

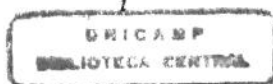
SANDRA CONFORTO TSCHIRNER

PÂNICO, WINNICOTT E REFERÊNCIAS

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

CAMPINAS

2001



UNIDADE	30
N.º CHAMADA:	
	T/UNICAMP
	7785p
V.	Ex.
TOMBO BC/	45611
PROC.	16.392/0.1
C	☐
D	☒
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	01/08/01
N.º CPD	

CM00157721-0

SANDRA CONFORTO TSCHIRNER

PÂNICO, WINNICOTT E REFERÊNCIAS

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas para obtenção
do título de Doutor em Ciências Médicas, área de
Saúde Mental.*

ORIENTADOR: Prof. Dr. EVANDRO GOMES DE MATOS

CAMPINAS

2001

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

T785p Tschirner, Sandra Conforto
 PÂNICO, WINNICOTT E REFERÊNCIAS / Sandra Conforto
 Tschirner. Campinas, SP : [s.n.], 2001.

 Orientador : Evandro Gomes de Mattos
 Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade
 de Ciências Médicas.

 1. Pânico. 2. Angústia. 3. Ansiedade. I. Evandro Gomes de
 Mattos. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências
 Médicas. IV. Título.

Banca examinadora da tese de Doutorado

Orientador: Prof. Dr. Evandro Gomes de Matos

Membros:

1. Profa. Dra. Ivonise Fernandes da Motta Catapista - USP/SP
2. Profa. Dr. Luiz Carlos Taveira - UNIBON
3. Profa. Dra. Eloira Helena R. V. Keleni - FCM/UNICAMP
4. Profa. Dra. Maria Marta Magalhães Battistoni - FCM/UNICAMP
5. Prof. Dr. Evandro Gomes de Matos - FCM/UNICAMP

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, área de concentração em Ciências Médicas, área Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 05/07/2003

DEDICATÓRIA

Aos meus pacientes com pânico

AGRADECIMENTOS

Descobri que um trabalho intenso de pesquisa pode transformar nossa identidade profissional, pessoal e principalmente, a forma como passamos a ver nosso trabalho e o tipo de relação que estabelecemos com nossos pacientes, com a comunidade científica, com nossos colegas de profissão, com as Instituições que nos abrigam e com as pessoas com quem mantemos relações. Muitas foram as pessoas que, de uma forma ou de outra, colaboraram com as minhas transformações internas e profissionais que ocorreram durante a elaboração deste trabalho.

Meu agradecimento especial é dedicado, sem dúvida, aos meus pacientes e à minha amiga (que infelizmente não posso revelar o nome pela questão do sigilo), aos meus supervisionandos - especialmente à MARIA DE LURDES ALDRIGHI - pelo fornecimento do material que possibilitou a elaboração deste trabalho.

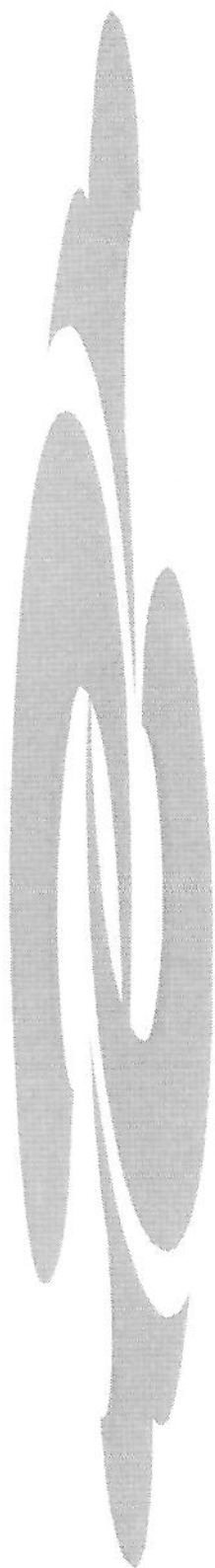
O apoio técnico foi necessário, importante e imprescindível para viabilizar o trabalho. Agradeço aos professores, aos funcionários da Secretaria e do Apoio didático do Programa de Pós-Graduação da FCM da Unicamp, ao Prof. Dr. EVANDRO GOMES DE MATOS, e ao CNPq, pela bolsa de estudos.

Porém, para a elaboração de um trabalho, existem necessidades, que só podem ser supridas por meio de um suporte incondicional e afetivo de pessoas, cujo agradecimento não pode ser feito por palavras, pois estas não representam o sentimento de gratidão que temos por elas. Neste sentido, agradeço aos meus alunos, amigos, à BLENDIA MARCELETTI DE OLIVEIRA, à MARIA EMILIA CANGELLAR CARIOCA, à minha filha KAREN, e ao "CHICO".

Geralmente adquirimos admiração e respeito quando lemos o trabalho de "grandes mestres". Tive a oportunidade de me relacionar pessoalmente com dois deles, quando pedi ajuda técnica para a elucidação de alguns conceitos presentes neste trabalho. Descobri por meio deste contato, que além de profissionais brilhantes, eles eram pessoas com uma condição humana e afetiva excepcional. Quero deixar registrado não somente minha admiração e respeito, mas principalmente minha dívida de gratidão ao Dr. JOSE OTONI OUTEIRAL, e ao Prof. Dr. MARIO EDUARDO COSTA PEREIRA.

	PÁG.
APRESENTAÇÃO	<i>xiii</i>
RESUMO	<i>xxvii</i>
1. INTRODUÇÃO	31
2. OBJETIVOS	59
3. METODOLOGIA	63
3.1. Importância da pesquisa.....	65
3.2. Metodologia teórica.....	65
3.2.1. A ignorância.....	65
3.2.2. A observação clínica.....	66
3.2.3. Pela representatividade.....	67
3.2.4. Pela discriminação.....	68
3.2.5. Utilização da teoria Freudiana.....	68
3.2.6. A teoria utilizada na pesquisa.....	68
3.3. Originalidade.....	70
3.4. Metodologia de levantamento e análise dos dados.....	70
3.5. Sujeitos.....	74
Capítulo 1: Algumas compreensões teóricas sobre o pânico	79
1.1. Mitologia.....	81
1.2. Nosografia.....	86
1.3. Psicanálise.....	93
1.3.1. O pânico sob o enfoque da ‘Neuroses atuais’.....	94
1.3.2. O pânico sob o enfoque das ‘psiconeuroses de transferência’.....	96
1.3.3. O pânico sob o enfoque das ‘neuroses traumáticas’.....	104
1.3.4. Pânico como processo oriundo do ‘desamparo psíquico’.....	113
1.3.4.1. O pânico sob o enfoque do desamparo psíquico segundo Mário Eduardo Costa Pereira.....	115

1.3.4.2. O pânico sob o enfoque do desamparo psíquico segundo Jean Laplanche.....	115
1.3.4.3. O pânico sob o enfoque do desamparo psíquico segundo D.W. Winnicott.....	117
Capítulo 2: O enfoque teórico da pesquisa.....	121
2.1. O desenvolvimento emocional segundo D.W. Winnicott e autores do Middle Group.....	123
2.2. Funcionamentopsíquico, referências, identidade e sintoma.....	163
Capítulo 3: Levantamento e análise das características do paciente com pânico....	183
3.1. Observações preliminares.....	185
3.2. A formação de identidade.....	189
3.3. A interferência de elementos externos ao setting no funionamento psíquico do paciente com pânico.....	195
3.4. As mudanças de identidade.....	205
3.5. A experiência da vida secreta.....	210
3.6. A relação com o corpo.....	217
3.7. O “uso” que os pacientes fazem dos tratamentos.....	223
3.8. O processo de pânico.....	232
3.9. A angústia e o tipo de neurose subjacente ao pânico.....	254
4. CONCLUSÃO.....	259
5. SUMMARY.....	271
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	275
7. ANEXOS.....	293
Anexo 1: Caso I.....	295
Anexo 2: Caso II:.....	377



APRESENTAÇÃO

EXPERIÊNCIA PESSOAL

"Estou sozinha, sentindo-me bem, segura e tranqüila, dirigindo na estrada, quando de repente meu coração dispara, minhas mãos adormecem, transpiram, a ponto do suor escorrer pelo cotovelo. Não sinto mais o volante. Meu rosto adormece, minha boca seca. Respiro com dificuldade. Minhas pernas tremem e percebo que não consigo mais controlar a força do pedal do acelerador. Meu coração bate tanto que posso senti-lo batendo atrás do ouvido. Sinto um gosto amargo na boca e náuseas. Fico atenta ao que acontece à minha volta. Consigo dirigir - e bem - não me atrapalho na estrada. Ninguém percebe o que está acontecendo. Sinto uma vontade imensa de parar o carro no acostamento, mas sei que é perigoso.

Apesar do medo de continuar dirigindo, lembro-me naquele momento, de duas situações difíceis pelas quais passei quando parei no acostamento por causa desse tipo de sensação. Uma vez foi na descida da serra quando ia em direção ao litoral, à noite, sozinha. A "coisa" apareceu. Senti pavor, medo de morrer e vontade de parar o carro. Não sei o que poderia causar minha morte: a sensação, ou o perigo a que poderia me expor parando naquela estrada à noite. Naquele dia, prossegui viagem, mas, é inesquecível a sensação que senti. Uma outra vez, quando a "coisa" apareceu, parei no acostamento de uma rodovia à noite, quando voltava do trabalho. Enquanto a "coisa" passava, fui abordada por um sujeito, e tive que quase atropelá-lo para poder sair ilesa.

Quando isto acontece durante o dia, costumo parar (como já parei) várias vezes. Espero a "coisa" passar e prossigo. Mas, também já prossegui e passou. Sei que passa e penso que caso continue dirigindo agora, não vou ter problemas e vou conseguir chegar.

Estas lembranças e pensamentos me impedem de parar neste momento. Prossigo viagem, continuo dirigindo, diminuo a velocidade, fico atenta ao trânsito. As pernas tremem mais e mais, bato no rosto para senti-lo, coço o nariz, puxo levemente os

cabelos, e penso (não sinto) que estou em mim, estou no meu corpo, estou viva. Falo comigo mesma: Você está bem, isso vai passar. A "coisa" dura de 2 a 3 minutos mais ou menos. Já sei que é, assim, afinal isso já aconteceu tantas vezes... Eu sei que isto irá passar. Hoje, passados 6 anos desde que isto ocorreu pela primeira vez, já conheço o que acontece, como passa, mas é horrível. Esses 2 a 3 minutos parecem uma eternidade. Parece que não vai acabar mais. Insisto comigo mesma: isto vai passar, calma...

A "coisa" vai passando. Respiro melhor, sinto agora que o coração bate no peito, mas bate forte ainda. Ainda transpiro, só que menos. Consigo enxugar o suor e começo a sentir meu rosto. Estou quente, olho no espelho, estou vermelha... O primeiro pensamento que vem à mente é o de que estou sozinha. Ninguém para conversar, falar, compartilhar esta experiência, ninguém para me tranquilizar. Falo comigo mesma e lamento: Se tivesse alguém aqui para me ajudar, falar comigo nessa hora... Mas também, se tivesse alguém aqui, eu não teria passado por isto! Isto nunca aconteceu quando estive acompanhada! Preciso fazer companhia para mim.

Pronto, já está passando. Continuo dirigindo, encosto a cabeça no apoiador do banco e percebo como estava inclinada para frente, agarrada ao volante. Sinto as pernas agora. Puxa! Estou bem, passou. Estou relaxada, sinto meu corpo novamente. Estou exausta, parece que tomei um choque elétrico. Olho no espelho, tenho olheiras profundas. Sinto sono, cansaço, mas preciso prosseguir viagem.

Finalmente chego em casa, sinto-me vitoriosa, e com isto uma mistura de alegria e tristeza. Estou feliz por ter chegado viva, por ter vencido a "coisa", ter superado tudo sem precisar de ninguém. Posso ser só e não morrer. Posso me ajudar, me fazer companhia. Afinal... sempre foi assim, sempre tive que fazer tudo sozinha, consegui e ainda consigo. Minha tristeza também é pelo mesmo motivo: ter de passar por tudo sozinha sem ter ninguém para compartilhar, me ajudar e até, mesmo evitar que eu passe por essas coisas."

*

Tenho ouvido relatos como este com muita frequência na minha prática clínica. No entanto, este tem algo especial. Conheço esta pessoa há anos. Somos amigas desde a infância. Existem pessoas que nos marcam especialmente na vida e esta é uma delas. O que sempre me chamou a atenção nesta pessoa foi sua força, sua independência, sua coragem e principalmente sua disponibilidade para ajudar e para acompanhar pessoas.

Desde pequena, ela sempre foi "admirável". Na escola, tanto nas notas como nas atividades, ela nos superava e se superava. Qualquer material, livros, textos, ela transformava em algo bom, bonito e criativo. Suas notas sempre foram especiais. No entanto, ela não brincava. Sempre nos observava, mas não se misturava conosco.

Foi a primeira a entrar na faculdade, a primeira a casar-se; a primeira a ter filho; e a primeira a separar-se. Assumiu sua família, estudou às próprias custas, criou seu filho sozinha (de uma forma excelente, eu avalio), tornou-se arrimo de família, conseguiu uma boa profissão e sucesso nesta. Sempre estive (e continua estando) às voltas com fracassos, desilusões e abandonos amorosos. Não era bonita, mas não se preocupava com isto. Preocupava-se basicamente com sua sobrevivência e a de seu filho, com seus estudos e trabalho. Parecia uma pessoa forte.

Começou a dirigir quando conseguiu dinheiro para comprar seu próprio carro. Sempre dirigiu muito bem, sozinha, à noite, na estrada, na cidade, sem problemas. Quando queríamos ir a algum lugar e precisávamos de "motorista" ela se dispunha. Não tinha problemas se decidisse passar um final de semana à 400 km de distância de onde morava. Dirigia até lá sozinha, ou com o filho pequeno, ou com nosso grupo de amigos. Saía (ou saíamos) na sexta-feira à tarde, depois do trabalho, e voltava (ou voltávamos) no domingo à noite. Ela não apresentava medo ou cansaço. Comportava-se como se tivesse ido a uma quadra de casa. Trabalhava e estudava fora da cidade em que vivia. Dirigia diariamente na estrada.

Há mais ou menos seis anos, numa noite de quinta-feira, por volta de meia noite e meia, recebi um telefonema seu, dizendo que achava que estava tendo um enfarte e precisava de ajuda. Corri até sua casa e a levei ao pronto-socorro, onde foi examinada e, apesar de apresentar naquele momento 180 batimentos cardíacos por minuto, não foi detectado nenhum outro sinal de distúrbio orgânico. Os médicos deram um sedativo e levei-a de volta para casa. No caminho de volta, ela relatou a experiência que tivera.

Estava voltando do trabalho, às 23:30 hs, sentindo-se bem, feliz, pois tinha tido um dia produtivo. Na estrada, começou a sentir-se mal. Nesse dia sentiu formigamento, taquicardia, e todos os sintomas acima relatados. Conduziu o carro para o acostamento e parou, achando que estava tendo um ataque cardíaco. Sentindo-se melhor, retomou a viagem, mas no trajeto até sua casa mais dois episódios deste tipo aconteceram. Ao chegar ligou-me.

No dia seguinte, pela manhã (apesar do meu alerta e do médico que a atendeu de que deveria descansar), foi trabalhar. Segundo ela, estava se sentindo bem, como se nada tivesse ocorrido, por isso achou que não havia motivo para ficar em casa. Dois dias mais tarde (no sábado), ao sair de casa para fazer compras pela manhã, não conseguiu atravessar uma rua. Tivera a impressão de que os carros estavam vindo em sua direção, na calçada. Teve que sentar-se no chão e esperar a "coisa" passar. Assim que se sentiu melhor, voltou para casa. Novamente chamou-me e eu a levei ao pronto-socorro.

Novamente foi examinada e nada constatarem. Estes ataques começaram a ocorrer com maior frequência e intensidade. Em uma semana, com a ocorrência seguida destes, não conseguia sequer ir ao banheiro. Ficava paralisada dentro do quarto; teve de parar todas as suas atividades (trabalhar, estudar, etc...); chorava dia e noite; e não queria ver ninguém - nem a mim - só sua mãe.

Liguei para ela várias vezes para saber como estava, quando sua mãe me confidenciou que não agüentava mais, pois ela a queria por perto o tempo todo; e relatou também que esta situação era muito semelhante à sua vida quando era bebê. Segundo a mãe, ela chorou durante um ano e meio e esta teve de dormir com ela no colo, com a boca grudada ao seio, dia e noite e que não podia separar-se dela, pois gritava. A mãe relatou, neste telefonema, que fazia chupeta de seu seio até esta idade e depois da segunda gravidez da mãe, passou a mamar no seio de uma vizinha. Desabafando, a mãe declarou que neste momento, na idade adulta, este apego se repetia e ela não estava suportando esta reedição da situação.

Dias depois, sua mãe foi embora deixando-a sozinha, quando ela me ligou pedindo ajuda. Fui até sua casa e a encontrei pálida e chorando. Não conseguia parar de vomitar, estava sem controle de esfíncter (anal e vesical), com muito medo de dirigir.

Levei-a novamente ao pronto- socorro, e presenciei uma situação humilhante. O médico que a havia atendido outras vezes, naquelas semanas, olhava-a, e com tom agressivo e voz alterada dizia: *"O que a senhora tem? Isto é histeria! Não consigo detectar nada, a senhora está fingindo."*

Eu sabia que não era assim, pois a conhecia muito bem. Ela chorava, pedia desesperadamente ajuda ao médico. Ele ligou o soro a alguns medicamentos e voltava com frequência à sala onde ela estava, não para atendê-la, mas para gritar com ela. Eu não suportei aquela situação, chamei o médico e expliquei-lhe que aquela mulher não era uma histérica (no sentido manipulatório, ou querendo chamar atenções para si). Nós não sabíamos o que ela tinha, mas histeria, com certeza, não era. Conteí ao médico sua condição, ou seja, que ela era independente, realizadora e que estava no auge de sua vida e carreira. Naquele momento, realizava sozinha dois sonhos importantes: estava construindo uma casa, que sempre idealizou e, executava um projeto profissional de grande importância.

Hoje consigo compreender tanto o significado daquilo que estava realizando, como também a situação subjacente aos seus projetos. Na construção da casa passou por diversos problemas, ou seja, tinha sofrido "um golpe" financeiro, no qual a construtora contratada tomou seu dinheiro e não havia realizado o serviço combinado. Teve de acioná-los na justiça. Para dar andamento à obra, contratou alguns operários, mas estes não o fizeram a contento. Pediu ajuda a alguns amigos, à família, mas não conseguiu, não pôde contar com ninguém. Ficou sozinha nesta situação, mas conseguiu levar a cabo o projeto e a casa ficou pronta. Estava feliz por isto.

Havia também um projeto profissional, que deveria ser acompanhado juntamente com outra pessoa, mas esta a abandonou no meio da execução, e ela teve de terminá-lo sozinha. Conseguiu efetivá-lo a contento e estava feliz por tê-lo concluído também. Aparentemente, estava feliz por ter conseguido concluir seus projetos, mas percebi que ela estava se dando conta de sua condição de abandono e solidão, embora não mencionasse nem se queixasse deste fato.

Comentei suas realizações com o médico do pronto socorro, tentando dissuadi-lo do diagnóstico de histeria. Ele mudou o diagnóstico e imediatamente atribuiu seu estado ao estresse. Eu tentei dizer-lhe que ela estava só, e que sua ajuda e compreensão poderiam ser úteis pois ela precisava ser acompanhada de alguma forma. Ele encerrou o assunto dizendo que já tinha feito a sua parte, medicando-a. Minha conversa com o médico começou a alterar-se e eu acabei discutindo seriamente com ele. Levei-a embora dali.

Tive a idéia de levá-la a um psiquiatra, nosso amigo. Este psiquiatra não quis medicá-la, pois a conhecia como eu e não queria acreditar (nem aceitar) que ela pudesse estar passando por esse tipo de situação. Indicado por nosso amigo, fomos consultar outro psiquiatra, uma pessoa muito conceituada e renomeada no meio médico e acadêmico. Ele ouviu suas primeiras queixas e diagnosticou como 'Síndrome do pânico' e passou a explicar e desenhar num papel algumas teorias sobre o assunto..

Interrompendo suas explanações teóricas, ela me apresentou, dizendo ser sua amiga de confiança, 'uma irmã', e que profissionalmente eu era psicanalista. Neste momento, ele disse que ela estava muito mal acompanhada, e aconselhou-a a não me ouvir (apesar de eu não ter emitido uma única palavra), pois, segundo ele, como psicanalista, eu não poderia ajudá-la, já que a psicanálise é ineficiente nestes casos. Ele disse a ela também, que esta doença era orgânica e que ela deveria tomar medicamentos para o resto da vida, pois com isto, certamente, ela voltaria a ter 'vida normal'.

Fomos embora e ela demonstrou muita esperança em 'voltar a ser o que era antes do início dos ataques', mas questionou e relutou com relação ao 'medicamento para o resto da vida'. Eu insisti para que ela tomasse os medicamentos para melhorar seus sintomas e indiquei-lhe uma psicanalista da minha inteira confiança para que fosse discutir estas questões.

Concomitante à medicação e à análise, ela passou a procurar vários tipos alternativos de "tratamento" como: acupuntura, homeopatia, centro espírita, massagens e outros. Achei estranha aquela atitude, pois nunca a tinha visto fazer estas coisas. No entanto, não questionei, pois pude entender sua aflição e pedido de ajuda. Percebi que, com os medicamentos, a análise e os 'tratamentos', ela foi retomando lentamente suas

atividades, mas os ataques não cessaram, apenas diminuíram de intensidade e de frequência, e sua eclosão ficou restrita à situação de dirigir na estrada. Ela continuou indo ao médico, uma vez por semana, durante um mês. A cada consulta, ele aumentava a dosagem dos medicamentos (Anafranil e Lexotan) e, depois de um mês, passou a enviar a receita pelo correio. Ela ligava, falava com a secretária e a receita era enviada à sua casa.

No início, ir à análise foi difícil, pois os ataques ocorriam no caminho do consultório da analista e havia dias em que era impossível chegar até lá. A analista dispôs-se a ajudá-la e acompanhá-la incondicionalmente, chegando a "realizar sessões" por telefone, quando era impossível para ela chegar ao consultório, por causa dos ataques. Todo aquele apego e dependência que tinha comigo e principalmente com a mãe (apego que surgiu depois dos ataques pois, antes disto ela era independente, não pedia ajuda a ninguém) começou a acontecer com em relação à analista e à análise.

Nos primeiros dias de ocorrência dos ataques, pude notar nela um estado depressivo muito intenso, como jamais havia observado. Apresentava péssima aparência e muitas vezes muito pessimismo. No entanto, algumas mudanças foram acontecendo. Ela me relatou (e relata ainda) algumas coisas sobre as "descobertas" que tem feito por meio da análise, outras, com certeza ela guarda consigo, e outras posso observar.

Três meses depois do início do tratamento medicamentoso e analítico, ela me comunicou que estava abandonando os medicamentos (apesar dos meus protestos e segundo ela, da analista também), pois estava se sentindo numa camisa de força e engordando muito (segundo ela, em função dos efeitos colaterais do medicamento), o que fazia com que se sentisse ainda mais deprimida. Continua a análise até hoje e não abre mão desta, de forma alguma. *'Desisto de coisas, mas não da análise'* diz ela. *'Se alguma coisa tem que ser para sempre, que seja a análise e não os medicamentos'*. Com a suspensão dos medicamentos e a continuidade da análise, os ataques continuaram ocorrendo da mesma forma como aconteciam sob medicação, ou seja, menos intensos que nos primeiros momentos, e restritos principalmente à estrada.

Ela fez várias tentativas de enfrentar sua 'nova condição', ou seja, procurava caminhos alternativos para dirigir com segurança; pedia companhia quando o caminho não oferecia segurança; ou tentava dirigir sozinha, enfrentando os ataques. Algumas vezes conseguiu e outras teve que voltar de onde estava. Correu vários riscos, como os relatados acima. Um dia chegou a pedir a um policial rodoviário para dirigir seu carro até o final da estrada. Mesmo assim, continuou enfrentando seus medos, reagindo, pois este era e é seu estilo de enfrentar a vida.

Porém, o que aconteceu de mais surpreendente, foram as mudanças e transformações visíveis que começaram a ocorrer: passou a cuidar de sua aparência física e esta mudou significativamente para melhor; seu humor mudou muito. Começou a sorrir e brincar, coisa que eu, como espectadora e observadora de anos, nunca havia presenciado; passou a admitir e a utilizar seus recursos pois, apesar de todos a sua volta observarmos sua competência, ela nunca acreditava e admitia que a tivesse. Com isto, seu trabalho tornou-se muito mais criativo, começou a enfrentar desafios profissionais frequentes que até então não ousara e passou a relatar descobertas sobre a inadequação de várias relações que mantinha. Em virtude destas descobertas, rompeu vínculos duradouros e estáveis, que ela entendia como satisfatórios, embora fossem (para quem olhasse de fora) prejudiciais a ela.

Há pouco tempo, rompeu relações com a mãe, tendo como desencadeante um episódio aparentemente sem importância e banal, mas que a havia remetido a um modo de funcionamento - baseado em uso e conveniência e não em amor - que aconteceu durante toda sua vida, embora nunca houvesse se dado conta antes. Segundo ela, descobrira que além de não amá-la, sua mãe a boicotava. Ao falar da mãe demonstrava muito ódio¹, como eu nunca havia observado antes. Tentei dissuadi-la, pois a impressão que eu tinha de sua mãe, durante todos estes anos de convivência, era oposta a esta. Para mim, ela era disponível, simpática e agradável e aparentemente fizera e fazia tudo pela filha. Tinha dado boas escolas, educação, vestuário, alimentação, e tantas outras coisas que eu entendia como muito convenientes e convincentes de que se tratava de uma 'boa mãe'.

¹ Demonstrava ódio intenso não somente em relação à mãe, mas também às pessoas com as quais rompera relacionamento, em função das descobertas que fazia. Estas descobertas tinham sempre a mesma conotação: "tinha sido usada e não amada."

Numa conversa, quando eu tentava convencê-la da ‘bondade’ de sua mãe, ela me relatou um episódio acontecido quando tinha cerca de seis anos de idade, que havia lembrado durante uma sessão de análise e associado com outros episódios semelhantes.

Relatou que, quando pequena, ia com frequência à casa de um tio, irmão de seu pai. Este tio tinha muita fartura em casa e costumava comprar muitas maçãs. Sua tia colocava-as numa fruteira, em cima da mesa, o que causava uma ótima impressão - contava este episódio com água na boca, dizendo que até hoje se lembrava da vontade que tinha de comer uma daquelas frutas. Pediu e insistiu várias vezes com sua mãe, para que ela pedisse uma das maçãs à tia, mas esta nunca a atendeu, nem comprou para ela a maçã desejada, apesar de seus pais terem condições econômicas para tanto. Sua mãe alegava ser ‘bobagem’ aquele pedido, e que ficaria desagradável para ela, mãe, perante a tia, fazer o pedido para a filha.

Ela reconhecia que o problema não era a privação da maçã, mas o desprezo e a falta afetiva que estava contida neste tipo de atitude. Mencionou este fato e outros mais, citando exemplos de como sua mãe preocupava-se com ela mesma, com sua aparência, desprezando ou não vendo, seus desejos e necessidades, em função de sua ‘boa aparência social’.

Relatou que descobrira também, que tudo o que havia feito e conquistado na vida tinha sido manipulado por sua mãe (mais precisamente a favor da ‘boa aparência social da mãe’) e não por ela própria, por seus desejos e aptidões. Sempre fez o que sua mãe pediu e determinou, pois estava em constante ameaça de perder seu amor caso não cumprisse o que ela determinava. Relatava isto, afirmando sentir-se um ‘mico amestrado’, pois tinha que mostrar para os outros, a pedido da mãe, suas aptidões e conquistas (tocar instrumentos musicais, mostrar boas notas, trabalhos, falar línguas estrangeiras e outras). No momento da eclosão dos ataques de pânico, queixava-se de ter perdido sua identidade (se é que teve um dia), e de não saber quem era, o que gostava e o que desejava para si. Continuamos a nos ver, confidenciar e conversar como amigas, e ela mencionou muitas descobertas que estavam sendo feitas nesta linha.

