transtorno. Como vimos, para a psicanálise, a angústia é uma ocorrência de uma situação traumática, que tem como consequência a sensação de desamparo com a qual o sujeito não pode lidar. Enquanto a ansiedade e seus sintomas são como um sinal de “pare”, diante do perigo iminente em recordar tal trauma. No tratamento psicanalítico das manifestações ansiosas, muitas vezes, o sujeito irá se deparar com uma sensação de falta, perda ou separação do objeto amado, como perigo a ser evitado.

“Como Freud sustentará trinta anos mais tarde em *Inibição, sintoma e angústia*, sentir-se amado pelo “ser superior” representa, no inconsciente, a proteção contra todas as ameaças. Correlativamente, a perda do amor ou separação do ser protetor corresponde ao maior dos perigos: o de ser abandonado à própria sorte ante um desamparo sem esperança.”
(PEREIRA, 2008, p.137)

Considerando que o sentimento de desamparo seja a fonte do desconforto dos acometidos pelo Transtorno do Pânico, cabe aos psicanalistas, guiarem o sujeito na busca pela identificação, compreensão e ressignificação daquilo que não está consciente. E isso se faz por meio do manejo psicanalítico, que tem como principal fonte de informação a fala do indivíduo.

O manejo psicanalítico diz respeito a uma investigação profunda dos conteúdos trazidos pelo indivíduo pela livre associação de ideias, interpretação dos sonhos, dos chistes e dos atos falhos. Durante a fala do sujeito em análise, o psicanalista ouve e investiga atentamente, a fim de identificar o trauma vivenciado, compreender qual o mecanismo de defesa empregado pelo sujeito para lidar com o trauma, fazer conexões entre os comportamentos repetitivos e as experiências vividas no passado e implantar uma nova forma de lidar com questões ligadas ao sentimento de desamparo e angústia.

Investigação e Interpretação de Conteúdos Inconscientes

Tornar consciente da origem do afeto é um passo importante no tratamento psicanalítico, pois o alívio dos sintomas de uma crise, apesar de serem fundamentais para a saúde da pessoa, não é suficiente para resolver as demandas que originam a ansiedade e o pânico. Faz parte da técnica psicanalítica instigar a fala do indivíduo, para que através de uma escuta atenta se possa questionar e aprofundar os conteúdos que virão à tona. Esses conteúdos surgem por meio da livre associação de ideias e serão analisados e interpretados pelo psicanalista, juntamente com os chistes, os atos falhos e os sonhos.

Livre Associação

Trata-se de toda a fala direta do sujeito. Os desabaços sobre determinados acontecimentos, suas percepções e deduções de situações que trouxeram algum tipo de sofrimento, as lembranças positivas e como ele reage a elas, as histórias contadas espontaneamente, sejam elas fatos reais ou fantasiosos.

Nesse momento, para que se possa realizar uma ampla coleta de dados, o psicanalista incentivará os relatos sobre diversos temas, entre eles:

- Constituição familiar e qual o entendimento do indivíduo como o ideal de família, se esse ideal foi vivenciado ou se a “falha” na estrutura familiar acarretou traumas; compreendemos por falha quando ocorre algo que o sujeito considere fora dos padrões de normalidade. Não é importante, nesse momento, o que a sociedade pensa e sim como o sujeito compreende, como no caso de não haver uma figura amorosa e forte o suficiente para proteger;

- Traumas, como por exemplo: doenças graves de um dos genitores, divórcios, falta de interesse dos pais ou cuidadores pelo bem estar do sujeito, isolamento social, repressão, separações por longo período de tempo de um dos genitores, violência doméstica, acidentes, abusos, falta de atividades de lazer, perda de um animal de estimação, agressões físicas e/ou psicológicas, etc.;
- Cultura, ou seja, todo o emaranhado que envolve a arte, o folclore, as crenças, as leis, a moral, os costumes e os hábitos das pessoas que fazem parte do ambiente que o indivíduo vive, tudo isso diz muito a respeito dos interesses e do comportamento do sujeito, inclusive do que ele pensa a respeito de certo e errado, bom ou mal, normal ou anormal, etc.;
- Religião, assim como a Cultura, a religião intervém na postura do sujeito com relação à moral e ao autodesenvolvimento, podendo servir como inibidor para a realização dos desejos do Id e como estímulo para os sentimentos de culpa e a punição do Superego. Geralmente é na educação religiosa que encontramos o conceito de um Deus, ou vários Deuses, como seres poderosos, fortes, benevolentes e protetores, que nos livram de todo mal;
- Felicidade e suas representações, tudo aquilo que o indivíduo almeja e experimenta como fonte de prazer, alegria e possui grande relevância para o bem estar;
- Relacionamentos interpessoais, que podem ser de ordem familiar, amoroso, profissional ou de pertencimento, como amigos e tribos (grupo de pessoas ao qual o sujeito se identifica);
- Relacionamentos intrapessoais, como o sujeito enxerga-se, se possui um bom nível de autoconhecimento, baixa ou elevada autoestima, se consegue identificar suas próprias qualidades, se trabalha no autodesenvolvimento, se cuida da saúde, sua vaidade e cuidados pessoais, enfim, suas considerações sobre tudo que envolve a si mesmo.

O manejo psicanalítico também se faz presente na observação dos conteúdos indiretos que o sujeito leva para a sessão.

Chistes

É a descarga de um material incomodo através de uma brincadeira. Expressar uma opinião consciente, de um material que seria reprimido, mas com o cuidado de não causar conflitos, usando para isso o artifício do humor, como por exemplo, anedotas, histórias inventadas, chacotas e zombarias.

Atos Falhos

É uma forma de expressão inconsciente, como tudo aquilo que escapa. O riso inoportuno, o corpo físico transparecendo seus verdadeiros sentimentos como expressões faciais de nojo durante uma conversa sem que o tema seja condizente com tal repulsa ou na forma de atração como um toque mais carinhoso ou um olhar paquerador e imaginativo, os erros nos comportamentos como tropeçar em alguém ou quebrar algo, os atrasos indicando o desejo de não estar ali, a falha de memória (esquecimentos) e os equívoco na palavra falada ou escrita, além de deslizes na citação de nomes e datas.

Interpretação dos Sonhos

Um dos grandes marcos na carreira de Freud foi a narrativa dos sonhos e a interpretação psicanalítica de seus significados. A interpretação dos sonhos é uma das ferramentas mais utilizadas no manejo psicanalítico e tem como objetivo identificar informações que surgem de forma bastante simbólica durante o sonho, como as emoções reprimidas e os desejos que só

podem ser satisfeitos pelas ilusões e fantasias pelas quais não temos controle, portanto, não temos responsabilidades.

O tratamento daqueles que sofrem com o Transtorno do Pânico incide na compreensão da história de vida do sujeito e tudo aquilo que ele não consegue lidar. Sendo assim, analisar profundamente a vida do sujeito, investigando as conexões existentes entre passado e presente é de grande importância para compreender como o Ego se organizou para se defender dos desejos inaceitáveis e das lembranças ditas traumáticas, para que assim possamos encontrar meios mais saudáveis para o sujeito lidar com as demandas do mundo, objetivando reduzir os sintomas da ansiedade e da angústia.

É durante uma sessão de análise que o sujeito tem a oportunidade de compreender sua constituição psíquica, estudando a influência do ambiente, identificando suas crenças e questionando os valores morais. Permitindo-se examinar com um olhar mais crítico a interferência das organizações na sua própria vida, como a composição familiar, a cultura do país, a religiosidade, as condições socioeconômicas e o estado.

Identificação dos Mecanismos de Defesa

Os mecanismos de defesa são formas que o sujeito encontra para lidar com fatores estressores geralmente relacionados à sexualidade ou agressividade. É uma dimensão importante da estrutura da personalidade, pois é uma condição diagnóstica que difere: Psicose, Neurose e Perversão. O sujeito acometido pelo Transtorno do Pânico, portanto Neurótico, possui padrões de defesa que transitam entre a Repressão (Recalque), a Regressão (Fixação), a Projeção e a Somatização.

Repressão ou Recalque

A Repressão ou Recalque é um Mecanismo de Defesa em que o sujeito, não suportando aceitar ou lidar com determinados problemas ou estressores (acontecimentos, sentimentos, desejos, pensamentos dolorosos ou perigosos), esconde de si mesmo, de forma automática e inconscientemente esses conteúdos, para que não cheguem ao nível de consciência. Em outras palavras, podemos compreender como Repressão ou Recalque todo conteúdo inaceitável que foi esquecido pelo sujeito. Vale lembrar que na dinâmica da Teoria Topográfica da Mente as memórias não são de fato apagadas, elas permanecem num nível inconsciente e podem ser acessadas de forma indireta pela Livre Associação de Ideias. Portanto, os conteúdos recalcados alojados no inconsciente continuam a causar sofrimento ao sujeito indiretamente.

Regressão ou Fixação

É pertinente pensarmos no sujeito com Transtorno do Pânico, caso seja um adulto, como alguém regredido que necessita de cuidado e amparo tal qual uma criança. Afinal, como estudamos até aqui, as crises são extremamente debilitantes e as privações de atividades em ambientes percebidos como inseguros priva o sujeito de realizar atividades rotineiras. Durante o tratamento terapêutico, numa dinâmica de ajuda mútua entre terapeuta e paciente, é de suma importância fazer um levantamento das fases de desenvolvimento psicosssexual e estudar a possibilidade de o sujeito estar fixado em alguma delas. Através da análise de todo conteúdo que o sujeito leva para uma sessão, e isso pode levar algum tempo, é possível identificar as representações inconscientes que fizeram parte do processo de construção da personalidade e os mecanismos de defesa do ego utilizados pelo sujeito, tornando possível encontrar algumas respostas para o sentimento de desamparo que agora vem assombrar o sujeito e de, certa forma, proteger, ainda que de maneira pouco sadia.

Ao perceber-se num momento da vida onde não encontra garantias e, conseqüentemente, sente-se desamparado o indivíduo, em sua ansiedade e angústia, buscará, como forma de proteção, fixar-se numa outra época, onde, de alguma forma, ele tenha tido prazer, satisfação e amparo.

Como por exemplo, o sujeito que foi amamentado pela mãe de forma prolongada e excessiva, certamente poderá regredir a fase oral, pois nessa época, a sensação de total segurança e amor era assimilada todas as vezes que a mãe sucumbia às suas vontades.

Projeção

A Projeção é a maneira que o Ego encontrou de externar o problema. Os atributos pessoais do sujeito, seus pensamentos, desejos e comportamentos inaceitáveis, desagradáveis ou indesejados, são conferidos a outra pessoa. A projeção, no caso dos indivíduos neuróticos, causa um alívio da ansiedade, por permitir a expressão dos impulsos inconscientes de forma disfarçada. Um exemplo de projeção é quando o sujeito que, no seu íntimo, possui o desejo de fazer sexo com alguém e não podendo admitir tal sentimento, cria a ilusão de que essa pessoa o cobiça e o persegue.

Outra forma de projetar é quando estamos apaixonados e acabamos por atribuir aos outros algumas qualidades que eles não possuem, como características virtuosas de honestidade, bondade e amor, algo do nosso desejo, mas que nem sempre existe.

Dentro de um quadro de Transtorno do Pânico, faz sentido procurarmos indícios de o sujeito estar projetando algum sentimento. Considerando a possibilidade de que nem todas as memórias sejam, de fato, acontecimentos reais, podendo fazer parte de um contexto imaginário, não devemos descartar a possibilidade da fonte de angústia e ansiedade estar relacionada aos sentimentos e desejos inaceitáveis do Ego e, portanto,

projetados em outras pessoas. Uma investigação cuidadosa sobre a utilização da projeção como defesa é muito relevante para o tratamento.

Somatização

E, por fim, a Somatização, que é uma das primeiras expressões dos mecanismos de defesa no ser humano. Ainda na infância, podemos observar tal fenômeno, quando, por exemplo, a criança que, ao ficar envergonhada, tem suas bochechas roborizadas (avermelhadas). Assim como os demais mecanismos a Somatização é a maneira inconsciente que o sujeito encontra de lidar com suas questões, transferindo para o corpo, muitas vezes em forma de dores e doenças, os sentimentos, as lembranças e os desejos originalmente inaceitáveis.

“Quando crianças pequenas não são auxiliadas por seus cuidadores a fim de colocar seus sentimentos em palavras, tendem a expressá-los em estados corporais esgotados (doenças) ou em ações. Somatização foi o nome dado por analistas ao processo pelo qual os estados emocionais se expressam no físico.”

(MCWILLINS, 2014, pág. 138)

No Pânico, as somatizações são todos os sintomas físicos que o sujeito experimenta, como dor no peito, náusea, tontura, tremor, sudorese, entre outros.

No entanto, a investigação psicanalítica sobre os Mecanismos de Defesa utilizados pelo indivíduo não deve se prender a possibilidades enxutas. É importante que se realize uma pesquisa profunda e incansável sobre quais os mecanismos que estão sendo utilizados para suprir a ansiedade e conduzir o objeto de repressão para um nível consciente, onde o sujeito possa vir a falar sobre o ocorrido ou os sentimentos gerados de forma a externar de uma vez por todas o objeto causador de angústia.