Dias depois do rompimento da relação entre ambas, sua mãe me telefonou, fazendo dois pedidos, quando pude perceber a que minha amiga se referia. A mãe tentou convencer-me de que sua filha era má e, portanto, eu deveria desfazer a amizade com ela. Relatou-me, também, que estava dando telefonemas deste tipo a várias outras amigas e pessoas de seu relacionamento, pois acreditava que sua filha não nos merecia 'por haver desprezado a própria mãe'. Além disto, pediu o número do telefone da psicoterapeuta, pois achava que esta 'estava enchendo a cabeça dela contra sua própria mãe' e precisava falar-lhe a respeito.

Nos últimos três anos, depois deste rompimento, ela não sofreu um ataque de pânico sequer, até que um dia teve de viajar sozinha, pois tinha algo importante a realizar e não havia uma só pessoa para acompanhá-la. Nesta ocasião é que este ataques de pânico - descrito no início desta exposição - aconteceu. Atualmente, apesar da angústia, do sofrimento, das descobertas e possíveis ocorrências de ataques, seu entusiasmo em relação à vida tem sido grande e contagiante e seu desenvolvimento pessoal e profissional evidente.

*

Vivi esta experiência pessoal por meio do relacionamento com minha amiga e sua mãe, ouvindo seus relatos, descobertas e experiências; acompanhando as transformações que iam acontecendo em sua vida e em suas relações; observando as dificuldades que ela atravessava para tratar os seus sintomas; a procura de ajuda feita pelos atendimento médico e em hospitais. Paralelamente a esta experiência, eu recebia e atendia em consultório, um grande e crescente número de pessoas que buscavam este tipo ajuda, porque passavam por experiências de ataques de pânico recorrentes, e outros que passaram a experimentá-los durante o processo psicoterápico.

Meu trabalho clínico tem como suporte a teoria e a técnica psicanalítica. A relação profissional e transferencial mantida com estes pacientes possibilitou a observação de seu funcionamento psíquico (do ponto de vista do mundo interno) - independentemente se os ataques tivessem ocorrido antes ou durante o processo psicoterápico. Por meio desta observação, detectou-se que, além do sofrimento explícito, havia em comum um funcionamento psíquico e um tipo de angústia característica e paradoxal, semelhante aos apresentados por minha amiga e distintos dos demais pacientes que eram acompanhados por este processo e não apresentavam 'pânico'.

Os pacientes que sofriam de ataques de pânico recorrentes, geralmente vinham acompanhados por familiares e(ou) amigos às sessões, por motivo de ‘segurança’, em virtude da possibilidade de ocorrência de ataques de pânico no trajeto até o consultório. Além disto, os familiares destes pacientes procuravam-me insistentemente com pedidos de orientação para ajudar o paciente. Por meio do contato com os familiares, e de uma relação mais estreita com eles, foi possível observar que havia semelhanças características de funcionamento da situação familiar dos pacientes, com a da minha amiga.

Como estas pessoas geralmente vinham com diagnóstico de ‘Síndrome do Pânico’, e com indicação para usarem medicamentos, pude também relacionar-me com os profissionais que as medicavam e que os acompanhavam. Este contato com os elementos externos ao “setting” analítico (com as famílias e profissionais) possibilitou a observação e a compreensão de que, além do funcionamento psíquico e do mundo interno destes pacientes, havia algumas interferências externas importantes que determinavam o funcionamento psíquico destas pessoas, como também impediam transformações e desenvolvimento psíquico.

Em virtude destas experiências e observações, fui revisando tanto a literatura psicanalítica como também de outras fontes não psicanalíticas de pesquisa sobre o ‘pânico’, com o objetivo de compreender alguns aspectos e questões que estes pacientes apresentavam. Pelo estudo teórico, obtive algumas informações que possibilitaram a observação e a compreensão de outros aspectos. Isto mobilizou a necessidade de maior e mais aprofundada pesquisa teórica e, assim, formou-se um círculo.

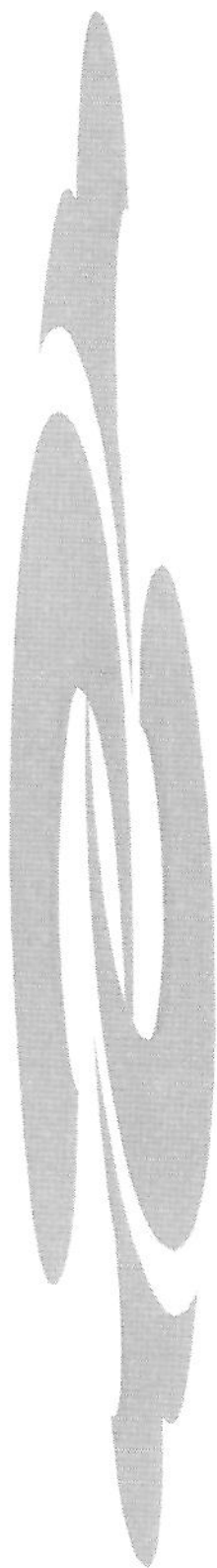
Este trabalho de observação e estudo teórico não tinha, a princípio, o objetivo de pesquisa formal, pois este foi sendo feito para se compreender estas questões, e também para atender às necessidades, às demandas, e ajudar estas pessoas no que fosse possível. Porém, esta situação levou-me (e tem levado) a muitos questionamentos e reflexões. Observei que havia muitas questões paradoxais e complexas subjacentes - tanto ao funcionamento psíquico que os pacientes apresentavam, como também no meio em que estavam inseridos - que as teorias propostas não davam conta de explicá-los.

Decidi sistematizar os dados teóricos encontrados e as questões apresentadas pelos pacientes, para compreender tanto o modo de funcionamento psíquico destes, como a interferência das situações a que estavam submetidos, o que deu origem a este trabalho.

Para isto, utilizei o relato mitológico do deus grego Pã e as descrições levantadas pelos Critérios Diagnósticos da ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, OMS (1993), e da AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, DSM-IV (1994), pois estes descrevem alguns aspectos (sob óticas distintas, sem dúvida) que podem ser observados nestes pacientes. Porém, este trabalho foi enfocado do ponto de vista psicodinâmico psicanalítico, pois esta é a teoria utilizada por mim, para a análise do funcionamento psíquico dos pacientes que atendo em consultório, e daqueles que foram apresentados neste trabalho.

Deste modo, no transcorrer deste trabalho, não me referi a estes pacientes como portadores de 'Síndrome do Pânico', nem de 'Transtorno de Pânico', nem utilizei termos pertencentes a quadros nosográficos e diagnósticos. Estas restrições não foram feitas por pré-conceito pois considero importantes as descrições e observações dadas por estes critérios diagnósticos, mas porque o 'Transtorno de Pânico' remete-nos à condição de diagnóstico; porque este se refere e restringe o pânico à ocorrência dos ataques. Além disso, este critério diagnóstico descreve tipos de fobias apresentadas por estes pacientes, que do ponto de vista psicodinâmico, são analisadas sob outras perspectivas.

O paciente com queixa de pânico foi denominado neste trabalho como 'Paciente com Pânico', e seu funcionamento psíquico foi visto sob o prisma psicodinâmico, de acordo com o processo de desenvolvimento psíquico dado pelo enfoque psicanalítico.

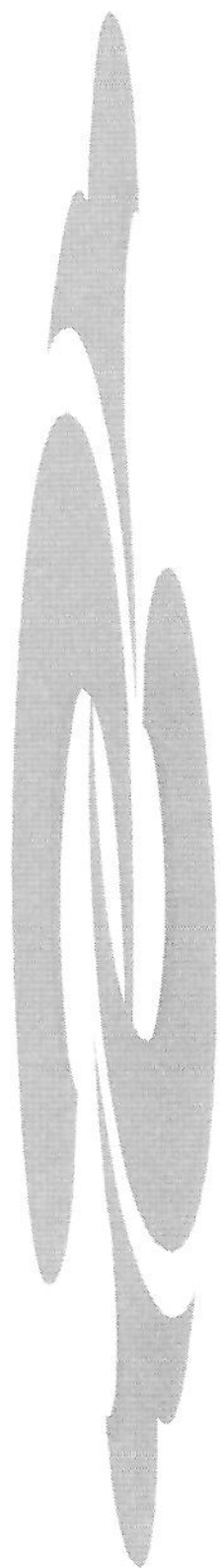


RESUMO

Um determinado tipo de funcionamento psíquico, angústia e neurose específicos estariam subjacentes nos sintomas dos pacientes com pânico, de acordo com o que se pôde observar nos contextos longitudinal, transferencial, e de escuta analítica, durante o processo psicoterápico destas pessoas, e segundo a análise deste material, feita pelo referencial psicanalítico, tomando por base os conceitos de S.FREUD, D.W. WINNICOTT, e de REFERÊNCIAS, oriundo de pesquisas anteriores da autora.

Concluiu-se que, estas pessoas apresentam um funcionamento psíquico, um tipo de ansiedade e um processo neurótico, diferente em configuração e estrutura, dos demais quadros psiconeuróticos “standard”, em virtude de condições ambientais precárias no suprimento de necessidades afetivas, que ocorreram durante todo seu processo de vida. Assim sendo, o ataque de pânico atual seria um sintoma decorrente de um processo de vida, mas este teria um valor positivo, pois, depois de sua eclosão, estas pessoas geralmente desenvolvem uma identidade baseada em recursos e potenciais próprios que, até então era norteadas por um falso EU (self), ou por um EU-OUTRO, mantido por REFERÊNCIAS rígidas, indicadas e mantidas por PESSOAS-REFERÊNCIA, as quais foram cumpridas à risca por eles, desde a infância.

Concluiu-se também, que a eclosão de ataques de pânico estava associada ao temor de serem abandonados pelas PESSOAS-REFERÊNCIA, e pela possibilidade de perda de REFERÊNCIAS, pois, estas lhes fornecem garantia, segurança e identidade, que mantêm as defesas que sustentam, organizam e mantêm seu falso-EU (self). A remissão dos ataques de pânico, por sua vez se associa freqüentemente à adesão e/ou à substituição de uma REFERÊNCIA e PESSOA-REFERÊNCIA por outra(s), incluindo nestas, as buscas de ‘profissionais e medicações para tratar o pânico’.



1. INTRODUÇÃO

Pelas observações e experiências (clínica e pessoal) e pelo estudo teórico realizado sobre as explicações que os autores fazem sobre os sintomas apresentados por minha amiga e pacientes, pude compreender que há algumas dificuldades pelas quais estas pessoas têm de passar, além dos sintomas físicos, e da própria insegurança contida na condição psicológica e da dinâmica familiar. A principal dificuldade é a de terem de ouvir e de se submeterem às divergências de idéias sobre o diagnóstico e tratamento de seus sintomas, pelas posições controvertidas, preconceituosas e especulativas a respeito do assunto.

Podemos ter acesso a estas posições controvertidas, mediante publicações feitas em revistas e livros técnicos especializados, mas também pelo trabalho intensivo de informação, divulgação e especulação, feito pela mídia - por veículos de comunicação como revistas, jornais, TV, programas jornalísticos e telejornais - em função, acredito, do interesse e do crescente número de pessoas que estão apresentando este tipo de sintoma ¹.

Algumas explicações divulgadas pela mídia sobre a etiologia e o tratamento do pânico

Podemos citar como exemplo de informação e divulgação feitas pela mídia, um trecho da reportagem da jornalista VIEIRA (1995), encontrada na Revista VEJA RIO:

Foram quase dois anos de reclusão absoluta. Nem as aulas de ginástica, bale e canto escaparam. Adriana Esteves se afastou dos estúdios da TV Globo, dos palcos, dos amigos, da família. 'Eu parei com tudo', lembra a atriz. A enxurrada de críticas que recebeu pelo seu desempenho como a Mariana, da novela Renascer, não foi responsável pelo exílio voluntário num apartamento em São Paulo ao lado do marido, o ator Marco Ricca. 'Eu seria uma ridícula se fugisse do mundo por causa de críticas ao meu trabalho'. Também não foi uma simples depressão. Adriana foi vítima da síndrome do pânico, uma doença que tem raízes biológicas. O paciente apresenta sintomas de quem enfrenta um grande perigo, embora esteja longe de qualquer ameaça.

¹Devo esclarecer que minha intenção com a exposição das divulgações feitas pela mídia não é a de concordância ou divergência nem de discussão das idéias propostas pelos autores que pesquisam o assunto. Ao expô-las pretendo exemplificar o universo no qual estas pessoas estão inseridas, para compreender a repercussão que estas trazem ao desenvolvimento da condição psíquica da pessoa que tem acesso a elas; o uso que os profissionais fazem das pesquisas e teorias propostas para o tratamento das pessoas que os procuram; e as dificuldades encontradas pela autora tanto para a sistematização teórica como também no trabalho multidisciplinar com estes profissionais.

Podemos observar pela citação deste trecho de reportagem um exemplo de divulgação feito pela mídia, no qual os sintomas de pânico são atribuídos a um fator biológico e(ou) a uma frustração atual.

Outro exemplo pode ser dado pela reportagem de ABU (1996), encontrado em uma Revista feminina OPÇÃO, intitulada: 'Não entre em Pânico!', com o seguinte subtítulo: 'Distúrbio típico da pressionante vida moderna, a definição da Síndrome do Pânico ainda não, consenso entre os cientistas. Os estudos começaram há 10 anos e sugerem que ela decorra da descarga de uma substância, a noradrenalina, no sistema nervoso central'.

Nesta reportagem, tomaram-se depoimentos de algumas pessoas que teriam passado por ataques de pânico recorrentes e foram entrevistados dois profissionais: um psiquiatra e uma psicanalista. A jornalista pergunta ao psiquiatra: 'Como é feito o tratamento para a 'Síndrome do Pânico'?', ao que este responde:

A Síndrome do Pânico obrigatoriamente precisa passar por uma medicação adequada. Existem algumas medicações antidepressivas altamente específicas para isso. Específicas não quer dizer que a pessoa esteja deprimida, mas sim que a medicação também tem uma aplicabilidade para pânico. Estes antidepressivos bloqueiam as crises e uma parcela dessas pessoas à partir do momento que param de tê-las voltam a enfrentar a sua vida normal. Uma outra parcela, apesar de cessadas as crises, continuam a ter um certo receio em se submeter à retomada das atividades normais... ...Diversos estudos ao longo de vários anos mostram que fazer psicoterapia para tratar essa doença é absolutamente inefetiva. Você piora o prognóstico da doença e a pessoa continua tendo crises.... ...Existem alguns procedimentos psicoterápicos que costumamos chamar de comportamentais que estimulam para que esses pacientes vão se expondo aos poucos às situações temidas durante as crises de pânico. Hoje um tratamento de Síndrome de Pânico alcança um sucesso superior a 90%, desde que seja adequadamente tratado com medicação e, quando necessário uma psicoterapia específica.

Em seguida, na mesma reportagem, a jornalista entrevista uma psicanalista, perguntando: 'Nestes casos como se posiciona a Psicanálise?'

Para a Psicanálise isto não é um quadro solto, nós consideramos isto um sintoma. Não é o total da Síndrome. Por quê? Porque para a psicanálise isto está dentro das denominadas Fobias ou Histerias de Angústia. São quadros neuróticos que vêm de longa data. Em geral os conflitos se

iniciam na infância, e que podem dar sintoma nesta época ou depois, ou seja, anos após aparecerem com este tipo de problema, que repito, não é o total do quadro... ...Esta doença sempre houve. Somente ressalta de uma forma diferente. Por exemplo: se formos nos basear na teoria psicanalítica, Freud que começou a trabalhar praticamente há 100 anos atrás já descrevia casos de Fobia, de Histeria de Angústia, quer dizer, não, uma problemática nova. O novo é ressaltar que tem uma medicação para isso. Os psicanalistas não são contra essas medicações. É importante aliviar o sofrimento. Se há remédio para quem sofrer? Mas o paciente muitas das vezes não sabe porque tem essas crises. Podem desaparecer os sintomas. Mas e a causa? Essa é a nossa questão com esse momento atual onde tem se destacado a Síndrome do Pânico.

Este é outro exemplo de controvérsias sobre o assunto que pode ser encontrado entre os profissionais de Saúde Mental e que é divulgado pela mídia. Outro episódio trazido insistentemente para o consultório pelos pacientes, foi o que envolveu o jogador de futebol Ronaldinho na final da Copa do Mundo, na França, em julho de 1998.

O quadro apresentado pelo jogador suscitou a hipótese de que ele teria tido um ataque de pânico, na tarde, horas antes do jogo da final da Copa do Mundo. Foram levantadas por todos os meios de comunicação, pelas declarações de profissionais, as várias possibilidades de diagnóstico e de tratamento envolvendo o pânico.

Podemos citar, como exemplo, a reportagem com o título 'Pressão demais', de GOMES & PASTORE (1998), na qual se apresentou a explicação do pânico, segundo a vertente psicanalítica, com o título 'Freud explica...'.

Em um texto publicado em 1895, o austríaco Sigmund Freud, pai da Psicanálise, descreveu os sintomas de uma perturbação nervosa que ele chamou de 'Neurose de Angústia', diferenciando esse tipo de afecção de outras como a Neurastenia e a Histeria, embora houvesse casos em que todas elas poderiam combinar-se...

A reportagem faz o seguinte paralelo:

...É interessante notar como os sintomas de um ataque de angústia coincidem com o que supostamente aconteceu com Ronaldinho pouco antes da final da Copa do Mundo...

No final, a reportagem afirma:

...Obscurecido por pílulas que prometem a felicidade instantânea e por terapias comportamentais que tratam os pacientes como cobaias, o velho Freud, ainda hoje não hesitaria em receitar o divã de um bom psicanalista aos aflitos pela ansiedade, pelo pânico, pelo estresse, não importa o nome moderninho que se dá a um mal tão antigo quanto o homem - a angústia....

Do ponto de vista da psiquiatria, a mesma reportagem apresenta o parecer de alguns profissionais de Saúde Mental consultados, com o subtítulo, 'Círculo infernal', no qual o ataque de pânico teria como origem a 'depressão' e a 'ansiedade generalizada' e sua recorrência (em termos de quantificação) desencadearia o quadro de 'transtorno do pânico'. A Psiquiatria apresenta o tratamento com antidepressivos e terapias psicológicas de apoio para o caso. Além disso, a reportagem toma a seguinte afirmação:

Os distúrbios psiquiátricos têm várias causas. A mais importante, segundo os especialistas, é o fator genético - o que não significa que alguém com predisposição genética será inevitavelmente acometido por esses problemas. O stress pode servir de gatilho para a manifestação de vários transtornos psiquiátricos.

Mediante estas reportagens e a literatura a elas concernente, podemos encontrar três grandes áreas de concentração de pesquisa e afirmações sobre a etiologia e indicações de tratamento para o pânico: a Psiquiatria, a Psicologia Comportamental e a Cognitivista, e a Psicanálise.

Explicações divulgadas pela Psiquiatria sobre a etiologia e tratamento do pânico

Os ataques de pânico, segundo as informações divulgadas pelos profissionais na mídia, fazem parte de um quadro denominado como 'síndrome do pânico' ou 'transtorno do pânico'. Estes seriam desencadeados pela combinação de fatores genéticos e biológicos pré-existent, que se atualizariam em virtude da incidência repetitiva de determinados fatores ambientais, externos e atuais, como estresse, frustrações, ou ingestão de certas substâncias, podendo desencadear um processo evitativo, fóbico e(ou) agorafóbico dos locais e situações onde estes ocorreram.

Segundo esta abordagem, os ataques de pânico e os sintomas físicos apresentados por estes pacientes teriam uma etiologia orgânica e crônica e deveriam ser tratados com a ingestão de antidepressivos tricíclicos. Tanto os profissionais consultados como a literatura médica afirmam que as técnicas psicanalíticas “standard” (associação livre e interpretação baseada na transferência) seriam formas ineficientes de tratamento para o pânico. Para as evitações e fobias decorrentes de ataques de pânico recorrentes, os profissionais da área recomendam que seja feito um tratamento psicológico de apoio, conforme proposto pela Psicologia Comportamental e Cognitiva.

Sobre a etiologia dos ataques de pânico e do modo de explicação sobre o ‘Transtorno de Pânico’, muitos trabalhos e pesquisas puderam ser encontrados, mas a grande maioria destes muito pouco acrescenta, em termos de originalidade, apenas confirma o que já fora proposto pelos critérios diagnósticos da OMS, CID-10 (1993) e pela APA, DSM-IV (1994), que serão citados no Capítulo I deste trabalho.

A questão que pode ser levantada neste sentido, é sobre a postura e o ‘uso’ que os profissionais fazem deste tipo de conhecimento e da informação que pode ser observado pelas experiências de trabalho multidisciplinar com a grande maioria dos profissionais médicos.

Tenho ouvido e passado por situações muito complicadas e delicadas na relação com profissionais médicos que atendem meus pacientes com pânico. Uma delas, relatei na experiência pessoal que vivi ao acompanhar minha amiga e uma outra aconteceu há bem pouco tempo, com um paciente com diagnóstico de ‘transtorno de pânico’, que me procurou para psicoterapia.

Liguei para o médico (uma pessoa renomada no meio médico e científico), que atendeu, diagnosticou e medicou o paciente, a fim de conversarmos, trocarmos idéias, fazermos um trabalho conjunto, multidisciplinar e tentarmos mediante nossa integração, maior e melhor compreensão e integração dos aspectos físicos e psíquicos do paciente, que se encontravam em um estado de dissociação importante. Cito textualmente como foi nosso diálogo por telefone:

Sandra: Boa tarde Dr. G. Sou psicóloga do paciente H. Gostaria de conversar com o senhor, por telefone ou pessoalmente a respeito dele.

Dr. G.: Pois não. Este paciente me consultou, ele está com síndrome do pânico, e eu o mediquei. Disse a ele também que essa é uma doença orgânica, e que ele deve tomar esse medicamento para o resto da vida. Ele ficou muito resistente e eu o alertei para que tomasse os medicamentos, pois senão ele poderá ter muitos ataques e uma má condição de vida.

Sandra: O senhor acha mesmo que ele deve tomar esses medicamentos para o resto da vida?

Dr. G.: Não é que eu acho, isso é assim mesmo. Está provado cientificamente que a Síndrome do Pânico é uma doença orgânica, e que os antidepressivos são eficazes nesses casos. Com os medicamentos ele terá a remissão dos ataques e poderá com isso ter uma boa qualidade de vida, normal mesmo.

Sandra: E em que eu poderia ajudar?

Dr. G. : Você não é psicóloga? Então você tem que fazer seu trabalho. Você tem que convencê-lo de tomar os medicamentos.

Sandra: E como é que eu vou convencê-lo?

Dr. G. : Como assim? Você não estudou? Não fez Faculdade de Psicologia? Então e só ir dar uma olhada nos seus cadernos, nas suas anotações para saber como fazer o seu trabalho. Eu sou o médico, eu o medico; você é psicóloga, você o convence a tomar os medicamentos; e ele é o paciente que dever tomar a medicação, melhorar, e assim todos ficarão bem. É só isso que você queria?

Sandra: É, sim senhor. Obrigada.

Tendo em vista este quadro, o paciente sentiu-se inseguro, e eu me encontrei em uma posição bastante delicada no caso. Sem dúvida, podemos observar que a medicação surte efeito no sentido de remissão dos sintomas físicos e na recorrência dos ataques de pânico. Porém, baseada na experiência clínica, posso afirmar que esta remissão não ocorre em todos os casos; que há retorno dos sintomas e dos ataques tempos depois, mesmo sob medicação.

Outra situação ocorreu em julho/99, quando uma paciente que passava por ataques de pânico recorrentes, há cinco anos, procurou-me dois meses antes do casamento, em virtude da reincidência constante destes, desde que começou a providenciar os preparativos para o evento. Esta paciente estava também sendo medicada por um profissional renomado e, como seus ataques de pânico haviam se intensificado mesmo sob medicação, este atribuiu a recorrência dos ataques à psicoterapia e ao estresse. Indicou a ela que aumentasse a dosagem da medicação (chegou a ponto de não conseguir levantar-se da cama sem ajuda), que pedisse demissão do trabalho e que desistisse da psicoterapia até o casamento.

A paciente cumpriu suas indicações, e fui comunicada pela mãe, ao telefone, que disse o seguinte: Minha filha vai desistir do trabalho e da psicoterapia porque o médico indicou. Ela gostaria de falar com você, mas não dá, porque ela está totalmente dopada, não tem força nem para falar ao telefone. Tentei explicar para a mãe, a gravidade e a seriedade da situação, ao que ela respondeu: Temos confiança no médico, porque ele é... (citou todos os títulos e atividades que o médico exercia) e se ele falou, vamos acatar.

Cito estas situações como exemplos, mas afirmo que não são experiências isoladas, mas sim, muito comuns para nós, não médicos, passarmos por elas. Sem dúvida, estes pacientes acabam desenvolvendo um quadro crônico, mas coloco em dúvida se isto se trata de uma condição do próprio quadro, ou consequência do tipo de 'uso' de informações e indicações que são feitas pelos profissionais.

Explicações divulgadas pela Psicologia Comportamental sobre o pânico

Um exemplo de pesquisa e intervenção feita pela Psicologia Comportamental pode ser dada através da publicação científica, de MOREIRA (1993), na qual este relata uma experiência realizada no Ambulatório de Sexualidade Humana da Maternidade Odete Valadares (BH), com mulheres apresentando 'Fobia sexual associada ao Pânico'. Esta experiência foi feita por intermédio de uma ação integrada 'farmacológica, com a utilização da medicação antipânico (imipramina)', concomitante à terapia comportamental, baseada

nos métodos comportamentais sexológicos de Master & Johnson, e nos novos métodos psicodinâmicos propostos pela nova sexologia de KAPLAN (1993a, 1993b):

..A medicação antipânico, ao reduzir o medo de contato sexual, pode potencializar os aspectos psicodinâmicos e comportamentais da terapia... ...Com a medicação a paciente começa a suportar o contato físico... ...A primeira etapa pode ser um trabalho com o parceiro não afetado pela disfunção, mostrando-lhe como é importante que ele procure fazer com que sua parceira com disfunção sexual sinta confiança afetiva na relação... ...No segundo momento do processo terapêutico, a paciente já aceita ser confrontada com suas dificuldades sexuais... ...Caso a paciente ainda demonstre muita resistência, a dosagem do medicamento poder ser aumentada, ou mesmo esta poder passar por uma terapia psicodinâmica breve para vencer tal resistência..

MOREIRA (1993), assim conclui:

...Em geral não são casos fáceis. As causas da aversão sexual e das fobias sexuais, associadas ou não aos distúrbios de pânico, são remotas e envolvem fatores biológicos (possivelmente genéticos), psicológicos e culturais e, embora a nova abordagem integrada pareça ser a mais abrangente das que até então existiam e os resultados pareçam promissores, ainda necessitam de maiores estudos controlados para sua verificação.

Deste ponto de vista, podemos encontrar também outras pesquisas e propostas, mas muito pouco se acrescenta ao que já fora proposto e dito, pela citação acima, ou seja, que este transtorno teria como base um distúrbio comportamental, resultado de experiências aversivas no contato com algumas situações, e que a recorrência dos ataques de pânico originar-se-iam na exposição a estas situações. Deste modo, esta corrente teórica entende que um trabalho de aproximação sucessiva às situações aversivas, 'desmontaria', por assim dizer, um padrão fóbico estabelecido.

Porém, pela experiência clínica, observa-se que, mesmo não estando sob orientação psicoterapêutica de enfrentar as situações aversivas, por fazer parte de sua própria característica de funcionamento psíquico, estes pacientes assim o fazem espontaneamente. Além disso, à medida que os ataques de pânico recorrem, e estes podem acontecer a qualquer hora e lugar, pois não estão relacionados com situações específicas, as situações aversivas costumam se ampliar em número.

Explicações divulgadas pela Psicanálise sobre o pânico

Do ponto de vista psicanalítico, no que se refere à compreensão psicodinâmica do pânico, há pouca pesquisa. Pelas declarações feitas em reportagens, os psicanalistas geralmente atribuem o pânico aos quadros de neurose de angústia e de histeria de angústia propostos por FREUD, e o compreendem como uma psicose "standard", que pode ser explicada e tratável pelas técnicas psicanalíticas vigentes.

Isto revela, sem dúvida, uma falta de informação teórica importante. FREUD, pela postura pessoal de reconhecimento de correspondência ou não de suas hipóteses, com suas observações formulou, reformulou suas idéias, tomou e retomou posições e direções sobre a configuração do aparelho psíquico; sobre a etiologia e a qualidade dos perigos, dos medos, das fobias, da ansiedade e angústia, do pânico; e do tipo e da qualidade de neurose que estariam na base dos sintomas.