Para que haja melhora significativa e alívio do sofrimento pelo qual o indivíduo passa é necessário uma reestruturação na forma de lidar com as

incertezas, as faltas e tudo aquilo que ele não dá conta, elaborando novas formas de lidar com as experiências e circunstâncias menos favoráveis, olhando para si mesmo, compreendendo, aceitando e reivindicando seus desejos.

Começando pela observação da fase fálica, quando a criança desenvolve interesse pelo genitor de sexo oposto e que o superego é desenvolvido, portanto, local de repressão e recalque. É também neste momento da vida que supostamente ocorre a formação da estrutura de personalidade neurótica ansiosa.

De acordo com a psicanálise, durante o complexo de Édipo, é formada a estrutura da personalidade do indivíduo, que pode ser psicótica, neurótica ou perversa. Acontecimentos ocorridos nesta fase podem desencadear uma forma de organização do sofrimento, devido à maneira que o indivíduo encontra para lidar com frustrações, através de mecanismos de defesa do ego.

Também nessa fase o sujeito precisa reinvestir sua energia e desejo sexual, que não pode mais ser dirigido à mãe ou ao pai, e para tanto deverá encontrar um novo objeto de desejo.

“Assim, diante da ausência de uma figura paterna onipotente, da falta de um fiador responsável por garantir a estabilidade do eu, restaria ao sujeito duas opções: ou a de construir um sentido possível para a sua própria existência, ou a de cair no desespero e desenvolver o pânico.”

(LYRA, 2018, p.130)

Identificados os Mecanismos de Defesa do Ego utilizados pelo sujeito, é esperado que a consciência de tais manejos suscite um nível de autoconhecimento que estimule a mudança. Quando o indivíduo percebe a dinâmica do pensar, sentir e agir, surge a possibilidade de intervenção e modificações por parte dele próprio.

Durante o tratamento, a transferência ou identificação entre o sujeito acometido pelo pânico e o analista, deve ser trabalhada no sentido de gerar

confiança e libertação. Num primeiro momento, o sujeito precisa confiar no analista como seu genitor e protetor e mais tarde redesenhar a experiência de desamparo com condições mais favoráveis, passando a assumir novas perspectivas sobre como lidar com a vida sem garantias.

Nesse contexto, devemos pesquisar, a fim de transpor para o consciente, afetos relacionados às separações e perdas. Nossa vida é constituída de perdas, algumas mais marcantes e significativas e outras que não atribuímos tanta importância, mas que, somadas e atribuídas a elas mecanismos de defesa pouco eficazes, podem contribuir para a sensação de desamparo e falta de garantias e, conseqüentemente, o sujeito pode desenvolver o Transtorno de Pânico.

Indubitavelmente, o sujeito não recordará de experiências da primeira infância, mas elas estão lá e contribuem para o modo como o sujeito lida com situações mais recentes da vida. Com o manejo psicanalítico, uma escuta atenta e uma interpretação precisa, tais experiências virão à tona e contribuirão com o processo de ressignificação da maneira como o sujeito está lidando com situações semelhantes de ansiedade e desamparo, nas experiências de vida mais recentes.

A vida, em si, não oferece garantias, não há divindade, pai, líder ou ser protetor que ampare os reveses da própria existência. No entanto, essa verdade é de difícil aceitação, não estamos preparados para assumirmos toda responsabilidade e carregarmos sozinhos o fardo que é viver. Desde o nascimento, temos as nossas vidas entregues a outro ser. Desde os primeiros cuidados até a nossa velhice, somos amparados nas doenças. Temos expectativas quanto a viver a felicidade plena ao lado de alguém, seja num relacionamento amoroso ou de amizade. Obter essa consciência e saber lidar com ela através de análise, não é uma tarefa fácil ou rápida, leva tempo, coragem e precisa de um vínculo de transferência com base em confiança, paciência e dedicação.

O suposto objetivo psicanalítico está em fazer que o analisando tome conhecimento de seu desamparo e faça dos seus sintomas algo útil para sua existência, como mecanismo de defesa dos sentimentos de angústia e ansiedade, sublimando seus desejos e exercendo a vida com algum prazer.

“Impõe-se um novo tipo de compreensão da regra de abstinência que, dessa vez, diz respeito ao narcisismo e às pretensões onipotentes do analista. Este, ainda que queira ou que esta seja a demanda de seu paciente, não tem como tomar o lugar de Deus ou da Providência junto àquele. Esse lugar é necessariamente vazio e qualquer progresso que se possa atingir na cura decorre justamente da sustentação desse lugar vazio como tal. É ante ele que o sujeito vai confrontar-se com sua castração, mas também com seus reais desejos e possibilidades de realização. É da aceitação desse vazio, justamente lá de onde se esperava por garantias, que poderá surgir existencialmente algo da ordem de um projeto. A cura psicanalítica passa, portanto, pela confrontação do sujeito com sua própria condição de desamparo.”

(PEREIRA, 2008, p.213)

Não existem garantias de que uma pessoa acometida pelo transtorno do pânico, uma vez em tratamento, nunca mais o terá, pois a própria existência já é uma certeza de que não há garantias e o sentimento de desamparo pode vir a acometer o sujeito mesmo que esse tenha trabalhado suas questões da infância ou esteja sobre cuidados farmacológicos. Entretanto, após uma ampla e bem trabalhada análise de sua existência, seus traumas, suas representações e seus sentimentos, é possível afirmar que o sujeito não será mais o mesmo, e terá condições de reconstruir novas vazões, mais sadias, para suas energias e desejos reprimidos.

Investigação do Trauma

A palavra “trauma” deriva do grego *trauma*, que significa “ferida”. São acontecimentos indesejáveis, imprevisíveis, como machucados infligidos na mente do indivíduo, uma frustração que o Ego não consegue processar e que lhe causa dor e sofrimento. Na definição psicológica, o trauma é uma

experiência emocional intensamente desagradável que pode causar distúrbios psíquicos, deixando cicatrizes na mente do indivíduo.

Toda angústia procede de um trauma, algo que aconteceu, ou supostamente aconteceu e não pode ser lembrado, deve ser recalcado como forma de defesa que visa evitar a revivescência daquilo que o sujeito não consegue lidar.

Dentro do trabalho de investigação terapêutico é importante ressaltar que não necessariamente as lembranças do indivíduo são de fato um acontecimento, algumas memórias podem fazer parte de um contexto de fantasia e imaginação inconsciente. É difícil solucionar a trama do real e da fantasia, uma vez que mesmo memórias da ordem da imaginação são tratadas como verdade pelo sujeito, que desconhece o real do imaginário e sente como se legítimo fosse. O pensar sobre algo que supostamente aconteceu por toda uma vida o torna real, pois os sentimentos não mentem, a dor existe, a mágoa existe. O dano emocional não é uma mentira, a insegurança e a baixa autoestima, que em alguns casos podem acompanhar a pessoa que sofre com o Transtorno do Pânico, não fazem parte do imaginário.