A ansiedade e a angústia foram relacionadas por FREUD, desde seus trabalhos anteriores a 1900, à condição humana decorrente de sua própria constituição e hereditariedade, que funcionaria como condição de sobrevivência pela seleção natural, e alarme no decorrer do desenvolvimento psíquico, e continuou nesta linha de pensamento durante toda sua obra. Porém, relacionou a etiologia dos acessos de angústia, "Angstanfall", a vários fatores e etiologias distintas, que foram mudando de enfoque no transcorrer de sua obra.

FREUD (1976c) relacionou os acessos de angústia aguda ao quadro que denominou neurose de angústia. Entendeu que este quadro não era uma psicose, pois os sintomas físicos e psicológicos presentes nesta não continham qualquer expressão simbólica de conflitos inconscientes. Ao contrário, considerou-a uma neurose atual e, não a entendia como passível de análise, como afirma:

...O afeto não se origina de uma idéia reprimida, mas mostra não ser posteriormente redutível pela análise psicológica, nem equacionável pela psicoterapia. Portanto, o mecanismo de substituição não se mantém para as fobias da neurose de angústia.

FREUD (1976i) relacionou os sintomas de angústia aguda ao quadro de histeria de angústia. Deste modo, entendeu-a como uma psicose e abordou-a sob o aspecto psicodinâmico. Relacionando os sintomas de angústia aguda às psicoses de transferência, este quadro seria passível de análise, pelas técnicas “standard” da Psicanálise. Mas, neste momento FREUD (1976i) discriminou o sentimento de ansiedade, de angústia² e de pânico.

FREUD (1976b,1976j1,1976j2,1976o) relacionou o pânico propriamente dito à condição de desamparo psíquico “Hilflosigkeit” e às neuroses traumáticas. FREUD (1976l2) relacionou o pânico também às condições de grupos e massas. Estes últimos trabalhos de FREUD sobre o pânico raramente são mencionados pelos profissionais consultados.

Além disso, até 1920 FREUD compreendeu o processo de organização da estrutura e do desenvolvimento do aparelho psíquico; a etiologia dos conflitos, dos sintomas neuróticos, das ansiedades e angústias, por meio da sexualidade, das questões objetais ou pré-objetais. FREUD (1976ll), incluiu o conceito de pulsão de morte em sua obra e passou a considerá-lo, assim como suas vicissitudes, os principais fatores geradores de conflito, ansiedade, angústia, defesas e neuroses.

FREUD (1976m1,1976m2,1976m3,1976n) reconsiderou outras questões, atualmente difundidas pela Psicanálise como teoria psicanalítica “standard”, que podemos resumir da seguinte forma:

² Com relação à palavra ‘Angústia’ “Angst”, o editor da Standard Edition, na Conferência XXV (1916/1917) A Ansiedade, (nota de rodapé pg. 457), “e em um apêndice acrescentado pelo Editor inglês, ao primeiro artigo de FREUD sobre Neurose de Angústia (Standard Ed., 3, 116), faz uma observação, sobre a versão inglesa da palavra “Angst”, e assim afirma: Embora “anxiety”, num sentido muito diferente do coloquial, seja a versão técnica, freqüentemente achou-se necessário traduzi-la por palavras tais como “fear” (temor), “being frightened” (temer) ou “being afraid” (ter medo), e assim por diante. Em português, existem os termos “ansiedade” e “angústia”. Preferimos usar “ansiedade” para referir à vivência de sofrimento psíquico determinado pela presença de um conflito interno. Designa, pois, predominantemente, o aspecto mental do fenômeno e se aproxima certamente da abordagem metapsicológica. Já o termo “angústia” designa de preferência o aspecto global, abrangendo o componente psíquico, ansiedade, mais as manifestações somáticas decorrentes do estado de tensão e sofrimentos internos...”

Por uma questão de representatividade, foi utilizado este critério discriminativo no transcorrer desse trabalho. O termo ‘ansiedade’ foi usado para representar o ‘aspecto mental, a presença de conflito interno e vivência de sofrimento psíquico relacionado ao conflito’, enquanto que o termo ‘angústia’ foi usado para representar o ‘sofrimento mental, mais as manifestações somáticas da ansiedade’.

- O conflito, assim como a modalidade de satisfação da atividade pulsional, que geram ansiedade e angústia, seriam dadas primeiramente no mundo interno e relacionadas com a atividade inconsciente e com o Id. (FREUD,1976n).

- Pelo contato com a realidade, parte do id transformar-se-ia em ego, e parte deste em superego, formando, assim, as três instâncias psíquicas. (FREUD,1976m1).

- Estas três instâncias formariam entre si uma solução de compromisso para minimizar e(ou) aliviar o conflito e a ansiedade intrínseca e inconsciente e(ou) aquela mobilizada pelo contato com a realidade. (FREUD,1976m1).

- FREUD (1976e3,1976h2,1976g2) entende que a formação e a organização destas instâncias psíquicas, assim como a solução de compromisso decorrente destas passariam por um processo de desenvolvimento da libido e das relações objetais. Porém, FREUD (1976m2,1976m3) propõe este desenvolvimento que culminaria com a resolução do complexo edípico, quando passa a considerar os conflitos como edípicos e pré-edípicos.

- FREUD (1976n) entende o ego como sede de toda e qualquer ansiedade e angústia, e a solução de compromisso entre estas instâncias o teria como organizador, que mobilizaria defesas, proporcionaria organização, reorganização, transformação, desenvolvimento do aparelho psíquico, mas seria responsável também pelos ‘comprometimentos psicológicos’, pelas ‘patologias psíquicas’, ‘sintomas’, desencadeamento de neuroses e pelo alívio ou incremento da condição de conflito e ansiedade.

Assim, podemos encontrar a discriminação entre angústia e pânico na obra de FREUD até por volta de 1920, e também nos seguidores dessas idéias. A partir daí, todo e qualquer tipo de manifestação de ansiedade e angústia (assim como as neuroses de modo geral) passaram a ser relacionadas à capacidade do ego de suportar e transformar o conflito interno e natural, como também à condição do sujeito de adaptar-se ao mundo externo e à realidade.

Embora este trabalho não tenha o propósito de discussão da angústia e do pânico na obra de FREUD, até mesmo porque estes assuntos já foram abordados com pormenores, de forma brilhante e competente (e consultados) em trabalhos de outros autores como: COSTA-PEREIRA (1989,1995,1996,1997); GOMES (1994); HANNS (1996); LAPLANCHE E PONTALIS (1992); LAPLANCHE (1993); BLEICHMAR (1988); QUINODOZ (1993), foi feita uma breve exposição destes conceitos, para situar de onde partiram as idéias propostas, assim como para elucidar algumas controvérsias a respeito do assunto.

Além disso, essa revisão foi necessária, pois, apesar dos conceitos freudianos serem vastamente utilizados, divulgados e tidos como óbvios, claros e evidentes, a utilização destes, tanto na literatura como na prática clínica dos profissionais que exercem a Psicanálise, mostra-se muitas vezes incoerente e até mesmo inadequada. Esta não é uma situação nova, pois FREUD (1976f) já havia constatado este fato.

Além da falta de informação, outra razão pela qual os psicanalistas não desenvolvem pesquisa sobre o pânico, como pudemos observar pelas declarações veiculadas pela mídia, é porque a grande maioria destes profissionais não aceita a discriminação entre angústia e pânico, como se apresenta no quadro de 'transtorno de pânico', utilizado pela Psiquiatria. Podemos relacionar alguns argumentos neste sentido:

- Um dos argumentos preponderantes é que o pânico refere-se a uma classificação nosográfica e diagnóstica utilizada pela Psiquiatria e que esta se baseia em aspectos descritivos, manifestos e sintomáticos para distinguir o tipo de ansiedade presente no 'transtorno de pânico', do 'transtorno de ansiedade generalizada'. Os psicanalistas geralmente não aceitam esta classificação, porque a Psicanálise como método de conhecimento e referencial teórico não se baseia em aspectos manifestos, nem em diagnóstico fechado e formal, mas em funcionamento psíquico para compreensão de fenômenos psicodinâmicos.

- Outro argumento contrário à classificação de 'transtorno de pânico', sugerido pelos psicanalistas, é que este quadro teria algumas 'causas' e 'predisposições' para seu desencadeamento. Para a Psicanálise, um sintoma, qualquer que seja ele, é

entendido como uma consequência de uma série de questões complementares e complexas, conscientes e inconscientes que devem ser compreendidas como uma comunicação como qualquer outra linguagem, na qual estariam embutidos movimentos e não leis que surgiriam de experiências internas (ou internalizadas), de significação (ou falta destas) de transformações internas (ou impedimento de fazê-las), e não de 'causas' lineares e(ou) específicas. Sendo assim, os profissionais entendem que estas questões complexas devem ser vistas, examinadas e analisadas e não os sintomas isoladamente.

- Os psicanalistas não aceitavam (ou ainda não aceitam) a classificação nosográfica de 'Transtorno de Pânico' por entenderem que este diagnóstico conduzir-nos-ia necessariamente ao tratamento sintomático proposto pela Psicologia Comportamental e à intervenção medicamentosa, o que excluiria a necessidade de análise do funcionamento psíquico dos pacientes com pânico. Os profissionais alegam que as pessoas, (crianças ou adultos, inclusive as que apresentam pânico) possuem um mundo interno, repleto de conteúdos conscientes e manifestos, mas também de conteúdos inconscientes e latentes, que foram e são adquiridos durante todo seu processo de vida; que estes conteúdos formam uma estrutura psíquica, e que esta norteia um determinado funcionamento psíquico; e que este funcionamento psíquico é expresso por sua conduta e(ou) por seus sintomas. Sendo assim, qualquer sintoma, conduta e(ou) funcionamento psíquico seriam passíveis de exame e análise pela dupla analítica.

- Outro motivo pelo qual pesquisas sobre pânico não são realizadas por psicanalistas, que podemos observar pelos depoimentos feitos na mídia, é a alegação de que as pessoas podem apresentar ansiedades, de forma crônica ou aguda, sob a forma de ataques ou não, o que não implicaria necessariamente na necessidade de formulação de um quadro específico e distinto entre ansiedade e pânico. Salvo pela falta de informação, esta alegação pode estar baseada nas idéias de FREUD (1976l1), quando entende que o conflito intrapsíquico ocorreria também pela ação da pulsão de morte; e de FREUD (1976n) quando compreende que o ego seria a sede da ansiedade, da angústia e do pânico e o entende como psicose de transferência. Neste sentido, a intervenção técnica nos quadros de ansiedade, angústia, pânico, ou qualquer outra psicose, deve ser realizada nos moldes "standard", na relação bipessoal dentro do "setting" analítico, incluindo a 'neutralidade do

analista', a transferência e a associação livre, onde e quando a solução de compromisso inconsciente, geradora destes sintomas, pode se tornar consciente.

Baseando-se na compreensão de que o conflito e a etiologia da angústia ocorreriam em virtude da ação da pulsão de morte e suas vicissitudes, apresenta-se no cenário psicanalítico a corrente de pensamento kleiniana, na qual muitas pesquisas sobre pacientes com características dos pacientes com pânico são feitas. Entretanto, nesta vertente, autores³ sérios e importantes o descrevem como: BION (1962,1967), 'Pavor sem nome'; MELTZER (1967), 'Ansiedades Paranoídes'; TRINCA (1992), 'Personalidade fóbica' e CASSORLA (1996), 'Perseguição de um objeto sabotador filicida'.

FREUD (1976j1) desenvolveu idéias e teorias sobre o pânico relacionado ao desamparo primário, "Hilflosigkeit", experimentado nos primórdios da vida, que conteria aspectos anobjetais ou sem qualquer tipo de representação. Mas desenvolveu poucas idéias e teorias sobre os sentimentos de caos, solidão, aniquilação e morte relacionados a este, e sobre a dependência e interferência externa no qual o ser humano estaria imerso desde seus primórdios de vida até a idade adulta. Assim sendo, muitos autores (ou a maioria dos autores dentro do cenário psicanalítico) sequer concebem a idéia de que este momento exista.

KLEIN (1986) entende que haveria um momento primitivo de formação egóica, superegóica, de relações objetais e de primeira edição do complexo edípico, anteriores ao que FREUD (1976m3) propôs. Porém, compreende que o bebê humano já nasceria com uma condição de estruturação e de desenvolvimento psíquico, e de possibilidade de estabelecer relações objetais (mesmo tendo estas características primitivas e dadas à princípio no mundo interno), que não supõe a dependência de forma tão intensa e importante de seu meio ambiente.

³ Por serem autores da corrente kleiniana de pensamento e, portanto, partirem das idéias de FREUD após 1920, os sintomas de angústia não são vistos por esses autores como pânico, e(ou) como uma ansiedade ou angústia específica, mas, sim, como angústia decorrente do conflito entre a Pulsão de Vida e a Pulsão de morte, e de uma fragilidade egóica em poder contê-la e(ou) defender-se de conteúdos internos e externos. A atenção especial é dada por esses autores aos aspectos etiológicos da angústia tais como os aspectos persecutórios, à inveja primitiva, às vicissitudes da identificação projetiva e outros conceitos oriundos da pulsão de morte.

Situados basicamente nas idéias de FREUD anteriores a 1920, COSTA-PEREIRA (1997) pesquisa e relaciona o pânico às condições pré-simbólicas e pré-edípicas e amplia à noção psicopatológica de desamparo, "Hilflosigkeit" de FREUD. JEAN LAPLANCHE (1993) relaciona o pânico ao sentimento de desamparo psíquico e às neuroses traumáticas, mais especificamente a elementos 'autotraumáticos' decorrentes do processo bifásico do desenvolvimento da libido. WINNICOTT (1994b) desenvolveu uma teoria sobre o pânico, sob o conceito de 'medo do colapso', "Breakdown fear", relacionando-o à etapa de narcisismo primário e ao desamparo afetivo.

Há uma característica marcante e predominante no pensamento de D.W. WINNICOTT que podemos encontrar no decorrer de toda sua obra, que coincide com minhas observações clínicas e que determina uma diferença importante de abordagem psicanalítica. Trata-se da ênfase que este autor atribui à influência, à importância e à dependência que um bebê tem dos objetos externos, da mãe e do meio ambiente real⁴ para a organização e desenvolvimento do aparelho psíquico.

Para WINNICOTT (1988,1990b,1990d,1993g), as falhas de contenção emocional do bebê, fornecidas pelo exercício inadequado da função materna, o expõe a condições de desamparo psíquico, que traz conseqüências para seu desenvolvimento emocional; para a organização de uma identidade própria, baseada em sua experiência de existência como pessoa; para a formação e desenvolvimento da estrutura de seu aparelho psíquico; para a discriminação do EU (self) e do não-EU (self) e para o desenvolvimento das relações objetais que irão se estabelecer no transcorrer de seu desenvolvimento psíquico.

Não somente WINNICOTT, mas outros autores também dão a mesma importância à função do meio ambiente e às conseqüências de sua falha. Podemos encontrar este dado nas idéias de M.KHAN (1976,1977a,1977b), no seu conceito de 'idolização' e de 'trauma cumulativo'; GREEN (1988), no seu conceito 'o complexo da mãe morta'; BALINT (1993) no seu conceito de 'falha básica'; A.ALVAREZ (1994) no

⁴ O meio ambiente real, para esse autor, não significa somente uma projeção ou uma experiência interna do indivíduo, mas as condições em que esta pessoa esteve, ou está, imersa em termos de provisões, satisfações e(ou) impedimentos de suas necessidades e impulsos internos.

seu conceito de 'Companhia viva'; A. RASCOVISK (1981) no conceito de 'mãe filicida'; e em F. TUSTIN (1975,1984,1990), em suas idéias sobre as vicissitudes encontradas pelos bebês, na relação com determinado tipo de mãe.

Além disso, WINNICOTT (1988,1990b,1993h) entende que existiriam tipos de ansiedades com etiologias, características, estruturas e configurações distintas entre si: uma delas seriam as ansiedades referentes ao EU (self), 'à existência do indivíduo como pessoa', que seriam experimentadas pelo bebê, em virtude de falhas ambientais de satisfação emocional e afetiva; e as outras seriam ansiedades referentes à formação do ego que seriam experimentadas em virtude de falhas de satisfação pulsional e ligadas às relações objetais que o indivíduo estabeleceria ao longo de sua vida.

Para este autor, as primeiras seriam experimentadas mais intensamente. WINNICOTT (1988,1994d) afirma que 'ansiedade seria um nome pouco adequado para descrevê-las, em virtude de seu caráter impensável e inominável', por antecederem qualquer possibilidade de representação e defesa egóica. Por este motivo, denominou-as de 'ansiedades impensáveis', 'inomináveis' e também como 'agonias primitivas'.

Por estes motivos, as idéias de WINNICOTT passaram a fazer parte do referencial teórico que utilizei para examinar o histórico e o processo de vida dos pacientes com pânico para compreender seu funcionamento psíquico. Este enfoque teve o propósito de compreender o que significa este fenômeno; se este apresenta de fato algo específico ou não; se existem semelhanças e/ou diferenças com outros tipos de neurose; se sua sintomatologia é circunstancial e atual, ou decorrente de um processo de desenvolvimento, e se as técnicas de intervenção vigentes (medicamentosa e psicanalítica) poderiam ou não ser úteis neste tipo de quadro.

Outras observações e parâmetros que nortearam a pesquisa

Por meio do processo psicoterápico dos pacientes com pânico, observavam-se diferenças no modo de funcionamento psíquico entre eles e outros que não o apresentavam. Os pacientes que não apresentavam pânico demonstravam dependência ou independência;

desejos, conflitos e defesas contra e com relação a eles; e alguns relatavam temores e angústia com relação a certos tipos de objetos e(ou) situações. Compreendia-se que a angústia relatada por estas pessoas referia-se a objetos e a conflitos manifestos, que eram geralmente substituições de objetos, situações e(ou) desejos inconscientes. Sendo assim, a angústia, assim como o modo de funcionamento psíquico destas pessoas, mantinha uma linha de conduta passível de compreensão pelas teorias psicanalíticas “standard”.

Entretanto, no caso de pacientes com pânico, observavam-se questões contraditórias e paradoxais em seu modo de funcionamento psíquico, em sua conduta e no tipo de angústia que manifestavam. Estes pacientes apresentavam, paradoxalmente, tanto independência, como dependência. A independência podia ser observada no modo como operacionalizavam a própria vida, pois eram pessoas bem sucedidas profissionalmente, chegando a ser arrimo e suporte econômico de uma ou até mesmo de algumas famílias. A dependência podia ser observada na relação que mantinham com os membros da família e com outras pessoas, pois geralmente vinham acompanhadas por familiares e(ou) amigos à sessão, alegando a necessidade de segurança e garantia, em virtude da possibilidade de ocorrência de um ataque de pânico no trajeto até o consultório.

Durante o processo psicoterápico destes pacientes, notou-se que a necessidade de serem acompanhados trazia em si um temor de serem abandonados por se sentirem frágeis e desamparados. Embora apresentassem ataques de pânico na idade adulta, (comumente e predominantemente pela primeira vez na adolescência) estes pacientes traziam, em suas associações e relatos, um histórico de necessidade de seguranças e garantias, de sintomas de angústia de abandono crônica e de defesas contra esta, desde a infância, o que corroborava com as observações feitas sobre o processo de vida e desenvolvimento de sintomas das crianças submetidas a REFERÊNCIAS que pesquisei e deram origem à minha Dissertação de Mestrado **Compreendendo os pais para compreender uma criança** (TSCHIRNER, 1993).

Nesta pesquisa, mantendo a relação transferencial com as crianças/pacientes que eram atendidos em consultório, e também com seus pais, pude observar que muitas crianças apresentavam dificuldades internas neuróticas, de origem pulsionais e de imaturidade egóica e(ou) superegóica, de tendências constitucional e hereditária, corporais

(sexualidade) e físicas (síndromes genéticas e(ou) lesão cerebral), da vida psíquica e imaginativa e outras.

Entendi, também, por esta pesquisa, que caso houvesse uma condição interna favorável, as experiências seriam adquiridas pelo conceito de significação de BLEGER (1989a), quando um significado adquirido pela experiência transformar-se-ia em uma referência que nortearia o funcionamento psíquico e a formação de identidade desta pessoa, desde tenra idade. Estas referências poderiam ser transformadas pelas próprias experiências da criança, no decorrer de sua vida, caso houvesse uma condição interna para tanto. Observou-se, também, que existia a impossibilidade de transformação e de re-significação destas referências pelas crianças, em virtude de uma dificuldade interna (por vários motivos e fatores) que elas apresentavam.

Notou-se, também, em um número significativo de crianças que possuíam uma condição e potencial interno favorável de significação e transformação, que havia fatores externos a elas, que interferiam em sua capacidade de significação e de transformação de referências. Estes fatores externos impediam sua capacidade de transformação, quando determinavam seu modo de funcionamento psíquico que, por uma questão de dependência (tanto física como psicológica), por não ter condições de transformar e(ou) modificar seu ambiente, a criança tinha de modificar-se e de impedir sua transformação para atender ao ambiente. Esta condição de impedimento colaborava na geração de ansiedades, na formação de sintomas e(ou) outras queixas apresentadas.

A estas significações rígidas, que deveriam ser seguidas à risca e não podiam ser transformadas nem re-significadas pela criança, em virtude de determinações externas, denominei REFERÊNCIAS⁵. A formação destas REFERÊNCIAS iniciar-se-ia na infância e seria desenvolvida por meio de um processo (que esclareço no transcorrer deste trabalho) no decorrer da vida. O cumprimento destas REFERÊNCIAS trazia conseqüências como: dificuldade de contato com seus próprios desejos; interdição de sua capacidade de transformação, elaboração psíquica; e impedimento de organização e desenvolvimento de

⁵ A utilização do termo referência foi feita levando-se em conta a possibilidade de transformação destas. A impossibilidade de transformação das referências, por estar incluída a necessidade de obediência a significados rígidos externos, foi representado pela utilização do termo REFERÊNCIA

uma identidade própria e autônoma, baseada em suas próprias experiências no contato com a realidade.

Notou-se que as defesas do paciente com pânico, geralmente se apresentavam sob a forma apego às REFERÊNCIAS rígidas e morais, baseadas predominantemente em intelectualizações, com muito pouco acesso e alusão a desejos e(ou) experiências próprias.

Pelos contatos mantidos com seus familiares, feitos durante o acompanhamento às consultas, ou até mesmo na busca de orientação para ‘ajudar’ o paciente e pelos relatos de fatos e associações que apresentavam durante o processo psicoterápico, observava-se tanto a interferência de algumas pessoas e de suas REFERÊNCIAS em seu histórico de vida, e em seu processo psicoterápico, como também estes apresentavam funcionamento psíquico aquiescente e dependente dessas REFERÊNCIAS.

Além disso, outras pessoas, cujo funcionamento psíquico eram baseados em REFERÊNCIAS, e que nunca haviam experimentado ataques de pânico, passavam a apresentá-los durante o processo psicoterápico, de forma intensa e até mesmo recorrentes, nos mesmos moldes daqueles que procuravam tratamento psicoterápico para tratar de seus ataques de pânico recorrentes.

Os pacientes com pânico também se referiam a um tipo de angústia característica, que não tinha um objeto e(ou) situação específica como alvo, a não ser dos locais onde os ataques teriam ocorrido, que se apresentava de modo muito mais intenso, em termos de sofrimento, do que qualquer outro tipo de angústia referida e(ou) relatada por outros pacientes e por eles mesmos. Geralmente não conseguiam localizar seu medo e temor, nem podiam discriminar um objeto e(ou) situação específica temida. Relatavam apenas terem a sensação de ‘não saber mais viver’, de que ‘algo terrível estaria para acontecer’, o que proporcionava um tipo de angústia distinta daquelas anteriores à eclosão e à recorrência de ataques de pânico.

Podemos relacionar também outras características importantes apresentadas pelos pacientes com pânico:

- Apresentavam dissociação de identidade. Esta era apresentada pela dependência-independência que se intensificava após a eclosão e a recorrência de ataques de pânico; da manutenção de uma ‘vida secreta’, pois, por um lado, estes pacientes não

manifestavam desejos próprios, conflitos manifestos, e apresentavam uma linha de conduta ‘impecável’ socialmente, mas mantinham paralelamente a este tipo de conduta uma outra desconhecida de seu meio social, no qual manifestavam e realizavam desejos e condutas muitas vezes anti-sociais; e por meio de mudanças abruptas e repentinas de conduta, como se fossem pessoas distintas em vários momentos, ou até mesmo na mesma sessão.

- Apresentavam dissociação corporal, pois tratavam seu próprio corpo como se fosse algo distinto de sua realidade psíquica.

- Apresentavam questionamento sobre as REFERÊNCIAS rígidas e, por seu intermédio, faziam descobertas importantes e características sobre seu vínculo com pessoas de seu meio afetivo, social, profissional e familiar, o que gerava desilusões, desapegos e trocas insistentes de uma REFERÊNCIA por outra.

- Apesar da angústia, dos pedidos de ajuda e das defesas paradoxais, após a recorrência de ataques de pânico, muitas destas pessoas passavam a reorganizar, a reconfigurar a vida, a realizar coisas e a reconhecer recursos, sentimentos e desejos próprios que até então desconheciam.

- Pela experiência clínica, tenho observado que, com os pacientes, de modo geral, a técnica psicanalítica “standard” surte efeito, gera associações e elaborações. Mas os pacientes com pânico apresentam como característica, a ‘necessidade’ de teorias diagnósticas, assim como de garantias favoráveis de prognósticos. Durante as sessões, pedem informações para confirmar e(ou) descartar no sentido de certo ou errado as afirmações teóricas ouvidas e sugeridas e os medicamentos indicados. Uma vez informados e(ou) medicados, eles passam a repetir as teorias das quais tiveram conhecimento em algum lugar (em consultórios médicos e/ou na mídia), e a ingerir criteriosamente a medicação. Quanto às interpretações, embora compreendidas e aceitas por eles, estas mostram-se muitas vezes (e na maioria delas) ineficientes para a elaboração, e até favorecem hostilidade e resistências, e desistência do trabalho psicoterápico.

Pela peculiaridade de funcionamento psíquico e de manifestação de ansiedade e angústia destes pacientes, passei a suspeitar que poderíamos estar diante de um quadro neurótico característico e original, diferente dos quadros psiconeuróticos “standard” caracterizados pela Psicanálise (histéricos, fóbicos e obsessivos).

Estas observações sobre o funcionamento psíquico e a angústia apresentada pelo paciente com pânico convergem para a nosografia psiquiátrica e para as diretrizes diagnósticas, pois estas levantam algumas questões, descrevem algumas características marcantes e nos colocam diante de um tipo de manifestação de ansiedade distinta das demais, que compartilho essencialmente.

Estas observações trouxeram dificuldades para compartilhar idéias com teorias psicanalíticas vigentes, e com a comunidade psicanalítica. Uma destas dificuldades refere-se às condições de desamparo, oriundo de abandono real e externo, e não necessariamente interno vivido em fantasia, que uma criança pode experimentar quando não pode ser aceita e acolhida afetivamente pelo meio ambiente em que está inserida. Estas questões apresentadas pelo paciente com pânico contêm aspectos que não podem ser representados pelo relato mitológico de Édipo, usado como referencial em Psicanálise, mas pelo deus grego Pã.

Por outro lado, se tenho um levantamento descritivo e os aspectos levantados são relevantes e principalmente observáveis no contato com um certo número de pacientes, não posso ignorá-los somente porque não fazem parte do arsenal teórico de que disponho. Se observo que as técnicas vigentes e legitimadas pela teoria que me suporta não são suficientes para compreender e intervir no modo de funcionamento psíquico de um grupo característico de pessoas, não posso utilizá-la sem exame, somente porque estas fazem parte da minha formação. Deste ponto de vista podemos utilizar a seguinte afirmação de BLEGER (1989a):

Existem as ciências da natureza e do espírito (preferimos para estas últimas, sistematicamente, a denominação de ciências da cultura), mas não há oposição excludente entre compreender e explicar, como não existe entre o ser humano e a natureza. Em ambas as ciências se aplica tanto a compreensão como a explicação. Explicar e compreender são graus distintos de integração do conhecimento, e não se pode recorrer a um sem que intervenha o outro.