É fundamental que os traumas sejam identificados e eles virão à tona quando o sujeito tiver a oportunidade de falar sobre seus sentimentos, seus sonhos e suas memórias. Lograr chegar à causa da angústia e origem dos problemas já é o tratamento em si e o que de fato vai permitir o alívio de seu sofrimento.

O trauma que origina a angústia tem a ver como o sentimento de desamparo e está relacionado à infância do indivíduo e como ele se organizou para conseguir viver de forma minimamente saudável. A psicanálise deve explorar a maneira como o sujeito se arranja para evitar a tensão, a dor ou o embate com os seus desejos mais inaceitáveis.

Na adolescência ou vida adulta a conduta se repete, a criança continua exercendo sua maneira de lidar com questões traumáticas da mesma forma

como se arranhou na infância. No caso do Transtorno do Pânico esse arranjo é feito pela somatização que a angústia causa, seus sintomas terríveis são sentidos de forma física e a mente adoece devido aos sofrimentos e prejuízos que o sujeito experimenta. O desmoronar diante do nada e no nada encontrar alívio inconsciente para o sentimento de desamparo diante das dificuldades da vida é uma maneira de organizar a vida de forma a torná-la minimamente possível.

“Esses traumas psicológicos ficam representados no ego da criança, de modo que posteriores acontecimentos, aparentemente banais, podem incidir e evocar essas representações traumáticas determinando um estado de “desamparo”, muitas vezes acompanhado de uma intensa angústia, de um estado de pânico, totalmente desproporcional ao manifesto, fator desencadeante.”

(ZIMERMAN, 1999, p.113)

A cada término de uma crise o sujeito se depara com o alívio, a energia psíquica encontra vazão e alcança certo prazer. Prazer que, dificilmente, seria encontrado de outra forma, pois é no pânico que o indivíduo regride ao estado de uma criança que precisa ser cuidada e então pode encontrar na figura de um protetor o acolhimento tão desejado.

“o que busca um sujeito acometido pelo pânico quando, apesar de seu desespero ele parece se lançar de forma paradoxal exatamente em direção ao pior e ao inominável?”

(PEREIRA, 2008, p.315)

Existe uma antecipação do pior. Sentindo-se desesperançadas e temendo a todo o momento que uma nova crise possa acontecer, pessoas acometidas pelo Transtorno do Pânico, inconscientemente podem vir a germinar uma nova crise para que a angústia da espera se encerre e em seu término obtenha algum tipo de gratificação, seja no fato de ser cuidado ou na percepção de ter sobrevivido mais uma vez.

Ser cuidado, amparado e protegido pode ser um bom ponto de investigação reversa. Se hoje o sujeito busca de forma pouco saudável obter

tais sensações é porque no passado houve uma falha de seus cuidadores que, de algum modo ou por algum motivo, não souberam prover emocionalmente a criança.

Muitos pais não percebem os danos causados aos filhos pela negligência emocional. Pode ocorrer que suas preocupações estejam demasiado concentradas em prover o sustento ou condições mais afortunadas materialmente, ou ainda que sejam pessoas doentes e tão carentes de cuidados quanto os próprios filhos. Somente uma investigação muito individual trará as respostas necessárias.

São muitos os artifícios usados para entreter as crianças para que não perturbem seus cuidadores, muitas são deixadas sozinhas por longos períodos de tempo, tendo como companhia a televisão, os *smartphones* ou, na melhor das hipóteses, as creches. Falar sobre sentimentos ou os acontecimentos do dia não parece ser muito incentivado, sendo comum o uso de perguntas e respostas vazias e superficiais que não escondem a falta de interesse genuíno.

A investigação profunda do fato relatado pelo indivíduo é o que vai fazer emergir as causas, falar sobre as experiências, compreender os sentimentos gerados no indivíduo decorrente do trauma relatado é o ponto de desenlace e deve ser ressignificado.

Ressignificar é dar um novo significado, é uma nova forma de compreender o passado com o objetivo de desenvolver novas possibilidades de se comportar mediante as consequências geradas por determinada situação vivida. A partir de uma possível aceitação daquilo que não pode ser mudado, é pertinente que o sujeito amplie a capacidade de questionar seus sentimentos destrutivos, e decidir se permite ou não que tais traumas continuem a lhe causar algum sofrimento.

6. A psicanálise na prática



“Meu medo é assim, um pesar inesperado parecendo não ter fim. Almejo escapar, mas como fugir de dentro de mim?”

Mia Koda

Pretendendo que o leitor compreenda as possibilidades do tratamento terapêutico analítico, incluímos, nesta obra, um estudo de caso exposto pela Dra. Paola Carloni no artigo: O olhar psicanalítico para o Transtorno de Pânico. Paola é Doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano (USP), Mestre em Educação (UFG), Psicanalista e Professora Universitária. O trabalho expõe detalhadamente o caso de Maria (nome fictício) e divide-se em dois momentos: um no qual se relata o caso clínico, e outro no qual se faz uma análise teórica do caso e da possibilidade de tratamento do pânico por meio da psicanálise. Muito bem escrito e detalhado o caso ilustra a evidência do desamparo em indivíduos acometidos pelo Transtorno de Pânico.

1. - Relato do caso clínico

Maria chegou ao consultório dizendo que já havia feito dois anos de psicoterapia por ter iniciado um processo de transtorno de pânico há cerca de três anos. Também faz, desde então, acompanhamento psiquiátrico e toma duas medicações por causa do pânico, uma durante manhã e outra à noite.

Maria explicou que o pânico veio do nada, que dormiu bem e acordou com uma sensação muito ruim, enfatizando, neste e em outros momentos da sessão, a sensação de que morreria e de que esse medo, agora, a assombrava em detalhes pequenos, como o medo de pegar doenças. Para ela, a ansiedade surgiu sem motivo aparente e os tratamentos anteriores não a conduziram para compreender essa ansiedade.

Ao longo do tratamento, Maria precisou ficar afastada três vezes por cerca de um mês, pois viajou para a cidade em que o marido morava para ficar com ele durante as férias da filha. Maria não morava com o marido

durante o momento em que esteve nas sessões de análise, morava em outra cidade para que a filha, que passara no vestibular, não ficasse sozinha.