Concordo com o argumento dos psicanalistas de que os aspectos descritivos manifestos e diagnósticos são secundários se tivermos apenas o objetivo de diagnosticar, como um rótulo e medicar, e não de compreender. Mas, se tenho uma medicação e esta ajuda para aliviar o sofrimento agudo de algumas pessoas, por que não utilizá-la? Se tomamos analgésico para dor de cabeça, por que não podemos tomar um medicamento para ansiedade? Obviamente, a dependência é outra questão que precisa ser examinada (e não necessariamente descartada), quer seja ela dos medicamentos ou até mesmo da análise.

Como não tenho formação médica, consequentemente não tenho competência para examinar, incluir e(ou) excluir a possibilidade de transtornos orgânicos no quadro de pânico, mas posso observar a repercussão que a psicoterapia faz, mesmo em pacientes com lesões orgânicas. Pelo meu trabalho clínico com crianças portadoras de síndrome genética, ou de paralisia cerebral, pude compreender que o cérebro afetado ou mutilado por alguma doença, pode repercutir na dinâmica psíquica da pessoa. Sem dúvida, observo que o trabalho psicoterápico pode colaborar, não para reverter a lesão cerebral, mas na relação da pessoa consigo mesma, com os tratamentos e até mesmo na forma como ela elabora e transforma suas dificuldades e(ou) distúrbios orgânicos.

Entretanto, não descarto que o funcionamento psíquico possa estar comprometido por falhas no desenvolvimento emocional, mesmo tendo uma base cerebral saudável, e que este pode repercutir significativamente na relação da pessoa consigo mesma, com o mundo externo e também com seu próprio corpo.

Desta forma, ao abordar os aspectos orgânicos e(ou) fisiológicos apresentados pelo paciente com pânico no decorrer deste trabalho, não me refiro ao cérebro e(ou) ao funcionamento orgânico, pois entendo que a abordagem cerebral é diferente da abordagem psicológica dos sintomas físicos (embora não descarte que o funcionamento do psiquismo dependa do funcionamento cerebral). Compreendo o funcionamento psíquico de uma pessoa, do ponto de vista de armazenamento de lembranças emocionais, de relação afetiva consigo mesma, com seu corpo e com os objetos do mundo externo e interno, e de sentimentos e pensamentos atrelados a desejos e organização de sua identidade.

Sendo assim, como muitos pacientes chegam ao consultório com diagnóstico de portadores de ‘transtorno de pânico’ e com indicação de tratamento medicamentoso, analisou-se neste trabalho a repercussão psicológica que o diagnóstico proporciona no funcionamento psíquico do paciente, quando este é informado de que possui ‘uma doença no corpo’, e a repercussão psicológica da medicação pelo tipo de ‘uso’ que os pacientes fazem desta e não de suas reações fisiológicas e(ou) orgânicas.

Além disso, examinou-se neste trabalho o ‘uso’ que os pacientes com pânico fazem da psicoterapia e das interpretações, levando-se em conta os aspectos observados na relação transferencial com os pacientes com pânico e a sua relação com elementos externos ao “setting” analítico (familiares e médicos).

Levantamento de questões baseadas nas observações clínicas

- Apesar dos ataques de pânico apresentarem-se na adolescência ou na idade adulta, com ou sem uma razão e(ou) circunstância justificada, aparente ou manifesta, este tipo de manifestação de angústia restringir-se-ia apenas à ocorrência de ataques, ou esta faria parte de um processo de funcionamento e desenvolvimento psíquico? O pânico não teria suas raízes e origens anteriores ao momento em que ocorrem os ataques?

- Se pode ser observado um processo de comprometimento, em virtude dos sintomas de angústia que estas pessoas sempre apresentaram, ou se defenderam durante sua vida, por que existiria um momento de eclosão de ataques de pânico?

- Seria compreensível o desmoronamento de uma organização psíquica caso algum acontecimento drástico ou traumático tivesse ocorrido no momento. Porém, os ataques de pânico eclodem sem que necessariamente algo importante, drástico, sério e(ou) traumático possa ter ocorrido no momento atual. Que condição, razão, questão ou circunstância seria desencadeadora de ataques de pânico? Além disso, mesmo um acontecimento traumático não seria suportável por uma estrutura egóica razoavelmente organizada, como a que estes pacientes apresentam?

- Como entender que uma organização psíquica que se desenvolvia bem, a despeito de algum tipo de comprometimento, ‘rompa-se’ instantaneamente, ‘desmorone-se’ de repente após a ocorrência de ataques de pânico? Como conseguiu esta organização permanecer intacta até o momento dos ataques? Por que os ataques ocorreriam, e por que uma forma regredida de funcionamento psíquico se apresentaria depois de sua ocorrência?

- Seria, então, este acontecimento traumático desencadeado por fatores internos e não externos?

- Que relação teria este acontecimento traumático com as experiências atuais em que essas pessoas estariam envolvidas?

- Poderíamos entender que existem partes desenvolvidas do psiquismo e partes sem desenvolvimento. Mas não é isto que estes pacientes apresentam. O que se observa não são partes, mas mudanças abruptas e repentinas de funcionamento psíquico e modos de identidade (organizada e frágil) diferentes e contraditórios entre si, convivendo e operando simultaneamente, num curto espaço de tempo (até dentro de uma mesma sessão).

- Poderíamos pensar que este tipo de organização egóica coerente, embora se apresente como tal, não existisse verdadeiramente, ou até mesmo que essa organização aparente teria uma base falsa? Mas que base seria esta? Onde e como estaria ocorrendo esse processo falso de organização? E como se daria o desmoronamento? Seria resultado de um processo inconsciente, ao longo do tempo, ou aconteceria repentinamente?

- Poderíamos pensar que algumas dificuldades teriam ficado de alguma forma ‘congeladas’, sob defesa, que estas favoreceriam o desenvolvimento de sua organização egóica, mas impossibilitaram a integração de vários aspectos de seu psiquismo. Qual a origem destas defesas? Contra ou a favor do que elas se ergueriam?

- Poderíamos pensar que a quebra destas defesas proporcionaria o surgimento de conteúdos inconscientes encobertos por elas até então. Por que este surgimento aconteceria principalmente na adolescência, por que não na idade adulta, ou na infância?

- Que relação teria o pânico com as significações rígidas contidas nas REFERÊNCIAS relacionadas com o vínculo entre estes pacientes e seus pais?

- Que relação poderia ter as REFERÊNCIAS com a vida secreta que os pacientes mantêm? Por que existiria esta vida secreta?
- Que relação teriam as críticas, os questionamentos, as descobertas e as trocas de REFERÊNCIAS que os pacientes fazem com o momento da eclosão dos ataques de pânico?
- Se pensarmos que um funcionamento psíquico expressa e revela a formação de uma identidade, não poderíamos pensar que a condição psíquica apresentada por estes pacientes teria um processo de desenvolvimento de identidade diferente daquelas apresentados pelos demais tipos de neuroses?
- Se houver esta condição característica, original e própria, o que haveria de específico na identidade das pessoas que a apresentam?
- Se esta organização psíquica difere das contidas nos demais tipos de neuroses, esta não conteria também angústias e fobias e(ou) evitações fóbicas subjacentes, de outra ordem e natureza, daquelas apresentadas pelos demais quadros neuróticos?
- Seria a dificuldade de diagnóstico e tratamento para seus sintomas apenas 'resistência' em virtude de uma condição interna, de uso e transformação, ou de fantasia dos pacientes, ou este existiria realmente?
- Seria a medicação necessária e a Psicanálise um modo de tratamento inadequado ao pânico, ou vice-versa, ou haveria uma questão ideológica implícita nestas afirmações dos profissionais que os atendem?

Hipóteses

- Ao sobrepor a observação dos apegos e aquiescências às REFERÊNCIAS que os pacientes de pânico manifestam em seu modo de funcionamento psíquico, à observação das questões contidas no vínculo entre pais e filhos que pesquisei, isto leva-me a levantar a hipótese de que as significações rígidas contidas nas REFERÊNCIAS dadas pelo vínculo materno e(ou) familiar, que as crianças apresentavam desde a tenra idade,

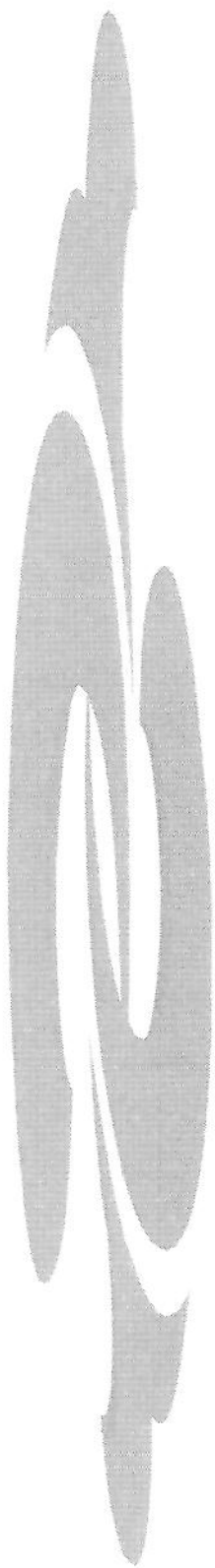
poderiam de alguma forma ter ou estar norteando a vida e o funcionamento psíquico do paciente adulto com pânico em crianças que foram (e são).

- Tanto o modo de funcionamento psíquico do paciente com pânico, como as relações familiares e histórico de vida destes e (por que não levar em conta) o relato mitológico do deus Pã podem sugerir a hipótese de que existia uma dificuldade do paciente de transformar a si próprio e(ou) seu ambiente em virtude das REFERÊNCIAS do meio, internalizadas como próprias que impediriam seu desenvolvimento atual por outras relações transferenciais. Porém, existiria também uma interferência do próprio meio para fazer com que essas REFERÊNCIAS sejam cumpridas, com a possibilidade de não serem amados, aceitos e até mesmo abandonados por estas pessoas caso não o façam.

- Se sempre houve uma situação de angústia subjacente e defendida por esta aparente 'normalidade', 'naturalidade' e 'desenvolvimento'; e sempre houve uma aquiescência às REFERÊNCIAS, e a eclosão dos ataques está sempre relacionada com o questionamento destas, podemos levantar a hipótese de que, apesar da eclosão dos ataques ocorrerem em um determinado momento, com ou sem uma razão e(ou) circunstância na adolescência e/ou na idade adulta, o pânico seria um sintoma decorrente de um processo de desenvolvimento e de funcionamento psíquico, e de interferência externa e de REFERÊNCIAS que teria suas raízes e origens muito aquém do momento em que estes ocorrem.

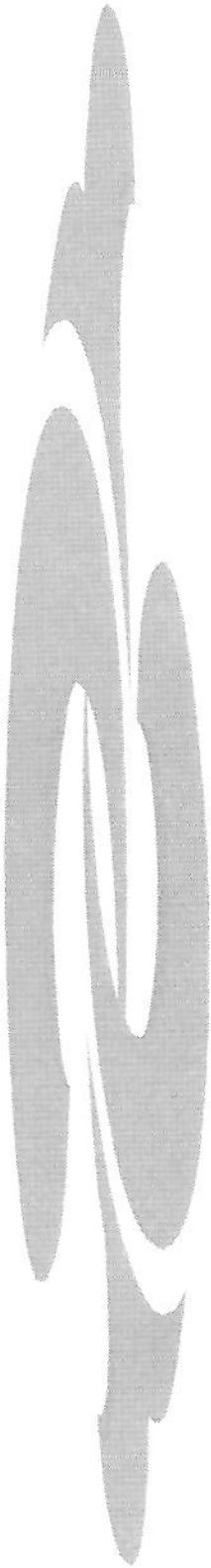
- Se existe entre as pessoas que apresentam quadros de angústia e de pânico uma peculiaridade específica, distinta e característica de organização e funcionamento psíquico, podemos levantar a hipótese de que estamos diante de um fenômeno original, dentro um quadro de neurose característica no qual a qualidade do medo apresentado e a qualidade de angústia referida por estes pacientes não seriam comuns a toda e qualquer manifestação de medo, ansiedade e fobia, e neurose.

- Se durante e após a eclosão dos ataques de pânico, as REFERÊNCIAS rígidas são geralmente questionadas, re-significadas, transformadas, os pacientes descobrem seus próprios desejos e passam a nortear suas vidas de uma forma mais condizente com eles mesmos, podemos levantar a hipótese de que o pânico não teria o sentido de sintoma paralisante, mas pode ser visto como um 'valor positivo de sintoma'.



2. OBJETIVOS

- Levantar, analisar e compreender as características comuns de funcionamento psíquico entre os pacientes com pânico;
- Compreender o 'uso' psicológico que os pacientes com pânico fazem dos tratamentos psicoterápico, medicamentosos e outros;
- Compreender a existência de um ou mais tipos de angústia(s) e de processo neurótico específico, subjacente ao funcionamento psíquico dos pacientes com pânico.



3. METODOLOGIA

3.1. IMPORTÂNCIA DA PESQUISA

A importância de se pesquisar o assunto teve pelo menos três razões:

- sofrimento intenso demonstrado por estas pessoas. Pela experiência que tive no acompanhamento do processo de vida e de pânico da minha amiga, além da experiência que tenho tido no acompanhamento do processo psicoterápico dos meus pacientes, pude observar o sofrimento intenso que eles apresentavam. Este é um motivo pessoal importante para justificar, por um lado, meu interesse e, por outro, a necessidade e a relevância desta pesquisa;
- Um número significativo e crescente de pessoas que apresentam queixa de pânico. Tenho recebido muitas destas pessoas, em consultório; outras são trazidas por supervisionandos; outras tantas são apresentadas na mídia e referidas por outras pessoas; além do número desconhecido de pessoas que ainda não apresentaram, mas estão na iminência de apresentá-lo;
- São poucas as pesquisas e as contribuições originais quanto aos aspectos psicodinâmicos do pânico.

3.2. METODOLOGIA TEÓRICA

Do ponto de vista metodológico teórico, o critério de utilização de um conceito e de um autor, ao invés de outro, como suporte e referência para as idéias que desenvolvi, obedeceu aos seguintes critérios:

3.2.1. A ignorância

Devo confessar que não sou onisciente nem onipotente. Apesar de ter lido e pesquisado sobre os assuntos propostos, a omissão de um autor ou de um conceito pode ter sido dada por ignorância de minha parte.

3.2.2. A observação clínica

A teoria, ou o conceito de um determinado autor, foi utilizada como critério seletivo dentro de um único parâmetro: se a(s) idéia(s) proposta(s) pelo(s) autor(es), ou pelo(s) conceito(s), fazia(m) ou não sentido com as observações clínicas obtidas por meio do contato com os pacientes.

Alguns autores e(ou) conceitos puderam ser utilizados, concordando ou não com eles, mas foram empregados com finalidade reflexiva e(ou) crítica¹ sobre as observações clínicas ou sobre as minhas. Outros autores e(ou) conceitos, apesar da coerência, da lógica, do nome e da obra reconhecidamente importantes (pela comunidade psicanalítica e científica) não fizeram sentido no trabalho, por não representarem aquilo que se observava.

Foram escolhidos e articulados alguns conceitos, dados por alguns autores, para refletir e compreender alguns fenômenos observados na clínica. Algumas destas reflexões e articulações estão contidas no trabalho pois serviram para o propósito do mesmo, enquanto outras foram descartadas e nem sequer mencionadas, não só em virtude da extensão que isso acarretaria, mas também por desviar este trabalho de seu objetivo.

¹ Entendo como crítica, o exame de uma determinada idéia, em um outro contexto, para verificar se esta tem ou não prevalescência, sem o intuito de adotá-la e(ou) descartá-la simplesmente.

3.2.3. Pela representatividade

Alguns conceitos utilizados não passaram pela articulação ou pela reflexão, pois são tratados de forma vasta e extensa não somente pela Psicologia, Psicanálise, mas pela Literatura, pela Filosofia e outras áreas. Sua escolha e utilização foram baseadas apenas no critério de representatividade, ou seja, se a(s) idéia(s) contida(s) no conceito representava(m) ou nominava(m) aquilo a que eu me referia sobre o fenômeno clínico observado. Neste caso, o conceito de significação utilizado foi o de BLEGER (1989b)²; o conceito de SER de WINNICOTT (1975a,1994h)³; o conceito de EU (self) de D.W.WINNICOTT (1990b,1990d,1990e,1993d,)⁴; o relato mitológico do deus Pã (ao invés do mito de Édipo tão difundido e presente na teoria psicanalítica).

Reconheço, sem dúvida, que a utilização e a articulação destes conceitos, vistas sob outros enfoques, ou por outros autores, poderiam sugerir outras formas de pensar o mesmo fenômeno, quando poderíamos chegar a conclusões semelhantes, complementares e(ou) até mesmo diferentes, daquelas alcançadas neste trabalho.

² Este autor parte do princípio que 'toda conduta de um ser humano é sempre significativa. Um significado não é um preexistente em si. Este refere-se a experiências que têm um assentamento especial no 'aparato mental'. Estas experiências podem ser adquiridas por meio de experiências internas (atividade pulsional, desejos, aspirações, ideais) implicadas com situações passadas, presentes e futuras; ou internalizadas, a partir de experiências vividas na relação de uma pessoa com outras pessoas ou situações do mundo externo. Todo significado tem uma organização, está ligado a um sentido seja ele intencional, consciente ou não e se refere sempre ao contexto do qual emerge, ao conjunto de relações estabelecidas interna e externamente. Um significado transmite idéias, intenções, conteúdos, pensamentos (conscientes ou inconscientes) experiências vividas ou incorporadas. Este teria um caráter simbólico, passível de veiculação através de palavras, atitudes ou sintomas. Para compreendermos o sentido de um significado, necessário considerarmos os elementos que estão contidos numa conduta (ou sintoma), ou seja, os conteúdos internos à própria pessoa; a relação com outras condutas de outras pessoas e a situação na qual emerge'.

³ Para este autor, SER seria a primeira, e a mais primitiva experiência emocional que um indivíduo pode ter.

⁴ Este autor parte do princípio, que existiria um momento primitivo, até mesmo não pulsional, ou pré-pulsional, anterior à formação do ego e à possibilidade de relação do indivíduo com seu próprio corpo, com outros corpos, com a realidade, e com os objetos, quando seria organizado um EU (self). Este EU (self), se refere à concepção do indivíduo de sua existência, que pode ser entendido como 'uma pessoa que habita em um corpo'. Para ele, somente a partir desta concepção, é que o indivíduo poderia começar seu desenvolvimento egóico e as relações com os objetos e com a realidade.

3.2.4. Pela discriminação

Pela literatura, observou-se que um nome, uma palavra, ou um conceito, poderia adquirir vários significados e sentidos dependendo do autor, ou até da utilização corrente destes na literatura técnica e(ou) leiga. Por outro lado, um mesmo fenômeno poderia ser nomeado de diversas maneiras, ou por palavras diferentes. Na medida do possível, foi feita esta discriminação.

Além disso, algumas palavras são geralmente utilizadas na linguagem coloquial e têm um determinado significado. Entretanto, no decorrer deste trabalho, quando uma palavra representava também um determinado conceito teórico, a discriminação foi feita com a utilização de tipo gráfico 'caixa alta' para os conceitos e em tipo 'comum' quando se referiam à linguagem coloquial, como por exemplo: eu e EU; outro e OUTRO; referência e REFERÊNCIA; pessoa e PESSOA

3.2.5. Utilização da teoria freudiana

Foram tomadas as idéias de FREUD anteriores a 1920; excluídos os conceitos que relacionam o pânico à sociedade e à cultura e não foram expostos nem articulados aqueles apresentados após 1920, e autores que partem dessas idéias, exemplo disto pode ser dado pela exclusão das idéias do grupo kleiniano.

3.2.6. A teoria utilizada na pesquisa

Para a compreensão do pânico como foi feita neste trabalho, foram utilizadas, além de conceitos freudianos, idéias e conclusões obtidas minha Dissertação de Mestrado (TSCHIRNER,1993). Estas serviram como referencial e nortearam o 'olhar' que deu origem às observações clínicas e o modo de intervenção que faço no atendimento aos pacientes com pânico.

Meu trabalho, estudo e desenvolvimento de pesquisas até o mestrado, abrangiam predominantemente as relações objetais, as significações e as relações edípicas e pré-edípicas. Concluí neste trabalho que, no caso de crianças sujeitas a REFERÊNCIAS, o processo psicoterápico destas não deveria ser restrito apenas à relação bipessoal, mas havia a necessidade de intervenção do terapeuta no ambiente em que ela estava inserido, na relação entre pais e filhos, o que podia colaborar significativamente no processo analítico da criança.

Depois da elaboração deste, tive pela primeira vez contato com a obra de WINNICOTT. Através das idéias deste autor, fui percebendo outras questões e referências, que levantaram questões e dirigiram meu olhar para a importância do desenvolvimento emocional primitivo, e as consequências que um comprometimento desta ordem traria ao desenvolvimento psíquico posterior.

Com isto, pude compreender que as crianças sujeitas a REFERÊNCIAS, teriam sofrido falhas ambientais de suprimento afetivo importantes que não puderam ser elaboradas suficientemente no decorrer do processo de seu desenvolvimento psíquico que apresentavam-se através de sentimentos de desamparo psíquico, angústias e temores de serem abandonados, como também, modo de funcionamento psíquico e transtornos psicológicos característicos e distintos dos demais.

Utilizar as idéias e conceitos de WINNICOTT, facilitou a compreensão do material trazido pelos pacientes com pânico, mas sem dúvida, dificultou a elaboração deste trabalho, principalmente porque, por uma questão pessoal, este autor sempre foi avesso à sistematização. Porém, para isto, contei com a ajuda inestimável do Dr. JOSE OTONI OUTEIRAL, pessoalmente, através de um grupo de estudos sobre a obra de WINNICOTT e de autores do Grupo Independente, ou Middle Group, que realizamos há alguns anos.

Este autor contribui significativamente com a comunidade científica pelas suas publicações (OUTEIRAL et al.,1990, OUTEIRAL & GRAÑA et al.,1991, OUTEIRAL & ABADI,1996) OUTEIRAL (1993,1994,1999). Além disso, foi utilizado como apoio ABRAM (1996); DAVIS & WALLBRIDGE (1982); DELACOUR (1989); GIOVACCHINI (1997); HUGES (1998), NEWMAN (1995,1998a,1998b,1998c); VALLER (1990 para a sistematização feita neste trabalho sobre alguns conceitos de WINNICOTT.

3.3. ORIGINALIDADE

A originalidade deste trabalho, é a compreensão do pânico, feita através das idéias de D.W. WINNICOTT e de outros autores do Grupo Independente, e das articulação destas idéias, com o conceito de REFERÊNCIA, elaborado pela autora.

3.4. METODOLOGIA DE LEVANTAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A primeira referência básica que norteou este trabalho, foi a experiência e a observação clínica de quase quinze anos de experiência, na relação transferencial, pelo acompanhamento longitudinal, sistemático e contínuo, de dezenas de pacientes que procuravam psicoterapia apresentando sintomas com pânico, e outros que os apresentaram durante o processo psicoterápico.

Na observação clínica foram encontradas certas características comuns de funcionamento psíquico entre estes pacientes. Como não havia, a princípio, o intuito de pesquisa formal, estes aspectos levantados, vinham sendo anotados e analisados informalmente para que pudessem ser compreendidos segundo os estudos teóricos e as supervisões clínicas que vinham sendo feitos.

A experiência pessoal, obtida no acompanhamento de uma amiga que passou pela experiência de pânico, deflagrou a necessidade e o interesse pessoal de formalizar um modo de compreensão deste fenômeno. Porém, houve uma dificuldade: por onde começaria o trabalho e como seriam apresentadas as observações e pesquisas teóricas? Começaria pelo relato das observações clínicas? Mas estas estavam permeadas por referências teórico/técnicas. Então começaria pelas referências teórico/técnicas? Mas estas estavam permeadas pelas observações clínicas e sofriam um processo de reformulação em virtude da elaboração que vinha sendo feita.

Deste modo, este trabalho foi apresentado baseado no relato do próprio processo como foi elaborado: da experiência pessoal, passando pelas compreensões teóricas, pelo levantamento das características apresentadas pelos pacientes, juntamente

com a organização de modo particular de compreensão do pânico. Finalmente, foram apresentados dois casos clínicos ilustrativos: primeiramente pelo relato das sessões, e após, a análise destas, feitas à partir da articulação dos conceitos teóricos que embasaram o atendimento clínico.

O atendimento destes pacientes teve como suporte metodológico, a princípio, a teoria da técnica psicanalítica “standard” baseada na transferência, na associação livre e na interpretação, segundo os conceitos sobre a técnica psicanalítica proposto por FREUD (1976e1, 1976e2, 1976f, 1976g3, 1976g4, 1976g5, 1976g6, 1976g7, 1976h4), e vigente na maioria das correntes psicanalíticas atuais.

Além das idéias propostas por FREUD (nos trabalhos citados), foram consultados a obra e os conceitos de outros autores como: BARANGER (1959); BLEGER (1989b); BRAZIL (1975); ETCHEGOYEN (1989); FEINSTEIN (1967); FIGUEIRA (1988); GREEN (1975); HERMMANN (1979); HUTEN (1975); LOPEZ (1988); MENDILAHARSU (1988); RIBEIRO (1975); WINOGRAD (1988) que teorizam a metodologia e a técnica psicanalítica e propõem fundamentalmente que a relação analista-paciente deve ser situada na transferência, na relação bipessoal e na ‘neutralidade do analista’, pois entendem que neste ‘lugar’, dificilmente temos condições de avaliar a interferência direta dos objetos e situações externas ao “setting”. No que se refere às situações externas ao “setting”, que são trazidas sob a forma de relatos, atribuições e/ou associações pelos pacientes, estas devem ser compreendidas e interpretadas, segundo os autores citados, como impulsos, desejos, fantasmas, fantasias e(ou) experiências internas ou internalizadas. Desta forma, o trabalho analítico deve ter o objetivo de compreender, pela transferência, associações e relatos, a forma como os pacientes transformam (ou não) interna ou externamente estas situações.

Embora meu trabalho clínico tenha como suporte teórico e metodológico a Psicanálise, por meio do trabalho de pesquisa realizado com crianças em análise e seus pais, TSCHIRNER (1993), observei que muitos sintomas que as crianças em análise apresentavam, podiam ser vistos como resultado de fantasias, e(ou) de possibilidade ou não de transformação interna destas. No entanto, foi possível compreender também que outros sintomas podiam ser decorrentes de uma influência, e principalmente de uma interferência

direta e externa às crianças. Com base nesta compreensão, deixei em suspenso algumas premissas da teoria da técnica psicanalítica legitimada e difundida e, do ponto de vista de intervenção técnica, passei a estabelecer uma relação transferencial com os pais, pessoas e situações externas, que envolviam estes pacientes, para melhor compreender e empreender o processo psicoterápico com algumas crianças e adolescentes.

Baseando-me neste trabalho, os elementos externos ao “setting”, passaram a ser considerados por mim - inclusive os com pânico - pelos seguintes motivos:

- Para uma melhor compreensão de suas interferências e contribuições;
- Porque alguns pacientes com pânico eram adolescentes e havia entrevistas iniciais e devolutivas com os pais;
- Porque alguns pacientes com pânico adultos, vinham geralmente acompanhados por familiares e também eram medicados por outros profissionais;
- Porque muitas das características observadas na relação transferencial mantida com os pais e crianças que pesquisei, estavam presentes no funcionamento psíquico do paciente com pânico e na dinâmica familiar destes;
- Porque muitas questões relatadas e mencionadas pelos pacientes com pânico - sobre a relação que estabeleciam com os elementos externos ao “setting” analítico - pela experiência com minha amiga, puderam ser observados por mim pessoalmente;
- Porque algumas questões observadas somente no “setting” analítico eram insuficientes para a compreensão de muitos aspectos do funcionamento psíquico apresentados pelos pacientes com pânico.

Entretanto, esta escolha e decisão, não foi tomada somente em virtude da observação clínica destas interferências externas, mas foi baseada na adaptação da técnica psicanalítica, proposta por D.W. WINNICOTT (1994a, 1993c, 1990c, 1994d, 1994e, 1993i, 1993j). Este autor propõe que sejam empregadas técnicas psicoterápicas distintas - dependendo do caso e do tipo de dificuldade e necessidade que os pacientes apresentariam -

por entender que as técnicas psicanalíticas “standard” seriam adequadas somente para os pacientes que apresentam comprometimentos relacionados ao ego e à sua organização, pois estas não seriam suficientes nem adequadas, aos pacientes com transtornos emocionais primitivos, relacionados ao EU (self).