Nessas três vezes que se afastou da análise, somatizou diversas doenças, como dores na coluna, alergias e ainda suspeitas de doenças que não se concretizavam diante dos exames. Durante as sessões, Maria se queixava das suspeitas e conseguia falar sobre suas angústias, diminuindo bastante as somatizações. Ao se afastar da análise, queixava-se de um aumento das doenças que lhe acometiam e uma paralisia diante dos estados em que ficava: dores na coluna que lhe impediam de sair da cama ou diarreias e alergias que lhe impediam de sair de casa.

É preciso levar em conta essa experiência de desamparo propiciada pelo atual momento histórico, aliada à maneira como isso se reflete na própria constituição de Maria, que envolve diversas perdas importantes, desde a infância, e que foram pouco elaboradas por ela, mas, em sua maioria, entendidas como uma ameaça.

Em relação à história de Maria, ela explicou que mesmo que, para ela, o pânico tenha vindo do nada, ele coincidiu com a descoberta de um câncer em um irmão muito querido. Ela disse que esse irmão ligava para ela umas seis vezes por dia, que tinha AIDS e que por isso acabou falecendo. Quando ele ligava, Maria explica que precisava ser forte para ajudá-lo. Nesse momento, ela fez questão de explicar sobre o intervalo da morte do irmão, com outro irmão e o pai, que ocorreram, todas, nos últimos anos imediatamente anteriores ao pânico. Em outras sessões, ela explicou que o pai e o irmão eram seu amparo e que, na ocasião da morte, ela se sentiu sozinha e buscou esse amparo no marido e na filha, tendo esses dois como a base de sua vida.

Além disso, havia acabado de se mudar para uma cidade que não gostava, como uma imposição e escolha do marido, quando começou com os ataques do pânico. Essa cidade era bastante populosa, contrária ao que Maria era acostumada, pois vinha de uma cidade pequena. A nova cidade,

que além de muito populosa fora uma imposição do marido e não uma decisão de Maria, deixava-a ainda mais desamparada.

1.1 - A história de Maria

Para compreender as queixas de Maria e como o sofrimento se expressa em sua fala, é preciso retomar sua história e compreender todo o seu processo de constituição para perceber como se chega ao que ela é hoje.

Dessa maneira, é importante entender que Maria nasceu no sul do Brasil e toda sua família é de lá. Os pais se separaram quando ela tinha seis anos. Ela é de uma família de dez filhos, sendo cinco mulheres e cinco homens. Ao dizer isso, ela fez questão de enfatizar que agora são três, referindo-se à morte dos dois irmãos. Maria tomou para si a responsabilidade da casa quando suas irmãs mais velhas se casaram. Ela tinha por volta dos 13 anos. Ficaram em casa ela, a mãe, uma irmã mais nova e os cinco irmãos. Maria precisava cuidar da casa, tomando conta dos irmãos, das ordens para a empregada e da mãe, pois desde que o pai saiu de casa para viver com outra mulher, com quem ficou até a morte, a mãe de Maria foi acometida por uma sucessão de períodos com depressão e Maria se sentia responsável pela mãe.

A mãe de Maria não conseguiu lhe dar os cuidados necessários para que essa relação se constituísse como um suporte para ela quando era criança.

Maria se viu diante de uma mãe depressiva, que desinvestiu o cuidado que lhe dava como filha e de um pai ausente, agora fora de casa por possuir outra família. O pai ainda cobrava e atribuía a Maria o dever de cuidar da mãe, da irmã mais nova e dos irmãos. Para corresponder ao investimento intenso nesse pai, Maria sempre o atendia. Segundo Green (1988), o pai pode ser o salvador do conflito, mas nesse caso o pai não está mais em casa, o que segundo Maria lhe trouxe muito sofrimento na época, pois ela se

sentiu abandonada por ele. É ambivalente esse sentimento na vida de Maria, pois, apesar de se sentir abandonada, ela explica que é a única das irmãs que considera que sempre teve um pai, para as outras esse pai morreu com a separação da mãe, segundo Maria.

É possível perceber esse superinvestimento que o pai de Maria ganha, pois, mesmo com os pais separados, ela explica que sempre foi muito próxima do pai, sendo o elo dele com a antiga família. O pai pedia que ela tomasse conta da casa e ajudasse a mãe, que estava sempre em crises de depressão, e ela atendia prontamente, além de se cobrar a realização de tal atitude com eficiência e dedicação. No velório do pai, uma das irmãs afirmava que não teve pai e Maria dizia que ela teve sim um pai muito presente, mesmo que tenha chegado a afirmar que se sentia abandonada por ele. O pai era o símbolo da segurança e Maria precisava afirmar que sempre fora próxima a ele, apesar de sua ausência, para se sentir segura. No entanto, o pai de Maria era ausente e ela sempre teve dificuldades em encarar isso.

O pai de Maria era político e por isso uma figura de destaque na cidade, o que fazia com que sua vida sempre fosse muito movimentada. Outra questão relacionada aos pais foi o fato de algumas vezes ela ter sido excluída na escola por ser filha de pais separados. Há uma relação bastante complexa na ligação entre Maria e os pais, em especial, na sua união afetiva ao pai e na maneira como se sente responsável, ainda hoje, pelo cuidado com a mãe. Essa relação com muitos problemas de família constituiu em Maria uma fragilidade emocional.

Mesmo cuidando da casa, Maria fez faculdade de Economia e trabalhou em um banco. Nessa ocasião conheceu o marido, que era militar e estava servindo em sua cidade há cerca de três anos. Maria relatou que o marido é do Rio de Janeiro e que ela sabia que ele sempre seria transferido. No primeiro ano do casamento, ele foi transferido para o extremo norte do país. Ela contou que, na ocasião, não se sentiu só, pois havia muitos como eles e acabavam por fazer muitas amizades e viver repletos de amigos; em

seguida foram para o Sudeste, onde, segundo ela, a família dele supria essa carência, apesar de que ela sempre reclama que a sogra é invasiva e preconceituosa. Depois foram transferidos para a cidade dela, no sul. Nessa ocasião, sem que ela soubesse, ele pediu transferência novamente para a cidade dos pais. Ela só ficou sabendo quando a transferência saiu e teve que abandonar o mestrado para o qual havia passado em uma universidade pública. Depois foram novamente transferidos para o sul e ficaram alguns anos numa cidade que ficava a 150 km de sua terra natal, permitindo que fossem à cidade de 15 em 15 dias.

É interessante perceber o quanto Maria relata gostar muito e sentir falta da família, mas se casou com um militar que se transfere de cidade de anos em anos, não ficando perto da família e nem criando raízes. Talvez haja aqui uma maneira inconsciente de tentar fugir das responsabilidades que o pai lhe atribuiu ao sair de casa sem precisar romper de uma maneira muito brusca com isso, mas transferindo a responsabilidade desse rompimento para o acaso, a necessidade e não para uma escolha dela.