A escolha dos casos clínicos apresentados, foi feita aleatoriamente, pois estes pacientes estavam em processo psicoterápico no momento em que a decisão de empreender a pesquisa foi tomada e também porque todos os casos clínicos atendidos, sem exceção, apresentavam características de funcionamento psíquico semelhantes. A apresentação do caso de um adulto, José - atendido por mim, e do caso de uma adolescente, X, atendida por outra psicóloga e supervisionado por mim, teve os seguintes propósitos:

- A compreensão de uma característica apontada pela literatura e pela observação clínica, de dois momentos de maior concentração de eclosão dos ataques de pânico;
- A demonstração da atuação evidente e direta, que os objetos externos faziam, no processo psicoterápico destas pessoas;
- A demonstração de que, mesmo atendidos por profissionais diferentes, o movimento e o funcionamento tanto interno como externo dos (e aos) pacientes eram indiferente.

As sessões destes dois casos clínicos foram anotadas com objetivo de supervisão (não foram gravadas), analisadas e supervisionadas uma a uma. A apresentação de todas as sessões realizadas com estes pacientes, teve o intuito de demonstrar uma característica comum nos paciente com pânico, que são as mudanças de funcionamento psíquico e de identidade, que estes apresentam a cada sessão e até mesmo numa mesma sessão. Este material foi colocado na parte anexa do trabalho por uma razão muito simples: eu não sabia onde colocá-los, visto o próprio movimento como estes foram vistos e compreendidos.

3.5. SUJEITOS⁵

Casos ilustrativos

CASO I: Este caso foi supervisionado, e orientado teórica e tecnicamente por mim, mas foi atendido por outra terapeuta, que o desenvolveu de acordo com as impressões e 'sentimentos' mobilizados na dupla psicoterapeuta/paciente.

Quando resolvemos (a terapeuta e eu) redigir na forma atual as sessões realizadas com a adolescente - a fim de apresentarmos o caso, procuramos um nome fictício, fantasia, para identificá-la. Chamou a atenção tanto a dificuldade para encontrarmos esse nome, quanto o comentário feito pela terapeuta: *'Interessante, para mim a " " não tem nome. Eu não consigo, nem conseguia vê-la com um nome, com uma identidade. Parecia que ela procurava este nome. Fica difícil arrumar um'*. Então resolvemos chamá-la de X.

X tinha dezesseis anos completos quando procurou a terapeuta e naquele mesmo ano completou dezessete anos. Estudou na mesma escola, da primeira série do primeiro grau ao terceiro colegial (série que cursava quando procurou a psicoterapia). Segundo a mãe, era uma aluna média e não fazia qualquer curso extra. Era a mais velha de três filhos, tinha uma irmã de quinze anos, cursando a oitava série, e um irmão de dez anos, cursando a terceira série. Pai comerciante, quarenta e um anos, a mãe, do lar, trinta e nove anos.

Número de sessões realizadas com a família: quatro (três com a mãe e uma com pai e mãe)

Número de sessões realizadas com a adolescente: vinte e uma

Início: Agosto

Término: Dezembro do mesmo ano

⁵ Os nomes de todos os pacientes citados são fictícios para preservação de identidade. As idades cronológicas, assim como as profissões exercidas e a condição dos pacientes, referem-se aos dados da época em que foram atendidos em psicoterapia.

X teve a primeira experiência de ataque de pânico aos onze anos. Apresentava angústia de forma crônica, com ataques esporádicos. Não foi tratada até os dezesseis anos, quando a frequência dos ataques se intensificou acontecendo quase diariamente quando procurou tratamento psicoterápico e medicamentoso alternativo. A paciente referia a ocorrência de ataques principalmente em situações sociais, e em locais abertos, além de angústia intensa ao separar-se de qualquer pessoa. Havia necessidade de ser acompanhada sistematicamente, pois apresentava também, o receio de que os ataques pudessem ocorrer e expô-la a situações vexatórias.

Seu tratamento medicamentoso foi escolhido e determinado por sua mãe, e prescrito por um médico hindu, constando de ingestão de sucos de limões e sopa de ervas. Com esta 'medicação', a frequência dos ataques diminuíram significativamente. No entanto, suas angústias e apreensões persistiram.

CASO II: Este caso foi atendido por mim e supervisionado por outro analista. José, cinquenta e sete anos, dois cursos superiores completos, exerceu profissionalmente ambas as profissões em que se formou antes de se aposentar. No momento da procura da psicoterapia, exercia apenas uma profissão, como autônomo. José, era filho mais velho de cinco irmãos, pais (atualmente) falecidos, casado há trinta e cinco anos, três filhas (mulheres), esposa com cinquenta e quatro anos, trabalhava como gerente de vendas de uma empresa.

Número de sessões realizadas com a família: uma

Número de sessões realizadas com o paciente: nove

Início: Junho

Término: Dezembro do mesmo ano

José teve a primeira experiência de ataque de pânico por volta dos dezenove anos. Não foi tratado na época, e os ataques desapareceram. Teve vida 'normal' até cinquenta e quatro anos, quando teve novamente um ataque de pânico intenso, seguido de outros ataques recorrentes, com frequência de uma a duas vezes por semana, às vezes mais,

e menos intensos que o primeiro. Apresentava também medos e apreensões de forma intensa e crônica, principalmente por receio de que este primeiro ataque pudesse acontecer novamente. Houve vários 'diagnósticos', desde 'transtorno de pânico' até 'depressão ansiosa'. Fez uso de antidepressivos tricíclicos e antidistônicos, prescritos por vários médicos consultados, desde três anos atrás, até o momento do contato comigo. Com a medicação, houve remissão parcial dos ataques - pois estes aconteciam, mais espaçadamente, mas não das evitações, pois estas, pelo contrário, se intensificaram - chegando a isolar-se do contato com pessoas estranhas, do restante da família, e desistindo das atividades profissionais e sociais. No momento em que iniciou a psicoterapia, demonstrava ansiedade intensa - toda vez que havia iminência de separar-se da esposa - e preocupação excessiva com seus sintomas físicos.

Outros casos clínicos citados

Além do relato da experiência pessoal, dos dois casos clínicos ilustrativos, foi utilizado - durante o relato e exposição das características de funcionamento psíquico do paciente com pânico - uma vinheta de material clínico de seis casos atendidos por mim, como exemplos destas características.

Jorge, vinte e cinco anos, solteiro, trabalhava em empresa privada e era estudante universitário. Foi encaminhado para psicoterapia por seus pais, em virtude da confiança que estes tinham na psicoterapeuta, pelo atendimento psicoterápico que durou cinco anos, realizado oito anos antes, com o irmão que era portador de síndrome genética (não catalogada). Jorge apresentou ataques de pânico durante o processo psicoterápico, que durou dois anos, não foi medicado, e houve remissão dos ataques. Os vários contatos feitos com a família, aconteceram apenas no momento de atendimento do irmão.

Márcia, quinze anos, estudante, foi encaminhada para psicoterapia pela mãe de um outro paciente adolescente, que teve ataques de pânico e remissão destes através do processo realizado comigo dois anos antes. Procurou a psicoterapia por causa dos ataques de pânico. Foi medicada exclusivamente por uma médica homeopata de confiança da

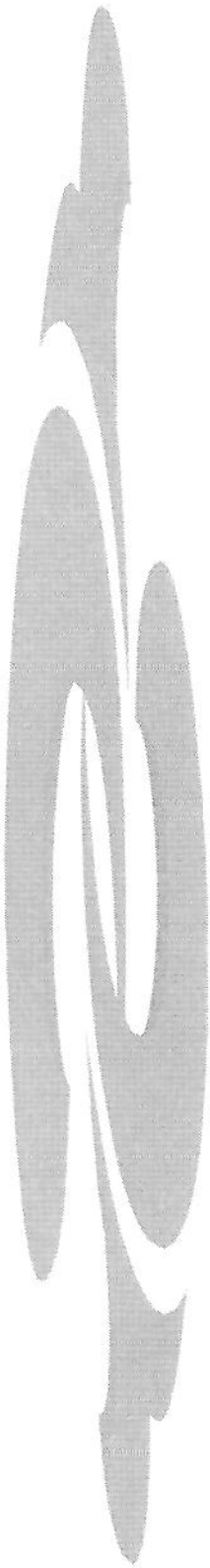
família, e houve remissão parcial dos ataques. Durante o trabalho psicoterápico - que durou dois anos e cinco meses - foram realizadas noventa e oito sessões com a adolescente e seis sessões com os pais.

Vanda, trinta e três anos, casada, mãe de três meninas (oito, seis e quatro anos), dona de casa (mas havia trabalhado fora antes do nascimento das filhas), curso superior completo (profissão que começou a exercer apenas no final do processo psicoterápico). Foi indicada por sua irmã, psicóloga, minha ex-aluna. Procurou psicoterapia, em função de ataques de pânico recorrentes. Na primeira vez que me procurou, permaneceu por três meses, desistiu e retornou pela segunda vez, três anos depois, permanecendo três anos e meio. Foram realizadas cento e cinquenta e três sessões com a paciente. Houve contato da terapeuta com as filhas que a acompanhavam; com o marido uma vez; e várias vezes com o médico que prescrevia sua medicação. Procurou vários médicos especialistas, tomou vários tipos de medicamentos, foi atendida em serviços de urgência, em hospitais e prontos-socorros, inúmeras vezes. Fez uso de vários outros tipos de 'tratamentos', e freqüentou religiões. Houve remissão completa dos ataques de pânico.

Antônio, trinta e sete anos, casado, pai de dois filhos (treze e cinco anos), curso superior completo, exercia atividade profissional em uma empresa privada. Procurou psicoterapia indicado pela psiquiatra que o medicava. Tomou medicação alopática sob prescrição de um médico e realizou psicoterapia quando tinha vinte e três anos, quando os ataques de pânico ocorreram pela primeira vez. No momento (da busca de psicoterapia), havia procurado a psiquiatra (que o indicou a mim), foi medicado por esta durante um ano e seis meses, recebendo alta médica, em função da remissão completa dos ataques de pânico. Continua em processo psicoterápico até o momento: dois anos e seis meses. Não houve contato com a família, mas um contato sistemático com a médica.

Carmem, trinta e cinco anos, casada, três filhos, dona de casa, procurou psicoterapia por ter assistido a uma entrevista minha pela mídia, e em função de ataques de pânico recorrentes. Fez apenas três sessões de psicoterapia, e decidiu não passar pelo processo, pois queria um alívio imediato para seus sintomas.

Cintia, quarenta anos, psicóloga, casada, procurou psicoterapia por ter sido minha ex-aluna. Depois de três anos em processo psicoterápico, passou a apresentar ataques de pânico. Tomou medicação por três meses e interrompeu. Continua até o momento em processo psicoterápico: há seis anos. Houve remissão completa dos ataques. Não houve contato com a família.



CAPÍTULO 1: Algumas compreensões teóricas sobre o pânico

1.1. MITOLOGIA

Do ponto de vista clínico, muitas vezes nós, analistas, embora saibamos que as pessoas são únicas e originais, defrontamos-nos com experiências humanas muito semelhantes e características. Tanto a Psicanálise, ao abordar os sintomas subjacentes às neuroses, às ansiedades e outros quadros clínicos, de alguma forma, também concebe a idéia de um movimento típico e característico contido na condição, no funcionamento e no desenvolvimento do ser humano, como também outras correntes de pesquisa tentam fazê-lo para compreendê-las.

Podemos encontrar várias maneiras de representarmos um determinado fenômeno. Segundo GUSDORF (1980), os povos antepassados contam-nos pelos mitos como representavam e explicavam os fenômenos que observavam, a forma como interpretavam os fenômenos da natureza, a relação dos homens (e/ou deuses) uns com os outros e com a terra, e também narravam histórias, que explicavam o próprio homem, suas origens, sentimentos, emoções, afetos e aflições, a organização de valores, sociedade, etc...

PINSENT (1976) chama-nos a atenção para a utilização dos mitos, no pensamento moderno para a compreensão de aspectos humanos pelos relatos mitológicos:

Admitimos que o homem do século XX pode ter perdido a pista de muitos pormenores dos antigos mitos e lendas. Mas se perdemos alguma coisa por esse lado, ganhamos por outro. A psicologia e a antropologia modernas e várias outras disciplinas nos tornaram sensíveis a inúmeras correntes mais profundas (e, não raro, mais escuras) que existem no interior das histórias: o 'complexo de Édipo' de FREUD, mais uma vez representar os muitos exemplos possíveis. Apontamos continuamente para esses significados, que chegam, afinal, aos mais profundos níveis psicológicos do homem.

Segundo *LEENHARDT (1947):

O mito constitui um elemento primitivo e estrutural da mentalidade... O mito é sentido e vivido antes de ser inteligido e formulado. Ele é a palavra, a figura, o gesto que circunscreve o evento no coração do homem, emotivo como uma criança, antes de ser uma narrativa fixada...

* LEENHARDT, M. *apud* GUSDORF G. - **Mito e Metafísica**. São Paulo, Editora Convívio, São Paulo.

Podemos encontrar várias formas de representar o quadro clínico apresentado pelo paciente com pânico na passagem do século XX para o século XXI. Os pacientes são unânimes ao afirmar que sentem ‘um medo intenso e difuso’, que não conseguem representar nem controlar. Porém, existem vários tipos ‘tentativas’ de representação dos ‘sentimentos irrepresentáveis’ dos pacientes.

Do ponto de vista teórico psicanalítico, este tipo de sentimento pode ser representado pelos conceitos de ‘ansiedade’ e ‘angústia’ que foi descrito por FREUD como “Angst”, sob diversas perspectivas e relacionado a diversos quadros clínicos. Além do conceito, há a questão das palavras e a tradução destas para outros idiomas, a ser levada em conta, como nos aponta o editor da Standard Edition (1976), em um apêndice intitulado ‘O Termo “Angst” e sua tradução inglesa’:

...”Angst” é uma palavra usada comumente na fala alemã usual, não sendo de forma alguma exclusivamente um termo técnico psiquiátrico. Pode ocasionalmente ser traduzido por qualquer uma da meia dúzia de palavras inglesas igualmente comuns – “fear” (‘medo’), “fright” (‘pavor’), “alarm” (‘sobressalto’) e assim por diante....

Segundo FERREIRA (1995), na língua portuguesa, o significado da palavra ‘medo’ é distinto da palavra ‘pânico’.

Medo: S.m. 1. Sentimento de grande inquietação ante a noção de um perigo real ou imaginário, de uma ameaça; susto, pavor, temor, terror. 2.Receio

Pânico: Adj. 1.Relativo ao deus Pã. 2.Que assusta sem motivo. 3.Medo que os antigos diziam ser causado pelo deus Pã. 4.Susto ou pavor repentino às vezes sem fundamento, que provoca uma reação desordenada, individual ou coletiva, de propagação rápida.

Temos aqui uma diferença de sentimentos importante, que as palavras podem representar: o caráter repentino e súbito do pânico e o caráter de continuidade do medo. Além disso, segundo BAILLY (1950), a palavra ‘pã’, em grego significa ‘tudo’ e nos remete ao mito¹ paradoxal do deus grego Pã, que é descrito por MAVROMATAKI (1997) da seguinte forma:

¹ O mito sem dúvida, descreve de forma plástica, simbólica e rica em detalhes as questões que podemos observar nos pacientes com pânico. Porém, não será feito neste momento - em virtude da extensão que isto acarretaria e do desvio do objetivo deste trabalho - uma abordagem dos aspectos simbólicos representados pelo mito de Pã. Entretanto, reconheço que esta pode ser uma vertente importante de estudo e conhecimento.

Pã é o deus bucólico mais importante da Arcádia e seu culto se difundiu no resto da Grécia através dos ritos orgásticos de Dionísio a cujo séquito pertencia. Os gregos o representavam com pés de cabra, corpo peludo, cabelo abundante, barba e orelhas agudas, chifres e risada maliciosa. Era um demônio das montanhas e dos bosques que caçava, dançava e perseguia as ninfas e em geral aos animais do bosque.

Se conservam muitas versões sobre sua origem. É filho de Gea e Urano, ou em outras tradições de Crono e Rea, ou de Hermes e uma ninfa desconhecida. De acordo com essa última versão, quando Pã nasceu, sua mãe não resistiu à aparência de seu filho e o abandonou. Mas Hermes o levou ao Olimpo e o presenteou aos deuses sendo aceito por eles. Pã apoiava Zeus cada vez que este tinha dificuldades e participou da Gigantomaquia emitindo gritos selvagens que assustavam aos inimigos dos deuses, de onde vem a palavra pan-ico. Durante as Guerras Médicas tomou a mesma estratégia para criar pânico nos inimigos dos gregos....

....Pã perseguiu muitas ninfas e donzelas do bosque e principalmente a Siringe. Sua paixão por mulheres e homens inclusive, o transformou em símbolo dos incontroláveis impulsos sexuais do homem, e também em um dos principais deuses da fertilidade. O deus com pés de cabra se enamorou também de Pitis que para fugir da paixão do deus se transformou em pinheiro, de onde, em grego vem o nome da árvore; uniu-se com Selene, disfarçado com uma pele de animal enquanto pastava os rebanhos e também com a ninfa Eco, mas seus relacionamentos não tiveram um final feliz. De acordo com a tradição, Eco se negou às pretensões de Pã e então o deus ofendido a enviou a vários pastores que a mataram e destroçaram, de tal maneira que o que restou dela foi sua voz que repetia as últimas sílabas do que se dizia (ijó, em grego, significa eco).

Podemos entender Pã como um mito paradoxal. Sua própria figura demonstra este fato. É um deus de toda natureza. Chifres raios do sol, cornos da lua, pele de cabrito, parte inferior que lembra vegetação, pés de cabra. Pã é ao mesmo tempo deus da natureza e deus da guerra. Protegia e ao mesmo tempo, provocava receios nos soldados e pastores.

MENDES (1985) refere-se a Pã como 'a divindade protetora das ovelhas e dos pastores' e afirma: "Mecum una siluis imitabere Pana canendo. Pan primus calamos cera coniungere pluris instituit; Pan curat cuius ouimque magistros".²

² [Junto comigo, nos bosques, cantando imitarás a Pã. Pã foi o primeiro que ensinou a unir canas com cera. Pã cuida das ovelhas e dos pastores das ovelhas.]

Protetor dos rebanhos e pastores, Pã vivia nos campos e cavernas, e era venerado na Arcádia (Peloponeso). Este é o aspecto pastoril e bucólico do mito. Porém, RIBEIRO (1962) afirma que havia também o lado maldoso, do deus do terror, pois ‘todos os rumores estranhos da natureza revelavam sua presença’... ..’Do comportamento que apavora as pessoas nasceu a expressão ‘terror pânico’.

O termo agorafobia deriva desse relato mitológico. Segundo SOULI (1997), o povo de Atenas construiu um santuário a Pã, perto do mercado público [ágora], de Atenas. Pã com seus gritos e ‘má aparência’ surgia neste local e assustava as pessoas que ali se encontravam, gerando medo [phobos]. Com isto, muitas pessoas passaram a ter medo [phobos] de freqüentar o lugar público [ágora], ou seja, agorafobia.

Podemos lançar um olhar para algumas questões presentes no relato mitológico de Pã, que coincidem com a história de minha amiga acima relatada e de outras pessoas que vivem hoje, em nossos dias. O que haveria de essencial na experiência humana que pode ser representada pelo mito de Pã?

Inicialmente, o que chama a atenção é o abandono do filho pela mãe. O motivo pelo qual Pã, minha amiga e outras pessoas foram abandonados (ou ameaçados de abandono) pela mãe, ocorreu por causa de sua ‘má aparência’. Por ‘má aparência’, podemos entender simbolicamente alguém que não corresponde ao esperado, tanto do ponto de vista da aparência física, social, como de sua conduta, ou seja, não obedecem às regras e normas do que seria entendido como uma ‘pessoa adequada’. Por esse motivo, esta pessoa deve ser condenada à exclusão, retiro e conseqüentemente deparar-se com a condição de solidão, abandono e desamparo.

O sentimento de desamparo, neste caso, não seria oriundo apenas da própria condição humana, mas também resultado de uma exclusão, de abandono concreto por não corresponder ao esperado. Na situação e condição de exclusão e abandono, tanto Pã como as pessoas com pânico tentam agradar, fazem tudo e qualquer coisa em termos de ‘serviços’, disponibilidade e ajuda aos outros, tentam criar alianças, seduzirem, enfim, criam condições para poderem ser vistas e aceitas.

Outra questão que chama a atenção nos relatos dos pacientes e na narrativa mitológica de Pã é a convivência de duas partes, de duas 'identidades' numa mesma pessoa. No caso de Pã, a parte animal e humana na mesma 'criatura'. Do ponto de vista simbólico, podemos fazer um paralelo com a condição psíquica das pessoas atuais. Observamos que estas também apresentam a convivência de duas identidades: uma 'primitiva' (emocional, impulsiva e 'infantil') e uma 'desenvolvida' (uma condição coerente, racional e 'adulta') funcionando conjuntamente e, muitas vezes as duas, de forma dissociada, autônoma e independente, como se fossem duas pessoas co-habitando em uma.

Os aspectos de benevolência e de 'maudade'³ extremas são relatados tanto no relato mitológico como pelas pessoas atuais. Ao mesmo tempo que Pã protegia, também destruía. Ao mesmo tempo que procurava companhia, afugentava e abandonava as pessoas. Isso acontecia tanto com relação aos outros como a si mesmo. O ódio disruptivo que surgia, com base na frustração gerada pelo fracasso e abandono é outro ponto comum e também observado como uma constante, tanto no mito como no paciente com pânico.

A condição sexual exacerbada, indiscriminada e sem parâmetros é outra constante que pode ser observada na vida secreta que os pacientes com pânico mantêm. Porém, observamos também que a 'escolha' de parceiros sexuais (e afetivos) redundam freqüentemente em fracassos e abandonos não sendo possível para eles estabelecerem uma relação sexual, afetiva duradoura e estável. Estas pessoas 'repetem' no decorrer da vida, por meio de 'escolhas' a situação e condição de serem abandonados.

Outra questão que chama a atenção é o 'grito ameaçador' que gera susto e terror. Esse 'grito' pode ser visto sob várias conotações. A representação mitológica revela-nos que não era Pã quem apresentava agorafobia. Pelo contrário, sua aparência, seu

³ O termo "maudade" foi usado neste caso, propositadamente, com a letra "u" para distinguir a diferença entre duas "classes" de qualidades: bem X mal e bom X mau. As possíveis diferenças e/ou confusões não se situam apenas no grafismo ou na fonética. Observamos ser muito comum às pessoas de modo geral, confundirem um "mal" no sentido psíquico, implicado com conflitos psíquicos e/ou comprometimentos psicológicos, com "mau" no sentido de caráter, implicado com juízo moral. Utilizo essas diferenças para representar o seguinte: Mal X Bem refere-se às sensações e/ou estados psíquicos relacionados a prazer X desprazer, a desenvolvimento X paralisação psicológica. Um comportamento de determinada pessoa, por mais inadequado do ponto de vista social e moral que possa parecer, pode se referir a um funcionamento psíquico comprometido, a uma "maldade", portanto. Mau X Bom refere-se a uma qualidade moral, racional, a uma categoria de certo e errado. Sendo assim, uma "maudade" está implicada com uma infração às normas e regras morais.

comportamento irreverente e sua aparição é que geravam susto e terror nas pessoas. O ‘grito’ de Pã pode ser entendido como uma denúncia e(ou) um pedido de socorro, para que sejam tomadas providências para a sobrevivência. Isto pode ser observado nos pacientes com pânico. Seu ‘modo de ser’, de não corresponder ao esperado e até mesmo de romper com o estabelecido gera repúdio. Por outro lado, ao mesmo tempo que seus sintomas funcionam como um ‘grito’, um pedido de ajuda, de socorro, mobiliza cuidados e atenção, gera o efeito contrário, ou seja, afugenta e amedronta as pessoas.

Esse ‘grito’ pode ser entendido também como uma aliança, ou como um modo de ser e uma organização possível contra a desproteção e abandono. A mitologia, neste caso, aponta para uma forma de abordagem e compreensão do sentido de um sintoma além daquele que é tido como usual. O ‘sintoma pânico’ pode ser entendido como um ‘grito’ característico que não teria necessariamente o sentido de patologia, de falência, mas de proteção, defesa e de uma organização possível para a sobrevivência.

Segundo MORA (1982), há em grego uma expressão para representar ‘possuído por Pã’. Neste sentido, podemos entender que uma pessoa pode ser ‘possuída e tomada por Pã’, ou ‘possuídas por tudo’. Quando isto acontece, elas passam a evitar os espaços e/ou as situações onde e quando quer que ‘ele’ (Pã/tudo) tenha surgido. Nos dias atuais, podemos entender que, quando uma pessoa experimenta e vivencia a ‘presença e a invasão por tudo’, em qualquer lugar, espaços físicos fechados, abertos, trânsito ou estradas, em sua própria casa e(ou) exposição social e outros e, a qualquer momento (durante o sono inclusive), passa a temê-los e evitar o encontro com Pã.

1.2. NOSOGRAFIA

Do ponto de vista da psiquiatria, atualmente, esta tem dado especial atenção aos aspectos nosográficos, descritivos, quantitativos, biológicos e farmacológicos e muito pouco à psicopatologia. Esta vertente de pesquisa toma como base as descrições elaboradas pelos critérios diagnósticos da OMS, CID-10 (1993) e da APA, DSM-IV (1994), que denominam este quadro como ‘transtorno de pânico’, entendendo-o como distinto dos ‘transtornos de ansiedade generalizada’, em função da ocorrência freqüentes de ataques de pânico.

Esta classificação é oriunda de um processo histórico que já foi abordada por CAETANO (1987); COSTA-PEREIRA (1989,1995); FRÁGUAS (1994). Por este motivo, apresento, neste momento, apenas um breve resumo deste, principalmente para se compreender de onde partiram as idéias que discriminam os sintomas de angústia aguda dos de angústia crônica, que caracterizam o ‘transtorno de pânico’ como um sintoma de etiologia orgânica - como é abordado pelos clínicos e divulgado pela mídia - pois esta visão interfere significativamente, tanto no trabalho multidisciplinar, como no tratamento dos pacientes que os apresentam.

JACOB M. Da COSTA é apontado por CAETANO (1987), COSTA-PEREIRA (1995) e FRÁGUAS (1994), como o primeiro autor que descreveu os sintomas de pânico. Ao examinar soldados em situação de guerra, este autor descreveu um transtorno de causa desconhecida, contendo ataques físicos típicos do quadro de ansiedade, caracterizado principalmente por sintomas cardíacos. A princípio esse transtorno foi denominado de ‘Síndrome do coração irritável’, e depois como ‘Síndrome de Da Costa’, ‘Síndrome do coração do soldado’, ‘Síndrome de esforço’ e outras. Nesta descrição, Da Costa sugeriu que este quadro surgiria como resultado de esforços físicos intensos (hiperexcitação).

*OSLER (1887) atribuiu a etiologia da ‘Síndrome do coração irritável’ à ‘neurastenia’, que no final do século XIX tomava as discussões acadêmicas e de pesquisas, quando **BEARD (1881,1884), médico americano definiu-a como ‘uma afeção nervosa, que compreende um quadro clínico centrado numa fadiga física de origem ‘nervosa’ e sintomas dos mais diversos registros’. Este autor descreve a etiologia da neurastenia, como ligada a ‘práticas sexuais nocivas, notadamente ligada a masturbação excessiva’.

Outro momento histórico importante, marcante e determinante, que acentua as controvérsias e polêmicas sobre o assunto, foi gerado pelo estudo piloto, realizado por KLEIN na década de 60, com dois grupos de pacientes: um grupo apresentava angústia de forma aguda (sob a forma de ataques de pânico) e o outro de forma crônica. Por meio do uso de uma droga nova na época, chamada imipramina, KLEIN observou que, em ambos os

* OSLER, W. *apud* COSTA-PEREIRA, M.E - **Distúrbio de pânico: contribuições para uma abordagem Psicodinâmica**. Campinas, 1989 (Dissertação de Mestrado-UNICAMP)

** BEARD, G. *apud* LAPLANCHE E PONTALIS - **Vocabulário da Psicanálise**, São Paulo, Martins Fontes Editora, São Paulo, 1992

casos, os pacientes queixavam-se de sintomas de ansiedade, mas não conseguiam distinguir os ataques do estado ansioso crônico.

Entretanto, KLEIN observou que a imipramina era efetiva e prevenia a recorrência dos ataques de pânico, mas não surtia o mesmo efeito nos pacientes que apresentavam ansiedade crônica. Pelo resultado positivo da administração da droga (imipramina) nos pacientes com ataques agudos de ansiedade, ou ataques de pânico, KLEIN sugeriu a hipótese de que este seria um fenômeno qualitativamente diferenciado da ansiedade crônica em função do efeito da imiprimina sobre ele.