Durante esses anos em que se transferia de cidade em cidade, Maria relata que viveu muito bem e estava muito feliz, principalmente nessa última cidade perto de sua terra natal, quando foi surpreendida em um jantar pelos parabéns do chefe do marido, que se referia à transferência que ele havia solicitado e havia saído. Maria não sabia do pedido de transferência e contou que ficou muito surpresa e chateada pelo marido não a ter consultado e por ela ter descoberto que se mudaria para o centro do Brasil, para uma cidade grande, onde não conheciam ninguém. Mudou-se, então, para a cidade e foi acometida pelo pânico. Maria relata que se sentia muito só nessa cidade, pois se refere à cidade como sendo fria e sem esquinas, pois possui avenidas largas e pouca proximidade entre as pessoas.

Klein (1975) explica ainda que esse sentimento de solidão é comum a todas as pessoas e se origina na infância. O ataque de pânico de Maria está relacionado a uma experiência desse tipo. Em meio à perda do pai e do

irmão – que eram seu apoio e amparo e coincidiu com o se mudar para uma cidade pela imposição do marido, onde ficava longe de sua família e de sua terra natal –, Maria se viu diante dessa solidão interna. Ela acabou acometida por esse desamparo que se tornou insuportável e se transformou num ataque de medo, relacionado com a perda dessas duas pessoas importantes, somada à impossibilidade de escolher, inclusive, em qual cidade moraria, visto que ela se sentia obrigada pelo marido. Ela ainda se percebeu impossibilitada de tomar suas próprias escolhas, pois diz que o marido é muito autoritário e ela precisa manter uma imagem em nome da carreira dele. Maria não conseguia ter uma visão clara de suas próprias escolhas e atribuía ao marido suas impossibilidades. Não conseguia relacionar os acontecimentos de seu presente, especialmente o pânico, com toda sua história de vida.

Maria relata bem sobre sua infância, descreve os fatos com detalhes. Conta também da adolescência, mas não consegue fazer uma boa leitura do seu presente. Ela explica que sempre foi o esteio da família e que no momento em que precisou de apoio as pessoas lhe viraram as costas. A mãe disse que não poderia mandar ninguém para ficar com ela, a sogra lhe disse que isso era coisa do demônio e que ela precisava rezar; aqueles que ela achava que lhe dariam apoio (o pai e o irmão) haviam acabado de falecer. Maria acabou por não encontrar o apoio necessário em sua rede social. As incertezas relacionadas ao desfazimento de sua rede social, propiciada pela morte do pai e do irmão, e ainda pela mudança de cidade, propiciaram os ataques de pânico, devido à grande insegurança e ao desamparo.

Santos (2009) traz essa incerteza como marca deste tempo, que perde as tradições à medida em que perde os vínculos entre o passado e o futuro. A dificuldade de Maria fazer novas amizades e se inserir em um novo grupo está também relacionada ao círculo social na nova cidade, onde não se adaptou, uma vez que ela relata sempre ter sido muito comunicativa e calorosa, mas não consegue se expressar dessa maneira na nova cidade.

Tentando suprir essa sensação de desamparo causada pelo pânico que a acometia há um tempo, Maria optou por mudar-se com a filha quando ela passou no vestibular em outra cidade, também grande, mas com construções sociais que possibilitavam relações mais próximas. Esse foi um passo importante na vida de Maria, pois ela conseguiu se reestruturar e perceber seus desejos para poder conseguir se alicerçar e se amparar em suas próprias decisões, em vez de deixar a vida ser produzida e escolhida pelo outro. Inclusive, mudar-se foi uma escolha dela, visto que foi muito criticada por deixar o marido sozinho em outra cidade. Esse foi um ponto importante nas sessões, a questão sobre os desejos de Maria e a possibilidade de produzir sua própria vida e ter suas escolhas, apesar das imposições do outro.

Maria mudou-se com a filha e, mesmo dizendo que a menina precisava dela, mostrou-se bastante consciente, desde o início das sessões, quanto ao fato de ser ela a precisar da companhia da filha, e não o contrário, pois se referiu ao fato de saber que não dá conta de ficar sem a menina ainda, mesmo dizendo que sabe que algum dia precisará se separar da filha.

Durante a análise, foi possível acompanhar a paciente nesse processo de se estruturar em torno da filha e do marido e, aos poucos, conseguir olhar para seu desejo e encontrar esse alicerce em si mesma, rompendo com a dependência em relação a eles, achando um novo lugar para eles em sua vida e conseguindo decidir e olhar para seus desejos. Depois de alguns meses de sessão, Maria conseguiu perceber o quanto algumas atitudes da filha e do marido a magoavam e ela acabava se submetendo a elas em troca da companhia dos dois.

Com o tempo, Maria começou a tomar suas próprias decisões, chegando a voltar por alguns dias para a cidade do marido sem a filha, enfrentando o julgamento do marido, da mãe e da sogra, que achavam um absurdo que Maria a deixasse sozinha e ainda da própria filha que, segundo ela, a tratava como se fosse uma empregada a seu serviço.

Ao longo das sessões, Maria passava pela angústia de optar por realizar seu desejo, ou se submeter ao querer do outro, no caso a filha e o marido, em troca de companhia. Cada vez mais ela conseguia olhar para eles e verbalizar o que queria, mesmo quando os contrariava.

Depois de alguns meses de análise, um irmão de Maria esteve muito mal e foi diagnosticado por um médico, amigo da família, como em estado terminal e sem chances de sobreviver. Ao receber a notícia, Maria disse que chegou a sentir novamente o início dos sintomas de pânico, mas acabou por perceber, nas sessões, que a maior dor que ela sentia não era pelo irmão, mas pelo medo de perder a mãe caso o irmão falecesse e que ela não poderia carregar a dor que a mãe sentia pela possibilidade de perder um filho. Ela percebeu que essa era uma dor da mãe e que ela também tinha seu lugar nessa história, o lugar de quem perdia um irmão e não poderia se responsabilizar ou amenizar a dor da mãe que poderia perder um filho. Essa elaboração de Maria permitiu que nas sessões seguintes o irmão saísse do foco, voltando a ser o centro das discussões a filha e o marido e, com isso, o pânico não mais ameaçasse voltar.

Além disso, Maria começou com um discurso de que a situação se repetia em relação à morte de um irmão e acabou por perceber e verbalizar que o momento era outro e o irmão também, que não era a mesma situação, deixando o assunto desse irmão de lado e voltando a falar de coisas de sua vida mais imediata, relacionadas ao marido e à filha, em que poderia entrar em contato com seus desejos.