Na década de 80, KLEIN concluiu que os ataques de pânico teriam origem biológica, pois a ansiedade subjacente era controlada pela imipramina. Do ponto de vista psicológico, este autor relacionou necessidade de serem acompanhados à ‘ansiedade de separação’ - entendendo-a como a proposta por BOLWBY (1993) - ou seja, como ‘um mecanismo inato de alarme, presente tanto em animais como em humanos, que seria ativado por estímulos de separação de vínculo importante acionando um componente de desespero correspondente aos dois primeiros estágios da resposta de separação da mãe’.

Nesta conclusão, KLEIN compreendeu que a ‘ansiedade antecipatória’ apresentada por estes pacientes, permaneceria mesmo sob medicação e seria responsável pelo desenvolvimento de padrões fóbicos e agorafóbicos - pela evitação de lugares onde os ataques anteriormente aconteceram dos quais seria difícil sair, fugir ou pedir ajuda – em virtude da ocorrência de ataques de pânico, presentes na memória, que os submeteriam ao temor de recorrência de um novo ataque.

A APA,DSM-III (1980), incorporou a divisão qualitativa da teoria de KLEIN e propôs em virtude desta, uma nova classificação dos ‘distúrbios de ansiedade’ e assim o classificou:

300.01 Panic Disorder;

300.21 Panic Disorder with Agoraphobie;

300.02 Generalized Anxiety Disorder .

Esta classificação da APA permaneceu desta forma no DSM-III-R (1987) e no DSM-IV (1994). Este critério diagnóstico também foi adotado pela OMS, CID-9, permanecendo no CID-10, no qual a tradução de “panic disorder” foi feita por ‘transtorno de pânico’. Todos estes critérios diagnósticos afirmam a posição de que o ‘transtorno de pânico’ é uma entidade distinta dos demais ‘transtornos de ansiedade’.

Por definição, do ponto de vista descritivo destacados pelos critérios diagnósticos – OMS, CID-10 (1993) e APA, DSM-IV (1994), os últimos, portanto - um ataque de pânico, não é suficiente para caracterizar o ‘transtorno de pânico’. O que diferencia o ‘transtorno de pânico’ dos demais ‘transtornos de ansiedade’ é a presença de recorrentes, espontâneos, não sugestionados, (“out of blue”), ataques de pânico, e o persistente medo de ter um outro ataque. A APA, DSM-IV (1994), distingue que os ataques de pânico que:

- Ocorrem no contexto de outros ‘transtornos de ansiedade’ (que têm ataques de pânico como um aspecto associativo, p.ex.. neurose de ansiedade, distúrbios psicóticos);
- Só ocorrem em determinada situação (p.ex.. na fobia social, em virtude da situação social;
- Na fobia específica, pelo objeto ou pela situação fóbica;
- No distúrbio obsessivo compulsivo, pela exposição ao objeto da obsessão;
- No distúrbio de ansiedade de separação pela separação,
- Ou que estejam associados a algum tipo de transtorno orgânico, não podem ser diagnosticados como ‘transtorno de pânico’.

Segundo ambos os critérios diagnósticos, o ataque de pânico configura-se como um estado de medo irracional, de ansiedade, pavor e pânico inesperado, que tem um início abrupto (surtem repentinamente), sem causa determinada e específica aparente (física ou psicológica) e é caracterizado por não estar associados a alguma situação ansiogênica específica, acontecimento drástico ou traumático.

Os ataques surgem com muita severidade, mas duram um período curto de tempo, ressurgindo com frequência em qualquer situação corriqueira, conhecida executada no dia-a-dia, inclusive durante o sono. Geralmente a pessoa atribui o ataque à situação em que pela primeira vez esta ocorreu passando, então, a evitá-la, configurando-se assim um quadro fóbico, ou agorafóbico.

A frequência e a severidade dos ataques variam de um indivíduo para outro, podendo ser diários, semanais, com períodos de exacerbação e de remissão por anos, tendendo a evoluir para a cronicidade em casos não tratados. Seu início acontece geralmente por volta do final da adolescência e metade dos 30 anos.

Durante um ataque, o paciente logo imagina que algo terrível esteja lhe acontecendo, que vai perder a razão, desmaiar, perder o controle ou que esteja lhe ocorrendo um problema clínico grave. Pode haver uma nítida sensação de morte iminente. Após o ataque, o paciente sente-se cansado, desgastado e receoso de que o ataque retorne.

Do ponto de vista dos sintomas orgânicos, a APA,DSM-IV (1994) descreve, que além do discreto período de medo intenso e desconforto, da sensação de morte iminente e do sentido de perigo do qual não se pode fugir, a característica essencial do ataque de pânico é o acompanhamento de pelo menos quatro dos treze sintomas somáticos ou cognitivos:

1. palpitação
2. sudorese
3. tremores
4. sensação de falta de ar ou sufocamento
5. sentimento de estrangulamento
6. dor no peito ou desconforto
7. náusea ou constipação abdominal

8. vertigens ou palidez
9. desrealização ou despersonalização
10. medo de perder o controle 'ficar louco'
11. medo de morrer
12. parestesias
13. ondas de frio e calor

Segundo DORGIVAL CAETANO (1987), nesta circunstância, raramente o paciente procura um profissional de saúde mental, já que se trata de indivíduo que se considera bem do ponto de vista psicológico e cuja sintomatologia é vivenciada como de origem somática. Somente após vários exames clínicos negativos é que estes pacientes são encaminhados ou procuram profissionais de saúde mental. Este autor atribui o uso aumentado de serviços de emergência, de dependência de álcool e de ansiolíticos à dificuldade de obterem o 'diagnóstico', pois estes pacientes procuram vários profissionais de saúde, em virtude da dificuldade de assimilar o 'diagnóstico' de uma saúde física perfeita.

Pelo atendimento clínico e psicológico destes pacientes, podemos observar (como também a literatura sobre o assunto descreve), que esta situação pode acarretar comprometimentos da relação da pessoa consigo mesma, em virtude das humilhações sofridas diante da falta de informação sobre o 'transtorno de pânico' presente nos serviços de saúde. Além disso, gradativamente, o nível de ansiedade, o medo de ocorrência de um novo ataque, e o comportamento de fuga e isolamento do mundo externo (de situações e de pessoas nele contidos), podem atingir proporções tais, que podem comprometer sua vida familiar, afetiva, profissional, financeira e outras. A pessoa pode tornar-se incapaz de governar sua própria vida e fazer coisas que antes da ocorrência destes eram feitos com muita habilidade e naturalidade.

Após a classificação do ‘transtorno de pânico’ como entidade distinta dos demais ‘Transtornos de Ansiedade’ surgiram várias correntes, vertentes, discussões e consequentemente vários trabalhos e pesquisas, tomando como referência um ou outro desses aspectos do ponto de vista nosográfico. Porém, pouco se acrescenta em termos de originalidade, ao que os critérios nosográficos já observaram, como podemos encontrar na literatura e pelos depoimentos que os profissionais dão pela mídia. O ‘transtorno de pânico’ é caracterizado pela ocorrência de ataques de pânico frequentes; que seriam decorrentes de distúrbios orgânicos, desencadeados pela combinação de fatores biológicos e ambientais (estresse, frustrações ou ingestão de certas substâncias); estes eclodiriam em determinado momento, sem causa específica, e proporcionariam padrões fóbicos e fugas de situações para evitá-los.

Outra afirmação importante, que podemos encontrar no Critério Diagnóstico da OMS,CID-10(1993), diz respeito ao tipo de neurose que estaria na base dos sintomas e ataques pânico. No bloco F40 - F48 – ‘Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes’ - onde encontram-se os critérios diagnósticos e discriminativos do ‘transtorno de pânico’ e os ‘transtornos de ansiedade generalizada’ tem como introdução a seguinte afirmação:

Os transtornos neuróticos relacionados a estresse e somatoformes foram colocados juntos em um grande grupo global devido à sua associação histórica ao conceito de neurose e à associação de uma substancial (embora incerta) proporção desses transtornos à causação psicológica.

OMS,CID-10 (1993) não define o conceito de ‘neurose’ segundo o qual classifica o ‘transtorno de pânico’, apenas remete-o à ‘associação histórica do conceito’. Sabemos que este conceito, mesmo historicamente falando, adquire inúmeros significados, e ainda muitos outros no que se refere à ‘causação psicológica’. Podemos citar e adotar como referencial primeiramente o conceito geral de neurose conforme definido por LAPLANCHE E PONTALIS (1992):

O termo neurose parece ter sido introduzido por William Cullen (médico escocês) num tratado de medicina em 1777 (First Lines of the Practice of Physics). No decorrer do século XIX ser comum classificar sob o nome de neurose toda uma série de afecções que poderíamos caracterizar do seguinte modo: a) Têm uma sede orgânica reconhecida; b) São afecções funcionais, isto é ‘sem inflamação nem lesão de estrutura’ do órgão em questão; c) São consideradas doenças do sistema nervoso.

Em LAPLANCHE e PONTALIS (1992), do ponto de vista da ‘causação psicológica’, podemos encontrar o seguinte conceito de ‘neurose’:

Afecção psicogênica em que os sintomas são a expressão simbólica de um conflito psíquico que tem suas raízes na história infantil do sujeito e constitui compromisso entre desejo e defesa. ...Se procurarmos estabelecer, no plano da compreensão do conceito, a especificidade da neurose tal como a clínica a define, a tarefa será confundir-se com a própria teoria psicanalítica, enquanto esta se constitui fundamentalmente como teoria do conflito neurótico e das suas modalidades.

Podemos entender, por meio das citações acima, que corremos um risco de indiscriminação na utilização do termo ‘neurose’, pois podemos compreendê-lo como ‘afecção nervosa’, relacionando-o com perturbações orgânicas ou neurológicas; como também, abordá-lo sob os aspectos psicológicos (psicodinâmicos, psicanalíticos e compartimentais). Neste trabalho, este será visto e compreendido, do ponto de vista psicodinâmico-psicanalítico.

1.3. PSICANÁLISE

FREUD, no final do século XIX, estava justamente interessado na dinâmica psíquica das doenças mentais e suas repercussões sobre o psiquismo, e se ocupava, como neurologista, das degenerações neurológicas denominadas neurastenias’. Segundo SOARES (1994):

O termo ‘neurastenia’ acabou se consagrando no final do século passado como uma das neuroses mais freqüentes, tratada por neurologistas, apesar de ‘psicologicamente determinada’ como um ‘distúrbio funcional’.

OSÓRIO (1987) oferece-nos um parecer importante a respeito desse assunto. Segundo este autor, desde o início de sua obra, FREUD estava às voltas com a questão da etiologia orgânica ou psicológica dos distúrbios mentais, tentando conciliar os achados da Biologia, da Bioquímica, com os da Psicologia e da Psicanálise. Isto pode ser observado em FREUD (1976a), no seu ‘Projeto para uma Psicologia Científica’, abandonado nesta época, e publicado postumamente em 1950, o teria deixado de lado, segundo o parecer de

OSÓRIO (1987), por não haver na época condições para desenvolver a trilha ligada à hipótese quantitativa. Segundo NEMIAH (1975):

Ainda que Freud nunca tenha, ele próprio, desistido completamente da sua primeira concepção, mais fisiológica, da ansiedade, aqueles que desde então desenvolveram sua teoria focaram-na mais nos seus aspectos psicológicos.

Segundo MEZAN (1987):

... A hipótese quantitativa (esboçada dentro do Projeto para a Psicologia Científica) era a contrapartida físico-fisiológica da teoria da sedução (hipótese do trauma). A renúncia a ambas, a partir da descoberta das fantasias e dos impulsos, "marca o advento dos conceitos propriamente psicanalíticos de inconsciente e de sexualidade infantil.

A mudança de enfoque, desencadeada por FREUD, gerou uma outra vertente de interpretação dos fenômenos, do ponto de vista psicológico. Outras correntes continuaram focalizando o fenômeno do ponto de vista físico/biológico. Segundo OSÓRIO (1987), este fato acaba inaugurando o modelo dualista no meio médico mantido até o momento: causa orgânica ou psicológica.

FREUD continuou formulando suas idéias no decorrer de sua obra, seguindo a trilha dos aspectos psicodinâmicos presentes na etiologia da angústia e das neuroses. Dependendo do ponto de vista freudiano adotado pelos autores, podemos ter uma compreensão psicodinâmica da angústia e do pânico sob diversas perspectivas.

1.3.1. O pânico sob o enfoque das 'Neuroses Atuais'

FREUD (1976c) descreve e define um quadro sintomático característico que denominou de 'neurose de angústia', entendendo-a como uma perturbação econômica de etiologia puramente sexual, pelo estancamento da libido, que proporcionaria angústia e ansiedade aguda. Entendeu, também, que a neurose de angústia seria uma neurose atual, pois esta estaria relacionada a acontecimentos externos e atuais: algo no presente represaria a libido que estaria correndo seu curso normal, dirigindo-a para outros canais. Neste caso, os sintomas não teriam uma expressão simbólica e superdeterminada, mas resultariam diretamente de um acúmulo de energia oriundo da ausência ou inadequação da satisfação sexual.

A etiologia da neurose de angústia seria para FREUD nesse momento, puramente sexual, gerada por obstáculos repressivos externos. Os distúrbios somáticos presentes nesta seriam resquícios de comportamento sexual que mimetizariam sensações corpóreas do coito (sudorese, palpitações e outras).

A expectativa ansiosa seria o sintoma nuclear da neurose de angústia. Esta ocorreria graças a um *quantum* de ansiedade, em forma de afeto, em estado livre de flutuação, o qual estaria sempre pronto a ligar-se a qualquer conteúdo ideativo, e a qualquer representação corriqueira de medo. Isto proporcionaria uma situação agorafóbica. Sendo assim, na neurose de angústia, as evitações fóbicas não teriam qualquer representação e analisabilidade, (diferentes das fobias presentes nas neuroses de transferência ou psiconeuroses) pois as evitações não proviriam de uma representação de afeto reprimido. A origem dessas evitações seria de ordem puramente sexual transformadas diretamente em sintoma, sem mediação psíquica (em virtude dos obstáculos externos), ou da repressão (em virtude de proibições morais ou circunstanciais).

Neste trabalho, FREUD colocou a neurastenia e a neurose de angústia, no quadro das neuroses atuais, mas fez uma distinção: no caso das neurastenias, a masturbação seria a forma de escoamento da libido, ao passo que na neurose de angústia, esta estaria em estado de livre flutuação, gerando uma intoxicação no organismo com todas as suas formas de manifestação.

A distinção entre neurose atual e psiconeurose já estava presente no pensamento de FREUD dessa época - LAPLANCHE E PONTALIS (1992)⁴ discriminam e

⁴A oposição das neuroses atuais às psiconeuroses é essencialmente etiológica e patogênica. Nos dois tipos de neurose a causa é realmente sexual; mas aqui (nas neuroses atuais) ela deve ser procurada em 'desordens da vida sexual atual' e não em 'acontecimentos importantes da vida passada'. O termo atual deve pois ser tomado em primeiro lugar no sentido de uma 'atualidade' no tempo. Por outro lado, sua etiologia é somática e não psíquica: a fonte de excitação, o fator desencadeante da perturbação, está no domínio somático, enquanto na histeria e na neurose obsessiva (nas psiconeuroses) está no domínio psíquico. Na neurose de angústia este fator seria a ausência de descarga da excitação sexual, e na neurastenia um apaziguamento inadequado dela (masturbação, por exemplo).

Outra característica essencial que diferenciaria a neurose atual das psiconeuroses é que os sintomas das primeiras seriam somáticos em virtude da transformação direta da excitação libidinal em angústia, enquanto nas segundas, os sintomas teriam uma expressão simbólica, resultado do processo de condensação e deslocamento dos conteúdos reprimidos durante o processo de desenvolvimento da libido.

Esses conceitos também sofreram modificações com o desenvolvimento de observações e pesquisas dentro da teoria psicanalítica conforme afirma LAPLANCHE e PONTALIS (1992): Hoje, o conceito de neurose atual tende a apagar-se da nosografia tendo em vista que, seja qual for o valor precipitante dos fatores atuais, encontramos sempre nos sintomas a expressão de conflitos mais antigos.

definem estes conceitos. Segundo FREUD (1976c), como toda neurose atual, a origem da neurose de angústia, não deveria ser procurada nos conflitos infantis, mas no presente. Sendo assim, como a Psicanálise foi um método de conhecimento desenvolvido por este autor para intervir nas psiconeuroses, e não nas neuroses atuais, tanto a neurose de angústia como as neurastenias não eram tratáveis pela psicanálise.

1.3.2. O pânico sob o enfoque das ‘psiconeuroses de transferência’

Descartando definitivamente a possibilidade de pensar a ansiedade sob o ponto de vista neurológico e/ou fisiológico, e dando ênfase substancial à repressão e ao caráter simbólico e dinâmico nas manifestações psíquicas e conversões orgânicas, FREUD não abandona o prisma econômico postulado no início, pois continua entendendo a angústia como modificação da libido estancada, mas a partir dos trabalhos ‘Sobre o narcisismo’ e ‘Artigos sobre Metapsicologia’, entre 1914 e 1915, reformula sua Metapsicologia sobre a configuração do aparelho psíquico, mantida até então.

Em 1916, na Conferência XXV das ‘conferências introdutórias sobre Psicanálise’, FREUD amplia seus conceitos sobre ansiedade e angústia, tidos até então, e define a angústia como ‘a reação do ego ao perigo’, ‘o sinal para empreender a fuga’ e ‘o estado de preparação para o perigo’. Neste caso, o perigo é visto como um fator desencadeante de angústia e esta é entendida como um fator de proteção do organismo e do psiquismo. Neste momento, o autor descreve um quadro sintomático de angústia e fobia, que se assemelha a algumas características e queixas do paciente de pânico, e o denomina como ‘histeria de angústia’:

A ansiedade freqüentemente aparece junto com os sintomas; que porém, também surge ansiedade desvinculada, manifestada em forma de ataque ou como uma condição crônica. Os pacientes não sabem dizer de que é que têm medo, e com auxílio de uma elaboração secundária inconfundível, vinculam-no às primeiras fobias que lhes vêm à mente - tais como medo de morrer, de enlouquecer ou de ter um ataque. Se a situação, a partir da qual a ansiedade (ou os sintomas acompanhados de ansiedade) surgiu, é submetida à análise, podemos quase sempre, descobrir que o curso normal dos eventos psíquicos deixou de ocorrer e foi substituído por fenômenos de ansiedade.

Desta forma, podemos entender que na histeria de angústia, parte da libido transformar-se-ia em sintoma, e outra parte, estaria em estado de livre flutuação, prestes a ligar-se a qualquer conteúdo ideativo ou objeto. FREUD (1976i) afirma também que os sintomas de angústia e fobia no adulto teriam sempre como protótipo e prelúdio o desenvolvimento da sexualidade infantil: ‘Toda fobia histérica remonta a uma ansiedade infantil e é a continuação da mesma, ainda que tenha um conteúdo diferente e deva, pois, receber nome diverso’.

Deste ponto de vista, FREUD (1976i), aborda os sintomas presentes na histeria de angústia, de uma forma mais complexa do que os compreendeu na neurose de angústia. A angústia e a fobia apresentada na histeria de angústia teriam, além do aspecto econômico e atual, um caráter simbólico, conversivo e fóbico, decorrente do processo de desenvolvimento da libido, de uma psicose, portanto. Sendo assim, os sintomas somáticos, os rituais obsessivos e as fobias apresentadas na histeria de angústia podem ser compreendidos como tentativas de evitar os perigos internos, pulsionais e a ansiedade que até certo ponto conseguiriam escoar a libido represada. Assim, a libido passaria por dois processos:

- Haveria repressão, substituição e(ou) deslocamento da libido e/ou dos objetos da pulsão para o mundo externo, que passariam a ser compreendidos e sentidos como perigosos, por representarem, os objetos originais, imaginários ou reprimidos;
- O excedente da libido, que não foi deslocada e(ou) projetada para os objetos do mundo externo, transformaria-se-ia em expectativa ansiosa, ou seria convertida no corpo e representada pelos sintomas físicos.

FREUD (1976i), discrimina também, os tipos de afetos que estariam subjacentes às manifestações de angústia: a angústia [Angst]⁵, o medo [Furcht]⁶ e o pânico [Schreck]⁷.

⁵ O termo 'angústia', "Angst" e suas manifestações corporais, é definido e relacionado por FREUD (1976i), ao estado psíquico, ao afeto, que seria mobilizado frente ao perigo, qualquer que seja ele, levando-se ou não em conta o objeto. Mas, qualquer tipo de manifestação de angústia, teria sempre como referência a angústia do nascimento conforme proposta por A. ADLER e O. RANK, que é entendida e definida por estes autores como 'uma primeira ansiedade, uma ansiedade tóxica', 'Um primeiro estado de ansiedade que surgiu quando da separação da mãe'. FREUD (1976i) também a compreendeu como o 'protótipo de um perigo mortal e que desde então tem sido repetida por nós como o estado de ansiedade'.

Podemos entender que na idéia da angústia de nascimento ser o protótipo de toda e qualquer angústia, estariam embutidos os conceitos de memória, repressão, mas também, que a angústia (inclusive a de separação) seria vista como uma condição natural, instintiva e econômica da libido. Essa primeira experiência de perigo e morte, permaneceria como um precipitado mnêmico que seria atualizado e revivido e evocado em qualquer outra situação ansiogênica ou de estimulação intensa como reação a um perigo.

⁶ O termo "Furcht", (medo, receio) é definido por FREUD (1976i) como referente ao medo na relação com o objeto: medo de, receio de. Haveria fatores externos e internos responsáveis pelo desencadeamento do 'medo', "Furcht", e da 'angústia', "Angst", subjacente. Em sua gênese, estariam as situações de perigo internos contidos nas psiconeuroses, ou neuroses de transferência (histeria, neurose obsessiva e fobia). O perigo seria mobilizado, neste caso, pela atividade pulsional, e/ou pela repressão em virtude do acúmulo e/ou do bloqueio da libido respectivamente. O 'sinal de angústia' "Angstbereitschaft" seria acionado para empreender a fuga e/ou acionar defesas e/ou para escoar a libido represada que representaria perigo. Como defesa, os conteúdos reprimidos - idéias e afetos - sofreriam uma elaboração psíquica feita através de condensação e deslocamento dos elementos internos, subjetivos e originais, que seriam projetados e/ou deslocados para o mundo externo, e/ou para objetos reais ou imaginários de uma forma simbólica. Os objetos internos seriam projetados no mundo externo, e a partir dessa projeção, seriam sentidos como oriundos do mundo externo e temidos. Este tipo de defesa e fuga daria a esta qualidade de sentimento, seu caráter de estranhamento, de não correspondência, ou até mesmo de uma dimensão 'exagerada' e dissociada. Porém, mesmo projetando e/ou empreendendo a fuga dos elementos externos projetados, a pessoa não conseguiria fugir deles nem evitar a angústia pois estes teriam outra procedência. Além disso, o temor e a fuga do ponto de vista externo não teria razão de ser. Um outro tipo de mecanismo poderia então, ser acionado para evitar sofrimento, ansiedade, angústia e escoar a libido represada: os sintomas. Estes também teriam o caráter simbólico, substitutivo e defensivo. Assim, os sintomas histéricos os rituais obsessivos e as evitações fóbicas, encontrados nas neuroses histéricas, nas neuroses obsessivas e nas neuroses fóbicas respectivamente, seriam formados com o propósito de evitar ou escapar do sofrimento, do medo, e da angústia (ou ansiedade).

⁷ A noção de 'susto', "Schreck", pode ser encontrada desde o início da obra de FREUD - desde o 'Estudos sobre Histeria' (1893) e o 'Projeto para uma Psicologia Científica' [1950](1895) - e é definido por este autor, à princípio, sob o aspecto econômico, como 'tensão acumulada e não descarregada', que provoca 'uma invasão do aparelho psíquico por um fluxo e quantidade de excitação variada demais e intensa demais' onde e quando a pessoa não se sente capaz de dominar nem, tolerar pois é pega de surpresa por se encontrar sem qualquer escudo protetor. FREUD (1976i) define o termo "Schreck", como referente aos sentimentos de 'susto', 'terror' e 'pânico'. Este termo representa o sentido de ser possuído por sentimentos incontrolados e indomados, de 'angústia', "Angst" desenvolvendo-se de forma aguda, em acesso, sob a forma de ataque de pânico. Sendo assim, o susto "Schreck" está intimamente ligado ao conceito de trauma. LAPLANCHE (1993) define o susto como 'o triunfo do econômico, da força, do fator quantitativo, espécie de derrota subjetiva, quando nada pode ser prevenido, simbolizado ou pré-simbolizado por ele, nem que fosse por um sinal'. Haveria segundo este autor, um 'desabamento', um 'transbordamento', "Überwältigung", subentendendo o duplo sentido do termo: ser "debord," (transbordado) é ser submergido e é ser transtornado: 'é ser pegado por um lado que não esperava...'

Além destes termos/conceitos, FREUD (1976i), faz outras discriminações:

- Classifica dois tipos de angústia subjacentes às neuroses: a "Neurotische Angst", traduzida por 'angústia neurótica'⁸ e a "Realangst" traduzida por 'angústia real', 'angústia ante um perigo real' ou 'angústia realística'⁹;

⁸A 'angústia neurótica', "Neurotische Angst", estaria ligada ao medo, à ansiedade, às defesas e à fuga, que apareceriam junto com sintomas. Estes seriam enigmáticos, despropositados, e localizadas em perigos internos, a serem descobertos pela relação transferencial. Os sintomas fóbicos, as conversões histéricas e os rituais obsessivos presentes nas neuroses de transferência e na angústia neurótica [Neurotische Angst] dar-se-iam pela mediação simbólica, pelo deslocamento e condensação dos conteúdos afetivos e ideativos, quer seja no corpo ou no mundo externo. Em função da simbolização, o indivíduo interpretaria os dados da realidade, os sintomas físicos e os perigos a partir dessas defesas. Este processo pode ser visto como contendo duas partes:

O primeiro corresponderia à repressão e à modificação da libido em ansiedade e(ou) angústia. A idéia seria desvinculada da representação original da libido e agora se vincularia a outro representante externo ou corporal;

O segundo consistiria em tomar medidas de segurança e garantia para evitar todo e qualquer contato com esse perigo, que passaria a ser tratado como algo externo ou corporal. Um sintoma pode ser entendido então, como uma medida contra um perigo externo ou doença física que representaria a libido reprimida e temida (de componentes internos) da qual o ego se defenderia.

Podemos entender com essa idéia que as fobias e os sintomas físicos presentes nas neuroses atuais e nas psicose neuroses seriam distintas entre si, pois nas primeiras a libido estaria em estado de livre flutuação e a ansiedade teria um caráter econômico e expectante e não guardaria qualquer relação com o objeto; e nas segundas a ansiedade seria oriunda da ligação e relação simbólica e defensiva entre libido e objeto mediada pelo ego.

⁹Na 'angústia ante um perigo real', "Realangst", o perigo se refere aos aspectos racionais e inteligível oriundos do mundo externo, presente nas neuroses atuais. No entanto, podemos entender que o real e atual neste tipo de angústia [Realangst], seriam somente os sentimentos de angústia, de estranheza, medo, pavor, pânico e horror. O sentido de perigo só poderia ser dado, por estar relacionado a um afeto e a um elemento subjetivo presente na realidade psíquica da pessoa - como uma condição primitiva de desamparo e insegurança, e/ou relacionados a aspectos de desenvolvimento infantil, e(ou) a situações experimentadas anteriormente como perigosas - para poder interpretar o elemento externo como perigoso, e acionar o 'sinal de angústia', "Angstbereitschaft", e deflagrar a fuga e(ou) as defesas como reação a um perigo externo. Na angústia ante um perigo real [Realangst] os sentimentos e sensações seriam deflagrados por um objeto e(ou) situação externa atual que evocaria experiências internas, que poderiam ser desencadeadas das mais diversas formas, e a qualquer momento no decorrer da vida.

- Discrimina duas formas sob as quais a angústia pode se manifestar: a "Angstbereitschaft"¹⁰ traduzida como 'angústia como sinal', e a "Angtentwicklung" traduzida como 'angústia automática'¹¹.

Com isto, podemos entender que FREUD (1976i) diferencia o pânico da angústia e relaciona-os a vários perigos e sentimentos. Neste sentido, a histeria de angústia teria uma angústia neurótica "Neurotische Angst" subjacente aos sintomas, psíquico que se apresentaria de forma simbólica e crônica e a tornaria relacionada ao processo de desenvolvimento do aparelho. Além disso, esta também se apresentaria sob a forma de angústia aguda, sem representação e simbolização, que eclodiriam em determinado momento.

O perigo que desencadearia o medo "Furcht", e a angústia característica e predominante apresentada na histeria de angústia, seria portanto, típico das psiconeuroses ou neuroses de transferência (histeria de angústia, histeria de conversão, neurose obsessiva e neurose fóbica). Este sentimento seria mobilizado pelo 'sinal de angústia', "Angstbereitschaft" diante do perigo, que poderia ser desencadeado de duas maneiras:

- Pela ameaça que conteúdos ideativos, afetivos, e reprimidos no inconsciente tornem-se manifestos. Neste caso, teríamos a angústia manifestando-se de forma crônica;
- Por algum fator externo e atual, que desencadearia um processo interno, ou seja, a 'angústia ante um perigo real', "Realangst", seria responsável pelos sintomas atuais e pela angústia aguda.

¹⁰ A 'angústia como sinal', "Angstbereitschaft", estaria ligada à 'angústia neurótica', "Neurotische Angst". Esta não conteria libido em estado de livre flutuação como nas neuroses atuais ou na neurose de angústia, mas sim 'ligada' psiquicamente a conteúdos ideativos e investida nos objetos. As situações, objetos e condições que suscitarão o perigo, poderiam ser externas, ou pulsionais, econômicas ou simbólicas mas teriam como subjacente a 'revivência' do medo e do perigo de morte experimentado no nascimento. Porém, a reação seria sempre dada por um perigo interno - mesmo que deflagrada por uma situação externa e atual - e esta seria uma forma defensiva que o ego assumiria para evitar a ameaça interna da qual não poderia escapar. A partir de sinais externos de perigo - dados por um estímulo de 'real perigo externo' - 'a angústia como sinal', "Angstbereitschaft" seria acionada, assim como defesas seriam tomadas.

¹¹ Na 'angústia automática', "Angtentwicklung", não haveria elaboração psíquica, ou ab-reação, o que se oporia ao que FREUD denominou 'sinal de angústia', "Angstbereitschaft".

Em ambos os casos, o ego acionaria defesas, fugas e/ou sintomas para evitar sofrimento e(ou) angústia. Sendo assim, podemos resumir que, diante de um impulso interno, ou um estímulo externo _ que evoque um processo psiconeurótico _ seria dado um sinal de angústia “Angstbereitschaft”. Este, por sua vez, acionaria modos de fuga e defesa que gerariam sintomas apresentados de forma simbólica ou substituta para evitar sofrimento e angústia. Além disso, parte da libido, por estar em estado de livre flutuação, poderia se converter em sintomas físicos e em evitações e fugas sem sentido simbólico.

A angústia presente no quadro de histeria de angústia poderia se apresentar de duas formas: como angústia neurótica “Neurotische Angst” e como angústia realística “Realangst”. Porém, em ambos os casos, o medo “Furcht” seria mobilizado em virtude do significado de perigo atribuído ao estímulo ou impulso que este provocaria. A angústia contida no quadro de histeria de angústia, estaria relacionada à angústia neurótica “Neurotische Angst” e a um processo de desenvolvimento psíquico, como em quaisquer outras psicose e(ou) nas neuroses atuais, e que teria em sua base uma angústia infantil. Neste sentido, a histeria de angústia poderia ser analisada nos moldes de uma psicose.

FREUD (1976m1, 1976n), em ‘O Ego e o Id’ e em ‘Inibição, Sintoma e Angústia’ respectivamente), apresenta sua concepção estrutural do aparelho psíquico e reformula sua teoria sobre a angústia, respectivamente. Neste momento, FREUD desiste da distinção entre angústia neurótica “Neurotische Angst” e angústia realística “Realangst”, assim como descarta a idéia dos sintomas da ansiedade serem protótipo e repetição do trauma do nascimento, como foi proposto anteriormente.

A proposta neste momento é que não importa de onde venha o perigo, mas sim, que toda e qualquer angústia seria resultante da incapacidade do ego de acionar defesas diante de uma situação de perigo, e impedir a mobilização da angústia. Neste sentido, a repressão não seria responsável pela geração da angústia, mas, ao contrário, a angústia poderia ser deflagrada ou inibida, dependendo do acionamento das defesas do ego (como a repressão, por exemplo).

Desta forma, a angústia seria sempre decorrente de uma condição egóica precária ou insatisfatória para acionar defesas, e estaria relacionada não somente aos perigos, mas principalmente às perdas, ou ameaças de perdas, que propiciariam a ocasião para seu surgimento. Assim, vários perigos e perdas específicas, seriam capazes de precipitar uma situação de angústia, a cada momento da vida.

O nascimento seria o primeiro deles. Porém, em outras ocasiões, de acordo com o desenvolvimento psíquico da criança, e em virtude das questões que se apresentariam no decorrer desse desenvolvimento, outras perdas ou ameaças de perdas e(ou) lutos se apresentariam e seriam sentidos e elaborados a cada momento, dissipando, assim, a angústia do nascimento.

Porém, toda e qualquer ameaça interna (do conflito pulsional, ou de repressões) e(ou) externa (de todo e qualquer acontecimento, objeto ou perda, por mais traumático que possa ter sido), poderia ou não ser suportável e 'administrável' dependendo da condição de estrutura egóica.

FREUD (1976m1) em 'O Ego e o Id' afirma, e em "A dissolução do complexo edípico" (1976m3) reafirma, que as perdas também poderiam ser elaboradas com a resolução do complexo edípico. Nesta ocasião, o indivíduo faria identificações e internalizações das figuras parentais, para poder abandoná-los como objetos da pulsão. Estas internalizações finalizar-se-iam, com a formação do superego, que seria iniciado pela 'educação' pré-edípica.

Podemos entender que, para FREUD, os pais iniciariam o processo de civilização e de formação superegóica, mas estes continuariam operando internamente no indivíduo, pela identificação e internalização de suas orientações, permissões e proibições, mesmo depois de separar-se deles, pois eles ainda estariam presentes na organização e formação superegóica. A angústia poderia ser acionada também, diante do perigo, dado pela possibilidade de ser acusado e/ou abandonado pelo superego.

Resumidamente, podemos relacionar as perdas naturais de desenvolvimento, segundo a teoria freudiana em dois grupos: as pré-edípicas e as edípicas.

- As pré-edípicas: conteriam a perda do útero pela separação no nascimento; a perda do narcisismo, para as relações objetais; a perda do amor do objeto, pelo abandono; perda da mão como objeto, pela masturbação; a perda do pênis, pelo complexo de castração;

- As edípicas: a perda da mãe (ou pai) como objeto amoroso, na resolução do complexo edípico; a perda do amor do superego, feita pelas acusações superegóicas; e a perda do amor de si mesmo, no caso da melancolia.

FREUD, em 'Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise' (1976o), seu último trabalho sobre a teoria da angústia, retoma a questão postulada em (1976n) _ quando centraliza a questão da angústia em torno do ego e da condição deste de suportar as demandas pulsionais, superegóicas e(ou) ambientais – e afirma:

O perigo de perda de um objeto (ou perda do amor) ajusta-se à falta de suficiência dos primeiros anos da infância.... ..Muitas pessoas são incapazes de superar o temor da perda do amor de outras pessoas, e nesse aspecto, comportam-se como crianças...

Neste momento, FREUD afirma que, além dos conflitos internos (preservação e sexualidade e(ou) vida e morte), além do superego (moralidade, escolhas, temor pela perda do amor de outras pessoas e de si mesmo), além das experiências de perdas ou até mesmo de separações, as demandas da realidade tais como a civilização, a cultura, a sociabilização, e outras, mobilizariam e remontariam o indivíduo às experiências de desamparo psíquico.

Além dessas condições, quando o indivíduo se sentir incapaz e imaturo para tolerar e(ou) superar qualquer tipo de perda, exigência e separação - em virtude da imaturidade egóica para elaborá-las e acionar defesas contra a angústia e(ou) por haver uma estrutura egóica frágil incapaz de tolerá-las - este evento atual, poderia remontá-lo às experiências de desamparo psíquico sofrido na primeira infância e às ansiedades pré-edípicas.

A partir de 1920, FREUD formulou um outro tipo de conflito intrapsíquico, além do conflito entre preservação e sexualidade mantidos até então, que estaria na base e nortearia a estrutura e o desenvolvimento do aparelho psíquico, e que seria também responsável pela geração de angústia: o conflito inato entre as pulsões de morte e as pulsões de vida.

Esta noção remete-nos a um modo de configuração e de concepção do psiquismo humano; de formação e organização da estrutura psíquica e de formação de sintomas; de condições a que esse psiquismo estaria submetido no decorrer de seu desenvolvimento; e de fatores componentes na etiologia da angústia, sob muitos aspectos, distintos de suas idéias mantidas até então.

Além das identificações e internalizações das figuras parentais, sob a forma de superego e dos perigos e perdas que geram conflitos, ameaças e perigos, a pulsão de morte seria outro fator importante com o qual o ego teria de lidar. Para FREUD (197611), a agressividade, a destrutividade, o abandono, os perigos e as perdas - dos objetos e do próprio ego - seriam oriundos também desta fonte.

Baseando-se nas idéias e do conceito de FREUD de pulsão de morte, temos a corrente de pensamento de MELANIE KLEIN, na qual observamos não haver alusão ao pânico como tal - como uma ansiedade ou angústia específica - mas visto como angústia decorrente (do ponto de vista estrutural) do conflito (ou de sua representação) dado pela pulsão de vida e pulsão de morte. Do ponto de vista técnico, o trabalho analítico proposto por esta corrente - para qualquer tipo de sintoma, incluindo o de angústia aguda e neurose - deveria se desenvolver da mesma forma.

1.3.3. O pânico sob o enfoque das ‘neuroses traumáticas’

FREUD (197611) relaciona o susto, “Schreck”, ao trauma e assim o descreve e define:

Descrevemos como traumáticas quaisquer excitações provindas de fora que sejam suficientemente poderosas para atravessar o escudo protetor. Parece-me que o conceito de trauma implica necessariamente numa conexão desse tipo com uma ruptura numa barreira sob outros aspectos eficaz contra estímulos. Um acontecimento como um trauma externo está destinado a provocar distúrbios em grande escala no funcionamento da energia do organismo e a colocar em movimento as medidas defensivas possíveis. Ao mesmo tempo, o princípio do prazer é momentaneamente posto fora de ação. Não há mais possibilidade de impedir que o aparelho mental seja inundado com grandes quantidades de estímulos; em vez disso, outro problema surge, o problema de dominar as quantidades de estímulo que irrompem, e de vinculá-las, no sentido psíquico a fim de que delas se possa desvencilhar.

Da forma como FREUD define o 'trauma', este pode ser entendido como referente à angústia automática, "Angtentwicklung", em função do fator surpresa, desconhecido e/ou não esperado _ pela não preparação para o perigo, por não ter sido possível ser dado o sinal de perigo", "Angstbereitschaft". Este seria provocado pela invasão de uma excitação intensa, que provocaria susto, pânico, "Schreck", desencadearia a angústia automática, "Angtentwicklung", e mobilizaria o indivíduo para se armar de defesas contra esta.

Para FREUD (1976l1), uma situação traumática, que mobilizaria o susto, "Schreck", seria aquela oriunda de uma excitação desprazerosa, suficientemente intensa e poderosa, para atravessar o escudo protetor do ego. Esta excitação geraria uma ruptura na barreira contra estímulos, fazendo com que o ego não consiga evitar que o aparelho psíquico seja invadido e inundado por quantidades de estímulos (instintivos e/ou externos). O ego ficaria impossibilitado também de vincular esses estímulos a quaisquer objetos (internos e/ou externos) e(ou) afetos, para poder desvencilhar-se da invasão.

A procedência dessas excitações pode ser externa, p. ex. um acidente, uma situação de perda, ou qualquer fator externo não esperado, insuportável e intenso. Porém, FREUD (1976l1) menciona que durante a análise de pessoas neuróticas _ que não passaram aparentemente por qualquer situação traumática _ podem-se encontrar sintomas e sonhos muito semelhantes aos de pessoas que passaram por eles, o que demonstraria a existência de traumas esquecidos na infância que estariam atuando ativamente como marcas traumáticas internas.

FREUD (1976l1), afirma, também, que uma experiência traumática pode ter várias origens, conotações e organizações, e relaciona o trauma tanto às neuroses atuais como às psiconeuroses. Entretanto, independentemente da procedência - externa ou interna da experiência traumática vivida pelas pessoas - haveria alguns pontos comuns, em termos de experiência psíquica.

- Um ponto comum seria o sentimento de excitação e desprazer que a experiência traumática proporcionaria.

- Outro ponto seria a medida de defesa possível, cabível e geralmente tomada pelas pessoas que passam por uma experiência traumática que seria a fuga das situações ou objetos que lhe proporcionaram a experiência.

- Apesar das tentativas de defesa e fuga, outro ponto em comum a estas pessoas, seriam os sonhos¹² e sintomas característicos, que apresentariam uma ‘fixação’ na situação e(ou) nos objetos em que a experiência traumática ocorreu. Esta fixação seria apresentada pela repetição das lembranças, dos sonhos e dos sintomas motores, mesmo que elas não estivessem interessadas, ou até mesmo estivessem tentando evitar pensar e fugir delas, que trariam a pessoa insistentemente de volta ao passado, e às experiências desprazerosas que proporcionaram o trauma.

FREUD (1976[1]) destaca que o trauma estaria sempre relacionado com o retorno da experiência traumática, e portanto, com a ‘compulsão à repetição’, sem elaboração. Com relação à repetição podemos entender o seguinte:

- Repetir, nesse sentido, não se referiria à repetição simbólica semelhante às neuroses de transferência, nas quais o paciente repetiria uma parte esquecida ou reprimida de sua vida. A repetição neste caso, daria-se-ia pelo retorno da própria experiência;

- A repetição também não teria a conotação de possibilidade de elaboração pela da repetição da experiência. A repetição em virtude do trauma, aconteceria sob a pressão de uma compulsão arranjada, determinada por experiências, como se nelas não fosse possível aprender nenhuma lição;

- A repetição traumática não teria o sentido de obter satisfação ou ganho secundário visto que as experiências traumáticas não proporcionariam prazer ou satisfação, mas ao contrário, estas experiências conduziriam o indivíduo ao desprazer e cada repetição fortaleceria o estado de sofrimento e desprazer que a lembrança da experiência traumática proporcionaria.

¹² FREUD (1920) afirma inclusive que os sonhos de pessoas que passaram por experiências traumáticas seriam a única exceção à regra de que os sonhos seriam realizações de desejos.

Passar novamente pela experiência que gerou o trauma, funcionaria como estimulação, o que proporcionaria desprazer, dor, sofrimento e angústia. A fuga ou evitação das situações externas - experimentadas como traumáticas - não conteriam qualquer aspecto simbólico e(ou) substitutivo, não podendo portanto, serem entendidas como fóbicas. A fuga e a evitação seriam geralmente empreendidas, para evitar a estimulação e a repetição da experiência traumática.

Porém, existem outras possibilidades de abordarmos a questão do trauma, que podemos iniciar pelas idéias de FREUD (1976j2):

Nas neuroses traumáticas e de guerra, o ego humano defende-se de um perigo que o ameaça de fora ou que está incorporado a uma forma assumida pelo próprio ego. Nas neuroses de transferência, em época de paz, o inimigo do qual o ego se defende é na verdade, a libido, cujas exigências lhe parecem ameaçadoras. Em ambos os casos, o ego tem medo de ser prejudicado - no segundo caso pela libido, e no primeiro, pela violência externa. De fato, poder-se-ia dizer que, no caso das neuroses de guerra, em contraste com as neuroses traumáticas puras e de modo semelhante as neuroses transferência, o que é temido é, não obstante, um inimigo interno.

Assim, as neuroses traumáticas poderiam ser desencadeadas também por um processo psiconeurótico relacionado com o desenvolvimento da pulsionalidade e com os desejos. Neste caso, a qualidade da angústia subjacente seria neurótica, "Neurotische Angst", por estar relacionada com as representações, com os objetos, ao processo secundário, ao ego e a suas defesas. FREUD (1976l1) deixa clara essa posição quando afirma:

No caso das neuroses traumáticas em tempos de paz ou neuroses traumáticas comuns, duas características surgem proeminentemente: primeira que o ônus principal de sua causação parece repousar no fator surpresa, do susto e segunda, que um ferimento ou dano infligidos simultaneamente operam, via de regra, contra o desenvolvimento da neurose. 'Susto', 'medo', e ansiedade ("Schreck", "Furcht" e "Angst") são palavras inapropriadamente empregadas como expressões sinônimas; são, de fato, capazes de uma distinção clara em sua relação com o perigo. A 'ansiedade' descreve um estado particular de esperar pelo perigo ou preparar-se para ele, ainda que possa ser desconhecido. O 'medo' exige um objeto definido de que se tenha terror. 'Susto' contudo, é o nome que damos ao estado em que alguém fica, quando entrou em perigo sem estar preparado para ele, dando-se ênfase ao fator surpresa.

Desta forma, podemos entender que o susto, “Schreck”, estaria relacionado ao fator surpresa e às neuroses traumáticas, ao passo que o medo, “Furcht” estaria ligado a um processo subjacente às neuroses de transferência. Mas podemos entender também que a sobreposição entre um evento atual e um processo psiconeurótico subjacente poderia gerar surpresa, susto e o desencadeamento de uma neurose traumática.

Assim, podemos pensar que o pânico, “Schreck”, assim como o trauma, poderiam ser oriundos de um processo interno psiconeurótico, sem que nenhum acontecimento ou situação externa insuportável tenha ocorrido. Além disso, estes poderiam estar relacionados com a atividade instintiva, e não à pulsionalidade, por não ter sido possível ser feito representações, crivos ou escudos protetores para evitar invasões.

Para melhor compreensão do sentimento de susto, “Schreck”, do desencadeamento da angústia automática, “Angstentwicklung”, e do desenvolvimento das neuroses traumáticas do ponto de vista interno, podemos abordá-los sob os aspectos econômico, topográfico, dinâmico, instintivo, pulsional e até mesmo estrutural. Para maior esclarecimento do desenvolvimento dessas idéias creio ser necessário primeiramente estabelecer uma discriminação entre os conceitos de instinto e pulsão¹³.

Primeiramente podemos encontrar o conceito de instinto, “Trieb” ou “Instinkt” nos seguintes trabalhos na obra de FREUD: em ‘Três ensaios sobre a teoria da sexualidade’ (1976e3); em ‘O caso Schreber’ (1976g1); em ‘Os Instintos e suas Vicissitudes’ (1976h3); em ‘Repressão’ (1976h4). Nestes trabalhos o autor os conceitua da seguinte forma: ‘o instinto é um conceito situado entre o mental e o somático’... ‘o representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e invadem a mente’. FREUD (1976i1), em ‘Além do Princípio do Prazer’, conceitua os instintos sob um aspecto econômico, ligados inclusive à condição natural e animal dos seres humanos, como uma ‘quantidade de excitação presente na mente, mas que não se encontra de maneira alguma vinculada’.

¹³Esta não é uma tarefa fácil pois o próprio FREUD utilizava a palavra “Trieb, ou “Instinkt” para representar muitas vezes ambos conceitos: instinto e pulsão. Além da indiscriminação dos termos feito por FREUD, podemos encontrar na literatura traduções indiscriminadas do uso destes. Do alemão para o inglês, encontramos as traduções das palavras “Trieb” e “Instinkt” como “Instinct” e(ou) “Drive”. Do inglês para o português igualmente, pois ora estes são traduzidos por instinto ora por pulsão. Na versão em português da “Standard Edition”, nas primeiras edições, podemos encontrar na maioria dos textos a palavra instinto, e nas últimas, exatamente onde constava instinto, este aparece como pulsão. No entanto, a discriminação deste conceito é muito importante e útil para o propósito deste trabalho e dos argumentos que faço neste momento.

Neste sentido, podemos entender que os instintos seriam inconscientes, não teriam uma representação na vida psíquica e gerariam um ato espontâneo, sem intencionalidade ou propósito. Os instintos apenas exigiriam satisfação imediata, manifestada por meio das forças que se originariam no interior do corpo, o excitariam e transmitiriam sensação de desprazer ao aparelho psíquico. Esta condição é conceituada por FREUD (1976d), como ‘processo primário’.

Para a obtenção do prazer seria necessária a descarga desta excitação. Para tanto, seria necessária a vinculação desta força a um objeto. A vinculação das cargas afetivas instintivas ao objeto seria uma modalidade de expressão e representação dos instintos, ou seja, uma pulsão e(ou) um desejo.

Podemos encontrar a discriminação entre os conceitos de instinto e pulsão feita por FREUD em ‘Repressão’ (1976h4). Neste trabalho o autor leva em conta o aspecto de representação presente na pulsão e a distinção é feita entre os termos "Trieb" e "Triebreprasentanz" em que este último refere-se ao representante ideacional, ou representante instintual, definido como ‘uma idéia ou grupo de idéias que é catexizada com uma quota definida de energia psíquica (libido, interesse) proveniente de um instinto’.

Assim, teríamos a definição de um processo primário, em que toda energia da qual o aparelho psíquico se abasteceria, seria originária de seus impulsos instintuais inatos (libido), que promoveria uma excitação física e a busca de objetos para sua descarga e satisfação. O decréscimo e o aumento de excitação estariam ligados aos sentimentos de prazer e desprazer, respectivamente.

O que estaria ligado às idéias, representações e às modalidades de satisfação ou frustração, dos impulsos instintivos ou da libido, seriam as pulsões. Neste caso, as pulsões atuariam com finalidade de satisfação, e estariam ligadas a um representante, “Triebreprasentanz”, ou seja, a um ‘processo secundário’.

Do ponto de vista topográfico, o sistema Pcpt-Cs (Percepto-Consciente, ou Pré-Consciente) funcionaria como intermediador e faria o processo secundário de representação, intermediação, simbolização. Este sistema seria responsável por realizar a

passagem do sistema Incs (Inconsciente) para o sistema Cs (Consciente), que seria feita pela representação da excitação da libido, pelos objetos, mediante os quais, também se obteria a satisfação dos instintos sexuais.

FREUD (1976l1), afirma que no caso das experiências traumáticas de origem interna, 'a consciência surge ao invés de um traço de memória'. Isto significa que uma excitação dada pelos instintos no sistema Incs faria a passagem para o sistema Cs sem a intermediação do sistema Pcpt-Cs. Sem este crivo e escudo, sem a possibilidade de representação e simbolização, as excitações instintivas inconscientes tornar-se-iam conscientes de uma forma invasiva, o que poderia ser experimento um trauma e(ou) proporcionaria um escoamento de libido pelos sintomas físicos e motores. Isto deflagraria também, susto e pânico.

Dada uma falha no sistema Pcpt-Cs, o inconsciente invadiria a consciência, proporcionando uma inundação do aparelho psíquico por energia sem representação, o que deixaria marcas emocionais (não mnêmicas por não terem representação) traumáticas no psiquismo. Essas marcas seriam traços excitatórios, ligados aos instintos (e não às pulsões) e ao sistema Incs que embora não representadas, deixariam traços importantes atrás de si que se transformariam em permanentes por formarem os fundamentos da memória. FREUD (1976l1) afirma que na verdade, e com frequência, esses traços 'são mais poderosos e permanentes exatamente porque deixam atrás de si um processo que nunca penetrou na consciência'.

Do ponto de vista dinâmico, o ego (formado ou em formação), pelo seu contato com a realidade e em virtude de seu caráter de representação e defesa, seria a instância responsável pela 'administração' e 'regulação' dos aspectos instintivos do Id, e da libido, de acordo com as demandas da realidade para obtenção de prazer ou diminuição do desprazer. A organização instintiva, por sua vinculação da excitação inconsciente com os objetos da realidade, estaria relacionada ao processo secundário, às pulsões e aos desejos.

O ego seria norteado e constantemente invadido pelo processo primário, dos instintos sexuais, que exigiriam satisfação. A intensidade desta excitação instintiva dependeria tanto do potencial herdado, como do acúmulo de libido pela não-satisfação

desta. Como a tendência do aparelho psíquico seria sempre manter a condição de prazer, os instintos de auto-preservação do ego, funcionariam como escudos protetores do psiquismo para escoar o excesso de excitação, que poderia gerar desprazer, invasão ou até mesmo trauma.

Essa regulação do escoamento da libido seria feita pelo ego, pela representação e fornecimento de objetos, o que proporcionaria escoamento e satisfação da libido, o estabelecimento ou o restabelecimento da condição de equilíbrio e de prazer, como também evitaria a invasão instintiva e o trauma. Com isto, podemos entender que FREUD também relacionou as experiências internas traumáticas ao ‘processo não controlado’, ligado à atividade e à invasão instintiva e ao processo primário e primitivo da mente.

Em resumo, podemos entender que, para FREUD, além dos fatores externos e acontecimentos atuais, e os aspectos relacionados às psiconeuroses, o susto, “Schreck”, pode ser desencadeado pela angústia automática, “Angstenwicklung”, e relacionado à invasão por ‘tudo’ (ou por Pã), ligada aos aspectos instintivos, primários, corporais e sem representação, e também a um processo externo atual evocativo dessas marcas internas.

Deste modo, podemos concluir que uma experiência traumática pode desencadear uma psicose traumática por alguns motivos:

- Em virtude da repetição compulsiva da experiência traumática no presente, quer por lembranças, quer pelas sensações, tanto em vigília como em sonhos, ao invés de simplesmente recordá-la, como algo pertencente ao passado.
- Uma experiência atual poderia ser experimentada como traumática, por poder ser remontada e também evocar, experiências remotas primitivas, e/ou traumáticas internas, cf. aspectos descritos anteriormente com relação à ‘angústia ante um perigo real’, “Realangst”.
- Uma pessoa poderia desenvolver sintomas neuróticos secundários na tentativa de fuga ou evitação das situações, experiências e(ou) marcas internas deixadas pela experiência traumática.

Podemos relacionar alguns fatores que proporcionariam invasões traumáticas:

- A experiência de uma situação externa inesperada e invasiva.
- A pressão por parte dos instintos que exigem satisfação.
- Por não ter sido possível para o ego, representar a atividade instintiva por meio da eleição de objetos para sua satisfação e escoamento da libido.
- Por não ser possível dar o sinal de perigo para o ego lançar mão de defesas para evitar a invasão.
- Pela demora de satisfação instintiva, pois o prazer obtido e mantido pelos instintos do ego, nem sempre são imediatos como as exigências de satisfação da atividade instintiva sexual. Além disto, muitas vezes, a satisfação dos instintos do ego é conseguida pela repressão dos instintos sexuais, o que pode gerar um acúmulo de libido.
- Pela percepção de algo externo e atual - 'angústia ante um perigo real', "Realangst" - aparentemente banal, que excitaria ou evocaria marcas internas, deixadas por uma invasão instintiva não representada, num momento primário do desenvolvimento psíquico.

Porém, tanto do ponto de vista das situações invasivas e traumáticas de procedência externa, como as situações invasivas e traumáticas de procedência interna, o trauma, assim como o susto e o deflagração do pânico, não teriam em sua dinâmica a frustração, pois esta poderia colaborar com a formação e desenvolvimento da estrutura egóica pelo acionamento de defesas.

No caso do trauma, o ego seria invadido pelas excitações (da libido ou externas) intensas demais e este sucumbiria por não conseguir suportá-las, administrá-las, nem se defender das pressões exercidas por estas experiências, independentemente de sua origem (interna ou externa).

1.3.4. Pânico como processo oriundo do ‘desamparo psíquico’

A compreensão do pânico experimentado na idade adulta (ou na adolescência), como decorrente da condição humana de desamparo, “Hilflosigkeit, ligada ao narcisismo primário, no qual o princípio de realidade e o processo de desenvolvimento da libido ainda não estariam suficientemente estabelecidos em função da dependência e fragilidade do ser humano no nascimento, pode ser entendido primeiramente pelas idéias de FREUD.

Segundo FREUD (1976j1) em seu artigo ‘O Estranho’, os impulsos instintivos sexuais suscitariam no lactente sentimentos de morte. Em função dos instintos de preservação e conservação, seriam mobilizados mecanismos, que dariam a ele a sensação de proteção e segurança contra os aspectos de solidão e desamparo, no momento em que os sentimentos de morte fossem mobilizados.