Maria começou com dores nas costas, quando contrariada pelo marido, e em seguida uma alergia. Foi questionado sobre a troca dos sintomas do pânico para as dores na coluna e dele para uma alergia, como se aos poucos ela conseguisse dizer não com o próprio corpo, mas cada vez com um peso somático menor, entretanto, ainda assim, recorrendo à somatização. Maria disse que não havia percebido e que fazia sentido para ela. Mesmo com prejuízos para o corpo, ela conseguia diminuir o peso do seu sofrimento à

medida que conseguia olhar para seus desejos e reivindicá-los. Ao longo de todo o tratamento, Maria não teve crises de pânico e dizia se sentir cada vez melhor e mais segura.

2 - Análise teórica do pânico pelo olhar psicanalítico

Maria, ainda na infância, tem a mãe acometida por depressão, como se viu com Green (1988), e acaba por se ver desinvestida como objeto da mãe e superinveste a relação com o pai. O pai se torna o alicerce da vida de Maria, com a responsabilidade de cuidar da família para agradá-lo. Ao perder, na vida adulta, o pai e o irmão, que ela considerava muito próximos, em um pequeno intervalo, e ainda mudar para uma cidade nova em que fica longe da família e dos amigos, Maria se vê desamparada, o que possibilita o início das crises de ansiedade que incorrem no pânico.

Nesse momento, a libido que estava investida nesses objetos se encontra afastada ou mesmo impedida, pela morte dessas pessoas, de se vincular a elas, mesmo que possa ser recuperada e investida em outro objeto, aqueles objetos já não existem mais concretamente. Diante dessa situação, Maria se vê desamparada e esse sentimento de desamparo tem relação com a ansiedade no pânico.

Essas questões relacionadas ao investimento objetal e à perda desse objeto são ainda tratadas por Freud (1996a) quando ele escreve sobre o luto e a melancolia. Para o autor, “o luto, de modo geral, é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupa o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém, e assim por diante” (Freud, 1996a, p. 249). Para ele, essas são as mesmas influências que produzem a melancolia, a diferença é que “embora o luto envolva graves afastamentos daquilo que constitui a atitude normal para com a vida, jamais nos ocorre considerá-lo como sendo uma condição patológica e submetê-lo

a tratamento médico” (Freud, 1996a, p. 249). Para o autor, pode-se confiar que o luto será superado após certo tempo e seria inútil um tratamento para ele.

Em relação à melancolia, mesmo com causas parecidas, o processo é bem diferente do luto.

“Os traços mentais distintivos da melancolia são um desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade, e uma diminuição dos sentimentos de autoestima a ponto de encontrar expressão em autorrecriação e autoenvelhecimento, culminando uma expectativa delirante de punição.”

(Freud, 1996a, p. 250)

Maria sempre dizia que o médico afirmou que ela teve pânico, mas não teve depressão. Em várias sessões, ela negava com muita força o fato de ter tido depressão e trazia muitas histórias de pessoas com depressão. Em uma das sessões perguntei se ela tinha medo de entrar em depressão e ela disse que sim. Falamos sobre isso e ela disse que também conseguia ver que se defendia e negava essa possibilidade. Algum tempo depois, na sessão de fechamento do ano, Maria disse que ao conversar com uma amiga, esta lhe perguntou o que era a depressão, ao que Maria respondeu que era quando a pessoa ficava sem amparo e por isso se sentia muito mal. Maria havia passado a chamar seu pânico de desamparo ou sofrimento, achando esses nomes melhores do que o rótulo transtorno de pânico. Percebeu-se, nessa fala, que ela admitia ter tido a depressão, mas que o nome não importa, pois, independentemente de como se chama, a dor esteve ali de todo jeito. Maria sentia-se sozinha, desamparada e com dificuldade de se vincular a pessoas ou atividades que trouxessem graça para sua vida.

Segundo Freud (1996a), durante o luto, o teste de realidade revela que o objeto em que se havia investido libidinalmente não existe mais e que o ego não aceita com facilidade o desinvestimento, mas quando o trabalho do luto termina, o ego fica novamente livre para novos investimentos, processo esse

que não ocorreu com Maria, pois ela não conseguiu reinvestir a energia, incorrendo nas crises de ansiedade. A dor das perdas foi tão grande que Maria acabou por viver uma crise de ansiedade diante da dificuldade em investir sua libido em novos objetos.

Maria estava diante de uma situação de luto, pela perda do pai e, em seguida, diante da doença do irmão, seus dois amparos. Pai e irmão acabaram por se fazerem ausentes pela morte, somado a isso Maria encontrava-se numa nova e estranha cidade para a qual foi forçada a ir, o que dificultava seu processo de adaptação tanto à realidade da morte quanto à nova cidade, pois, nesse último caso, assim como em relação à morte também, Maria não pôde escolher. No caso da morte é uma fatalidade inevitável da vida, mas a escolha da cidade em que moraria veio por uma imposição do marido – Maria foi obrigada a aceitar, reprimindo o próprio desejo de ficar próxima à família.

“A ansiedade é uma reação a uma situação de perigo. Ela é remediada pelo ego que faz algo a fim de evitar essa situação ou para afastar-se dela. Pode-se dizer que criam sintomas de modo a evitar a geração de ansiedade. Mas isso não atinge uma profundidade suficiente. Seria mais verdadeiro dizer que se criam sintomas a fim de evitar uma situação de perigo cuja presença foi assinalada pela geração de ansiedade.”

(Freud, 1996b, p. 128)

Maria esteve diante de uma intensa situação de insegurança geradora de ansiedade. Inclusive, a ansiedade sempre foi uma das queixas da paciente. Assim, é possível perceber que “a ansiedade então é, em primeiro lugar, algo que se sente” (Freud, 1996b, p. 131), a ansiedade é um estado que afeta o sujeito.

“Como um sentimento, a ansiedade tem um caráter muito acentuado de desprazer. Mas isto não é o todo de sua qualidade. Nem todo desprazer pode ser chamado de ansiedade, pois há outros sentimentos, tais como a tensão, a dor ou o luto, que têm o caráter de desprazer. Assim, a ansiedade tem outros traços distintivos além dessa qualidade de desprazer.”

(Freud, 1996b, p. 131)

O autor explica ainda que a ansiedade vem acompanhada de sensações físicas, mas não é seu objetivo entender que ele chama de filosofia da ansiedade. “A psicoterapia dos estados de ansiedade, portanto, revela a existência de (1) um caráter específico de desprazer, (2) atos de descarga e (3) percepções desses atos” (Freud, 1996b, p.131).

Diante das perdas, Maria entrou numa situação de luto que gerou desprazer, o desamparo sentido por essas perdas provocou uma grande ansiedade em Maria, somadas à nova cidade, pois ela sempre enfatiza sua insatisfação com o local e sua melhoria relacionada ao mudar-se para morar com a filha. Esse sentimento de ansiedade provoca sintomas, como explicado por Freud (1996b). Os sintomas da ansiedade, agravados pelo desamparo sentidos pela perda do pai e do irmão, e pelo fato de estar longe da família na nova cidade, desencadearam o conjunto de sintomas definidos pelo DSM IV como Transtorno de Pânico.

Durante as sessões, num processo que começou com a terapia que Maria havia feito na outra cidade, foi possível que Maria fosse construindo um lugar de amparo e segurança em si mesma. Ao olhar e reivindicar seus desejos, ela conseguiu se ver menos ansiosa e se sentir amparada, pois a ameaça da castração recorrente por parte do marido a deixou em uma situação de ansiedade e desamparo que pode ter desencadeado o conjunto de sintomas relacionados ao pânico. Aos poucos Maria foi construindo bases em si mesma, usando a análise como prótese, a fim de que pudesse se amparar para lidar com as situações de ansiedade sem criar o conjunto de sintomas denominado pânico, mesmo criando sintomas menos sofridos para ela, como dores de coluna e alergias, mas, ainda assim, sofridos.

O tratamento durou cerca de 10 meses, com intervalos de férias em que Maria voltava para a cidade. Mesmo assim é possível perceber um grande avanço no trabalho, inclusive com uma devolutiva da própria paciente, que também conseguiu perceber esse caminhar no sentido de se sentir melhor.

Maria construiu outro lugar em sua ansiedade e sintomas, sem os ataques de pânico.

Considerações Finais

O Transtorno do Pânico não é uma patologia moderna. Freud, o médico austríaco, pai da Psicanálise, tendo sua vida dedicada à contribuição da saúde mental, percebia e aprofundava seus estudos sobre uma peculiaridade observada dentro das Neuroses de Angústia. A falta de objeto e sensação de morte iminente chamava atenção para o que mais tarde seria denominado pela Psiquiatria como Transtorno do Pânico.

As referências psicanalíticas estudadas para produção desta obra demonstraram que os sintomas vivenciados pela condição de angústia partem do princípio de um estado afetivo de desamparo. É insuportável para o ser humano constatar que a vida não oferece garantias, algo percebido pelo inconsciente desde o trauma do nascimento, denominado por Freud como Desamparo Originário. E a vida, através de experiências dolorosas, violência, pressões, acidentes, perdas e estresse, se encarrega de provar a todo o momento que somos frágeis e não possuímos o controle de nossa existência.

Apesar de ser relevante e muitas vezes necessário, tratar os sintomas com medicamentos não é o bastante. É preciso conhecer as causas do sentimento de desamparo, investigar a vida do indivíduo e oferecer a oportunidade de um novo entendimento para suas questões traumáticas. Essa busca pela origem do afeto que, possivelmente, desencadeou o

transtorno, faz-se através da fala, do desabafo, da análise intensa do modo particular que cada um possui em se defender do inaceitável e insuportável.

Nem sempre haverá um marco desencadeante do Transtorno do Pânico, algumas pessoas podem associar a um acontecimento recente, como um acidente ou doença grave, que seriam perfeitamente explicáveis como fonte da angústia. No entanto, a infância tem grande relevância para identificação de comportamentos ansiosos que mais tarde, sem que haja um motivo aparente, podem levar ao desenvolvimento do transtorno. São nos primeiros anos de vida que se escondem respostas para muitas questões da ordem do afeto. Crianças que sofreram perdas, separações ou passaram por algum tipo de negligência por parte de seu protetor, são suscetíveis a desenvolver o pânico.

Como forma de tratamento, é indispensável estimular o sujeito a dar vazão às energias reprimidas, identificando a origem de sua dor, compreendendo seus sentimentos, relacionando suas motivações com aquilo que não foi bem resolvido no passado e que agora surge como forma de angústia e pânico. Com trabalho intenso e contínuo é possível mudar alguns comportamentos e entendimentos sobre a falta de garantias da própria existência, para que então o sujeito venha a obter algum alívio sobre esse sofrimento de angústia.

Infelizmente, sabemos que nem todos têm acesso aos tratamentos terapêuticos, o que, apesar de não ser o ideal, é uma realidade. Foi pensando nisso que esta obra foi escrita, para auxiliar aqueles que ignoram o funcionamento da mente e não compreendem as linguagens rebuscadas da maior parte da literatura, especialmente a psicanalítica. Através de explicações sucintas, elucidamos questões complexas apresentando informações relevantes sobre as possíveis causas da angústia, sua relação com o sentimento de desamparo e as possibilidades de encontrar alívio e minimizar o sofrimento, mesmo que sem a ajuda adequada de um profissional.

Referências bibliográficas

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª Edição (DSM-V)*. Artmed, 2018.

BUENO, Francisco da Silveira. *Dicionário escolar da Língua Portuguesa, 11.ed.* Rio de Janeiro, FAE, 1992.

CARLONI, P. R. *O olhar psicanalítico para o Transtorno de Pânico: um estudo de caso*. Analytica: Revista de Psicanálise, v. 5, p. 107-128, 2016.

DUNKER, Christian. *A ansiedade tem saída pela psicanálise?* [Online]. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=gTuMV2ml9D8>>. Acesso em abr.2019.

DICIONÁRIO DE MITOLOGIA GRECO-ROMANA, 2ª Edição, Abril Cultural, 1976.

FERREIRA, Fernanda Pacheco. *Ansiedade, pânico e compulsões*. [Online]. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=AU1rlvd6e9k>>. Acesso em mai.2019.

FREUD, Sigmund. (1996). *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Edição standard brasileira, vol. XX). Rio de Janeiro: Imago.

___ 1926, Inibições, sintomas e angústias

FREUD, Sigmund. *O estranho*. In ESB. (ed.eletrônica).

LAPLANCHE, J; PONTALIS, J. B. *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

LYRA, Carlos. *Da angústia ao pânico*. Curitiba: Appris, 2018

MC WILLIAMS, Nancy. *Diagnósticos Psicanalíticos*. Porto Alegre: Artmed, 2014.

MIRANDA, Hélio. *Angústia – Psicanálise 28 – Conceitos em Freud*. [Online]. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=6E0uvPGsy1A>>. Acesso em mai.2019.

PEREIRA, Mario. *Pânico e Desamparo*. São Paulo: Escuta, 1999

SIMÕES, Alexandre. *A ansiedade entre nós, hoje*. [Online]. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=8OEdd1MXJJg>>. Acesso em: mai.2019.

ZIMERMAN, David E. *Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica*. Porto Alegre: Artmed, 1999.