Um mecanismo desse tipo FREUD (1976j1) atribuiu a um fenômeno que chamou de ‘duplo’, ‘que aparece em todas as formas e em todos os graus de desenvolvimento’. O duplo para FREUD, não teria o aspecto de desenvolvimento libidinal, mas de defesa contra o desamparo psíquico primário, e garantia contra ‘o poder da morte. O duplo seria mais primitivo e estrutural que o ego por ser concebido em uma época remota do desenvolvimento psíquico.

A idéia do “duplo” foi abordado, segundo FREUD (1976j1), por OTTO RANK, que o relacionou com ‘reflexos em espelhos, com sombras, com a crença na alma, e com o medo da morte’. A idéia do duplo estaria, segundo RANK, intimamente ligada ao narcisismo primário, como ‘segurança contra a destruição do ego’. FREUD (1976j1) afirma:

...O duplo ou é marcado pelo fato de que o sujeito identifica-se com outra pessoa, de tal forma que fica em dúvida sobre quem é o seu eu (self), ou substitui o seu próprio eu (self) por um estranho. Em outras palavras, há uma duplicação, divisão e intercâmbio do eu (self)... ...A idéia do duplo não desaparece necessariamente ao passar o narcisismo primário, pois pode receber novo significado dos estádios posteriores do desenvolvimento do ego. Forma-se ali, lentamente, uma atividade especial, que consegue resistir ao resto do ego, que tem a função de observar e criticar o eu (self) e de exercer uma censura dentro da mente, e da qual tomamos conhecimento como nossa ‘consciência’...

A formação do EU¹⁴, para FREUD, poderia também ser adquirida por meio de identificações, que seriam fundamentais para a formação da estrutura psíquica, e para a organização egóica, pois teriam a função de segurança e proteção do ego contra o desamparo psíquico para favorecer seu desenvolvimento. Estas identificações transformar-se-iam também em conteúdos superegóicos de proteção.

Além de se transformarem em conteúdos egóicos e superegóicos de proteção, estas 'formações' também teriam a função de amedrontar, aterrorizar, observar e criticar. Em primeiro lugar porque estas seriam oriundas e de um momento infantil e remoto, em termos de desenvolvimento psíquico, e seriam utilizadas para proteger o ego primitivo, neste momento. Porém, quando não fossem mais necessárias, estas poderiam permanecer intactas, aglutinadas, congeladas e apartadas do restante do psiquismo, e sendo assim se transformariam em elementos 'corpos estranhos'.

Em segundo lugar, porque estas 'formações' poderiam ser acionadas e(ou) evocadas, a qualquer momento da vida - ante a qualquer elemento evocativo atual ("Realangst"). Quando evocadas, estas se apresentariam com um sentido de estranheza, o que poderia gerar susto, "Schreck", terror, e até mesmo proporcionar uma experiência de angústia automática, "Angtentwicklung", aguda e traumática interna nos mesmos moldes que uma situação externa invasiva, e(ou) interna instintiva, o que fariam com que estas perdessem sua função original de proteção.

Desta forma, podemos entender que os conteúdos do EU seriam formados por identificações, que teriam a função de proteção contra o desamparo psíquico primário, mas que se manteriam à parte do psiquismo quando não mais fossem necessários. Ao serem revividos posteriormente, por evocação, podendo nesta ocasião provocar uma resposta espontânea de medo e de susto, o que poderia favorecer o desenvolvimento de uma psicose.

¹⁴ FREUD em "O Estranho", apresenta uma discriminação entre conteúdos infantis, relacionados com identificações e fantasias oriundos no narcisismo primário, que formariam o EU, com conteúdos egóicos, relacionados com a relação de objetos. A idéia de EU sofre uma transformação importante em FREUD. Mais tarde, FREUD em "Ego e o Id", desenvolveu a idéia de que essas identificações formariam o Ideal de Ego, instância precursora do superego. Estando relacionadas aos aspectos de proteção do ego, o EU teria a função de segurança contra o desamparo psíquico. Relacionado à idéia de Ideal de Ego e superego, sua função seria a de censura e repressão.

1.3.4.1. O pânico sob o enfoque do desamparo psíquico segundo MARIO EDUARDO COSTA PEREIRA

COSTA-PEREIRA (1995) relacionou o pânico à noção freudiana de desamparo, "Hilflosigkeit". Baseando-se nas idéias de FREUD, para quem o desamparo é visto como a base fundamental, inicial e estrutural do funcionamento do aparato psíquico, este autor amplia essa idéia para além das noções correntes desse conceito, ou seja, além de um simples fato biológico relacionado com as condições iniciais do bebê com relação à vida, ou até mesmo de uma condição decorrente de um acidente traumático.

Este autor compreende o desamparo como uma fragilidade e precariedade da linguagem, por não ter sido possível providenciar bases estáveis e sólidas para a organização do mundo simbólico. Assim, entende que o pânico não poderia ser concebido como pura disfunção libidinal, mas este representaria um esforço pré-simbólico, para dar conta da experiência de morte.

O estabelecimento da antecipação da experiência de morte, no corpo, faria com que o indivíduo tentasse eliminar o caráter inatingível da morte. Na forma de experiência atual, na idade adulta, (no segundo momento, portanto) o psiquismo tentaria uma forma de representação, na fantasia, da sua condição de desamparo. A ocorrência do pânico, então, confirmaria o reconhecimento do indivíduo da dimensão fundamental de desamparo, que determinaria seu funcionamento psíquico.

*

1.3.4.2. O pânico sob o enfoque do desamparo psíquico segundo JEAN LAPLANCHE

A relação entre a 'angústia ante um perigo real', "Realangst", e a angústia automática, "Angtentwicklung", à condição de desamparo psíquico vivida pelo indivíduo, ainda lactente, que poderia ser responsável por deflagrar e atualizar essa experiência na idade adulta, pode ser encontrada também nas idéias de LAPLANCHE (1993) quando afirma:

...Como fenômeno automático e como sinal de alarme, a angústia deve ser considerada como um produto do estado de desamparo psíquico do lactente, que é evidentemente a contrapartida do seu estado de desamparo biológico. A angústia é uma resposta espontânea do organismo a essa situação traumática ou à sua reprodução.

Sendo assim, podemos entender que o sentimento de pânico vivido na idade adulta seria decorrente de um processo psiconeurótico, e não atual segundo a idéia de LAPLANCHE (1993):

...E, nesse aspecto, 'pânico', necessita da pesquisa de causas além de sua função. Diante de uma angústia, seja qual for sua motivação, que se desenvolve em pânico, temos todas as razões para procurar no inconsciente algo que tenha feito eco a esse pânico e que o motivou. Assim, toda angústia real, desde que se desenvolva, tem como suporte uma angústia neurótica.

De um modo mais abrangente, LAPLANCHE relaciona a 'tomada de pânico' no adulto, ao processo decorrente do desenvolvimento bifásico da libido - do desenvolvimento pré-sexual/sexual - separado pelo período de latência. Uma situação vivida numa etapa pré-sexual, definiria uma primeira experiência dessa situação. Esta mesma, ou outra situação vivida em outra fase - sexual portanto - poderia redimensionar essa primeira experiência. Desta forma, os conteúdos não sexuais, poderiam ser redimensionados depois, em outra fase sexual. Além disso, os conteúdos não elaborados suficientemente no primeiro momento do desenvolvimento da libido, quando retomados na puberdade, poderiam nesta oportunidade redimensionar o fenômeno, deflagrar o susto, gerar a 'tomada de pânico' e proporcionar a experiência traumática. LAPLANCHE (1993) assim descreve este processo:

Houve justamente dois tempos e, no entanto, um dos dois não pode atuar como sinal para o outro. Não houve constituição de uma montagem defensiva mais ou menos racional, mais ou menos controlada; o que houve foi uma tomada do ego pelas costas, submersão, susto, 'tomada de pânico'.

Assim, os dois eventos, separados por um momento de fase, proporcionariam uma sobreposição de compreensão e um redimensionamento da experiência, podendo assim, gerar susto, "Schreck", mas também e principalmente trauma, estando o elemento traumático relacionado a um fator de origem interna, ou seja, auto-traumático.

Desta forma, podemos compreender que LAPLANCHE relaciona o pânico às psiconeuroses traumáticas, mais especificamente a elementos ‘auto-traumáticos’, que sendo experimentados em dois momentos distintos poderiam por si mesmo deflagrar susto e trauma. Estes primeiros elementos seriam oriundos do desamparo psíquico primário e(ou) das experiências vividas durante as fases pré-sexuais de desenvolvimento da libido, e os demais, poderiam ser quaisquer situações e/ou objetos que remontassem e(ou) redimensionassem os primeiros.

1.3.4.3. O pânico sob o enfoque do desamparo psíquico segundo D.W.WINNICOTT

D.W. WINNICOTT (1994b), apresenta-nos uma teoria sobre o pânico relacionando-o também às neuroses traumáticas e ao desamparo psíquico primário, que denominou ‘medo do colapso’, “Breakdown fear”.

O ‘colapso’, “Breakdown”, na vida adulta, segundo esse autor, seria na verdade ‘o medo de um colapso que já foi experienciado’, quando o lactente ainda se encontrava em uma condição de dependência absoluta de provisões ambientais (físicas e emocionais). Para este autor, esta dependência existiria, pois o lactente não teria desde o princípio um aparelho psíquico desenvolvido o bastante, nem organização egóica suficiente para perceber e representar suas necessidades e experiências.

Em virtude do fracasso ambiental em suprir as necessidades afetivas do lactente no início de sua existência, este estaria sujeito a experiências oriundas de sua condição de desamparo psíquico primário, durante a organização de seu EU (self), (e não do ego), o que proporcionaria marcas traumáticas não representadas. O ego, que se organizaria com base na organização de um EU (self), iniciaria sua formação por meio de defesas (primitivas), para evitar a desintegração psíquica. Em função destas defesas, uma organização egóica poderia se constituir. Porém, esta seria deturpada, em termos de estruturação, desde o início de sua formação.

Para WINNICOTT (1994b), o colapso não se refere a uma psicose nem a uma desorganização egóica, pois, ao contrário, existiria uma organização egóica e defensiva, contra o fracasso ambiental primário, que geralmente foi bem sucedida. Teríamos, no entanto, uma situação paradoxal: ao mesmo tempo que esta organização defensiva contra marcas traumáticas proporciona um desenvolvimento egóico, seriam exatamente essas defesas que dariam o caráter de ‘síndrome de doença’.

O ‘colapso’ foi descrito por WINNICOTT (1994b) como ‘o impensável estado de coisas subjacente à organização defensiva’ e também como ‘o fracasso de uma organização defensiva’. O colapso conteria dois momentos: um primeiro, quando acontece uma experiência traumática primitiva, um ‘impensável estado de coisas’, proporcionado pelas falhas ambientais. O lactente organizaria defesas contra esta experiência. O segundo, aconteceria na idade adulta, com o fracasso dessa organização defensiva, que evocaria esse ‘impensável estado de coisas’.

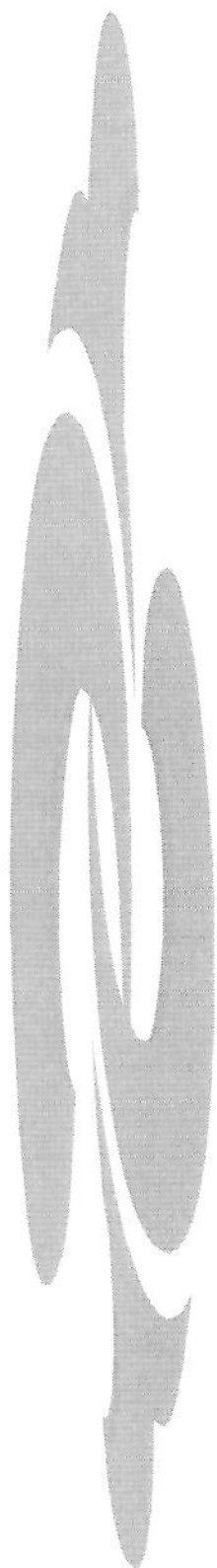
Segundo WINNICOTT (1994b), o paciente adulto não poderia ‘lembrar’ a origem desta experiência atual, mas ‘a única maneira de lembrar’, neste caso, é o paciente vivenciar esta coisa passada pela primeira vez no presente para poder, então, representá-la. Desta forma, o colapso seria ao mesmo tempo temido porque teria sido avassalador no passo, mas buscado no futuro porque esta seria uma forma de representá-lo, compreendê-lo e elaborá-lo.

Pelas idéias desse autor, podemos entender que este tem uma concepção distinta (segundo alguns autores), e(ou) até mesmo complementar (segundo outros autores), pelo menos no que abrange os estágios iniciais de organização e funcionamento do aparelho psíquico. Neste sentido, considera o desencadeamento do pânico atual, na idade adulta, como um processo paradoxal e qualitativamente distinto dos demais quadros de angústia propostos por outras correntes psicanalíticas.

A originalidade de suas idéias e a forma como aborda o pânico contêm a compreensão da organização de um EU (self), que seria distinto e anterior à formação e à organização do ego e do aparelho psíquico; a importância e a interferência assim como a dependência que um lactente teria do mundo externo; o tipo de ‘necessidades’ que este teria

no momento inicial da vida para a formação do mundo interno e para a discriminação do externo; o tipo de 'ansiedade' a que o lactente estaria submetido nos seus primórdios de vida; e sobre os sentidos e significados possíveis que teriam os 'sintomas psicológicos'. Estas distinções acabam, sem dúvida, abrangendo intervenções técnicas distintas, pelo menos no que se refere aos conteúdos e à psicopatologia oriunda dessa etapa inicial.

Entendendo esses conceitos como fundamentais para a compreensão do 'colapso' das defesas e do surgimento do pânico na idade adulta, a seguir estão contidas algumas sistematizações de suas idéias e de outros autores sobre o desenvolvimento emocional primitivo que embasaram as idéias da autora sobre o pânico.



CAPÍTULO 2: O enfoque teórico da pesquisa

2.1. O DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL SEGUNDO D.W.WINNICOTT E AUTORES DO MIDDLE GROUP

As aquisições primárias

O EU (self) e o Ego

WINNICOTT(1990d) afirma que, ao nascer, o bebê possuiria um EU (self) central ou verdadeiro, 'que pode ser considerado como o potencial herdado que está experimentando a continuidade da existência e adquirindo, à sua maneira e em seu passo, uma realidade psíquica pessoal e o esquema corporal pessoal.'

Este verdadeiro EU (self) possui uma organização que pode ser entendida como uma identidade primária, anterior à concepção de si mesmo, do ambiente, de qualquer relação sujeito/objeto e com a realidade, e a toda e qualquer organização e condição egóica de representação e defesa, como afirma WINNICOTT (1990i):

O self verdadeiro provém da vitalidade dos tecidos corporais e da atuação das funções do corpo, incluindo a ação do coração e a respiração. Está intimamente ligado à idéia de processo primário e é de início, essencialmente não reativo aos estímulos externos, mas primário.

BOLLAS (1992b) relaciona o conceito de potencial herdado - que estaria na base do EU (self) verdadeiro, com o de inconsciente primário de FREUD (1976h2) quando este entende que o inconsciente primário conteria 'impulsos somáticos que invadem a mente'¹, que se apresentariam como um ato espontâneo, sem intencionalidade ou propósito.

BOLLAS (1992b) relaciona também o conceito de EU (self) verdadeiro com o conceito de inconsciente reprimido primário de FREUD (1976h2), quando este compreende que os conteúdos do inconsciente reprimido primário teriam um núcleo, em virtude da organização dos instintos primários, e que esta organização dar-se-iam pelo sistema consciente e pré consciente para manter os impulsos assim como as idéias sob repressão.

¹ Os termos "Instinkt" e "Trieb" são traduzidos para o inglês como "instinct". Segundo nota do editor inglês da Edição Standard, FREUD geralmente utiliza estes termos sem discriminação. Porém, em 1915, FREUD faz a distinção entre os termos "Trieb" e "Triebreprasentanz", onde este último, refere-se ao representante ideacional, ou representante instintual, ou seja "à uma idéia, ou grupo de idéias que é catexizada com uma quota definida de energia psíquica (libido, interesse) proveniente de um instinto."

BOLLAS (1992b), entende que o EU (self) verdadeiro estaria ligado ao processo de inconsciente primário dos instintos e não de representações mentais, pois este faria parte de um potencial herdado e seria anterior a qualquer tipo de organização e representação fornecida pela relação com o mundo real. Entende, porém, que o EU (self) verdadeiro teria uma organização intrínseca - como no caso do conceito de inconsciente reprimido primário de FREUD (1976h2,1976h4) - não no sentido de representações mentais e/ou de repressão, mas como uma forma específica, original e característica em termos econômicos e de funcionamento.

Para WINNICOTT (1993a), a atividade e a espontaneidade muscular do feto e do recém-nascido seriam as provas das manifestações da existência deste núcleo de personalidade, no qual estariam contida a identidade e o potencial hereditário primário de seu EU (self) verdadeiro. Após o nascimento, haveria estimulações externas (do meio ambiente) e internas (da atividade instintiva), embora não fossem discriminadas como tais a princípio. Sobre este núcleo de personalidade, é que todas as experiências e sensações de excitação e repouso, relacionadas com as atividades motoras, internas (instintivas) e externas (do ambiente) emanariam, convergiriam e se aglutinariam.

WINNICOTT (1988,1990b,1990i,1993a,1993d,1993h,1994f) afirma que pelo desenvolvimento de uma gradual condição de aguardar as satisfações e de se recuperar dos excessos de estimulações, o bebê iniciaria a apropriação de seu EU (self) verdadeiro, de seu modo de ser e de sua identidade intrínseca. Com isso, ele passaria a desenvolver condições para discriminar 'a realidade psíquica' da realidade na qual está inserido, e a desenvolver as primeiras relações objetais relacionadas com representações, pulsionalidade, idéias e pensamentos. Isto proporcionaria um sentido de organização, de existência e de 'continuidade de existência' ("continue-on-being") à criança, o que daria início à formação e desenvolvimento do ego.

WINNICOTT (1990b,1990d,1990i), entende como FREUD (1976h3,1976m1) que o ego formado (ou em formação) estaria relacionado com as pulsões - que teriam objetivo, objeto e finalidade de satisfação que se ligariam a um representante, "Triebrerepresentanz" - armazenaria lembranças e seria responsável pelo acionamento de defesas e relação com os objetos. Porém, WINNICOTT (1990b) afirma:

Nos estágios mais precoces do desenvolvimento da criança, o funcionamento do ego deve ser considerado um conceito inseparável daquele da existência da criança como pessoa. Que vida instintiva possa existir sem conexão com o funcionamento do ego, porque a criança ainda não é uma entidade viva que tenha experiência. Não há id antes do ego... Assim, não faz sentido usar a palavra 'id' para fenômenos que não são registrados, catalogados, vivenciados e eventualmente interpretados pelo funcionamento do ego.

WINNICOTT (1990b) acrescenta que o ego estaria norteado pela organização primária instintiva, oriunda do EU (self) verdadeiro e suas potencialidades, pois no desenvolvimento inicial de um bebê, 'podemos fazer referência a pulsões somente com relação ao desenvolvimento do ego e não do EU (self)', e compreender que as experiências egóicas só fazem sentido quando são sentidas como fazendo parte de um EU (self). Assim, a organização egóica do bebê evoluiria para um estado, no qual as exigências do id seriam sentidas como parte do EU (Self).

Deste modo, podemos entender que o EU (self) não é ego, e sua organização dar-se-ia antes mesmo da formação e organização egóica. O EU (self) verdadeiro contribuiria e seria responsável pela relação do sujeito primeiramente consigo mesmo e com sua 'existência como pessoa' e a partir daí contribuiria para a formação e para a organização (ou até mesmo para a desorganização) das atividades pulsionais e egóicas e a relação com os objetos.

A importância do meio ambiente para a introdução do Princípio da Realidade

WINNICOTT (1990i) afirma que o ponto central, de onde partiria toda a organização e desenvolvimento psíquico do bebê, aconteceria em torno da mãe (objeto e ambiente)². Ao longo de sua obra, WINNICOTT reafirma que o lactente não teria, desde o princípio, uma condição de desenvolvimento capaz de suportar seus impulsos e adaptar-se à

²WINNICOTT (1990b) discrimina a mãe-objeto da mãe ambiente, afirmando o seguinte: '...Parece possível empregar estas expressões 'mãe-objeto' e 'mãe ambiente' neste contexto, para descrever a tremenda diferença que existe para o lactente entre dois aspectos do cuidado do lactente. A mãe como objeto, ou possuidora do objeto parcial que pode satisfazer as necessidades urgentes do lactente, e a mãe como pessoa que evita o imprevisto e que ativamente provê o cuidado de sustento e do manejo global. O que o lactente faz no ápice da tensão do id, e o uso que assim faz do objeto me parece muito diferente do uso que faz da mãe como parte do ambiente total.'

realidade; não haveria possibilidade de seu potencial hereditário e constitucional atualizar-se; nem seria possível para ele constituir-se em um EU, tornar-se uma pessoa. Sua condição e organização egóica não poderiam desenvolver-se satisfatoriamente, sem o meio ambiente e os cuidados maternos. Isto porque, durante o narcisismo primário, ele estaria em fusão total com o meio ambiente, haja vista sua condição inicial de fragilidade e dependência absoluta e extrema de provisões ambientais.

Para WINNICOTT (1975e, 1975f, 1975a, 1988, 1990a, 1990b, 1990c, 1993b, 1993d, 1993f, 1993h, 1994b), as provisões ambientais necessárias para o início do desenvolvimento físico e emocional do bebê seriam feitas pela ‘função materna’³, que seria exercida pela presença ‘real’ e constante de uma ‘mãe suficientemente boa’ (“good-enough-mother”). Esta função não seria decorrente apenas de um papel, ou de uma condição biológica, mas seria exercida por ou uma ‘mãe devotada comum’ que funcionaria como ‘ambiente de apoio’⁴. Este apoio seria feito pela discriminação e pelo suprimento das necessidades (internas e externas) do bebê, enquanto este ainda não tivesse ego desenvolvido o suficiente para dominar os instintos e as pulsões, e o meio ambiente. WINNICOTT (1990d) assim a define:

A mãe suficientemente boa alimenta a onipotência do lactente e até certo ponto vê sentido nisso. E o faz repetidamente. Um self verdadeiro começa a ter vida, através da força dada ao fraco ego do lactente pela complementação pela mãe das expressões de onipotência do lactente.

Em outras palavras, a mãe forneceria um “setting”, no qual o bebê pode experimentar seu movimento espontâneo, as sensações, e as experiências decorrentes deste, para que suas potencialidades hereditárias possam se revelar, e suas tendências de desenvolvimento possam ter início. A mãe ‘emprestaria’ seu ego ao bebê e, identificada com ele, pode compreender como ele está se sentindo e quais são suas necessidades. Assim, ela pode providenciar as condições ambientais para supri-lo, na hora e no momento em que

³ Como ‘função materna’ podemos entender mulheres (e muitas vezes homens) capazes de se identificar, de se preocupar, de se dedicar e de se adaptar total e completamente às necessidades do bebê, dando a este condições para que suas potencialidades hereditárias possam se atualizar e se desenvolver.

⁴ O ‘ambiente de apoio’ abrangeria os ‘cuidados técnicos’ de provisão ambiental tais como: nutrição, higiene, vestuário, estimulações, etc., isto é, as satisfações corporais e biológicas, mas também e principalmente, os cuidados e provisões ‘afetivas e emocionais’ contidos na maneira e disponibilidade da mãe, de segurar o bebê em seus braços, e suprir suas necessidades afetivas.

ele necessitar de cuidados. Deste modo, a mãe funcionaria como ‘escudo protetor’ para o bebê, para evitar os excessos de estimulações proporcionadas pela atividade instintiva e também pelos estímulos oriundos da realidade, para que ele não tenha de acionar nenhum tipo de mecanismo para isto, pois as providências seriam tomadas pela mãe. Este exercício da função materna é definido por WINNICOTT (1993f) como ‘Preocupação Materna Primária’.

No conceito de ‘preocupação materna primária’, estão embutidas as idéias de união e dependência total; de ‘comunicação silenciosa’ entre mãe e bebê; de suporte e continência da mãe, para que o bebê possa exercer primeiramente sua onipotência e caminhar para sua independência pela da inserção gradual do Princípio da Realidade. ABADI (1994), situando o pensamento de WINNICOTT em contraponto à teoria das pulsões de FREUD (1976e3,1976g2), define a seguinte idéia:

WINNICOTT não se refere aos estímulos que inaugurando as zonas erógenas conduzirão ao princípio do prazer e à realidade. Se refere a um mais além do princípio do prazer no qual a função materna tem como meta primordial a de atender à necessidade de integração do self. Esta é outra necessidade que a necessidade biológica do que se ocupa FREUD. Nem passa por ele que a satisfação ou onipotência experimentada, se refere à experiência de satisfação perfeita, precisamente à necessidade de integração do self. Nisto não há falhas sem consequências’.

A união, à qual WINNICOTT (1975a) se refere, não trata daquela que pressupõe a existência de duas pessoas separadas. No início, segundo o autor, mãe e bebê não estão unidos, mas fundidos, pois um seria o outro, ou seja, ‘o bebê e o objeto são um’. Esta seria uma base, uma ‘identificação primária’, no qual tanto a identificação projetiva e introjetiva estariam fundidas.

WINNICOTT (1993f) diferencia a ‘preocupação materna primária’ do conceito de ‘relação simbiótica’ proposto por MAHLER (1993f), pois a ‘simbiose não faz mais do que comparar a relação entre mãe e bebê, a outros exemplos na vida animal e vegetal’. No estado de ‘preocupação materna primária’, estariam contidas as questões afetivas e psicológicas dessa relação. WINNICOTT (1993f) também o discrimina do conceito freudiano ‘anacrítico’, conforme desenvolvido por ANNA FREUD (1993f), pois entende que ‘a relação com a mãe, apesar de ser a primeira com outro ser humano, não é a primeira

relação do bebê com o meio ambiente'. Precede-a, segundo o autor, 'uma fase anterior, na qual não é o mundo dos objetos que desempenha o papel decisivo, mas sim as necessidades corporais e sua satisfação.'

Neste sentido, a 'preocupação materna primária' pode ser entendida também, como uma condição anterior ao que BION (1966) conceituou como "rêverie", pois dentro deste conceito, a continência e a comunicação da mãe com o bebê, já pressupõe uma possibilidade de projeção e introjeção nesta relação. Para WINNICOTT, os mecanismos de projeção e introjeção, seriam acionados posteriormente, quando houvesse possibilidade de discriminação de um EU e um não-EU.

A adaptação completa às necessidades do bebê traria a oportunidade para o exercício de sua onipotência, pois o seio estaria sob seu controle mágico, faria parte dele. Neste sentido, a onipotência não seria uma defesa, mas uma condição natural e absolutamente necessária. O exercício da onipotência proporcionaria o desenvolvimento de sua capacidade de imaginar, idealizar e criar seu mundo interno, mas também uma realidade dos objetos, correspondente à sua imaginação, o que facilitaria a integração de seus vários aspectos (corporais e psíquicos), e o estimularia para a inserção do princípio da realidade, pois pelo prazer proporcionado, o bebê sentiria a necessidade de buscar vida, como algo que vale a pena ser vivido.

Segundo WINNICOTT (1990b,1990i,1988), a força e o apoio da mãe, fornecidos ao ego fraco do bebê, propiciariam também, comunicação e contexto de confiança, segurança e continuidade de existência. Ao se adaptar, ao suprir as necessidades do bebê (tanto internas como externas) e ao dosar as estimulações de acordo com sua maturidade, a mãe proporcionaria um alívio de tensão e uma organização que facilitariam a elaboração da realidade de dentro e realidade de fora, que durante esta fase ainda não se encontrariam diferenciadas. Esta seria uma condição necessária para o desenvolvimento de um EU (Self) individual que começa a se desenvolver e uma capacidade de suportar estímulos e frustrações, que proporcionaria o início de sua organização egóica, de sua integração psicossomática e sua relação mundo interno e mundo externo. Isto se daria pelo do processo que WINNICOTT (1975b,1990d,1993d,1993e) compreendeu como 'ilusão' e 'desilusão'.

A ilusão é fornecida pelo suprimento e atendimento de todas as suas necessidades do bebê, pela adaptação da mãe a ele. Porém, o bebê deve também ser desiludido e separado da mãe, para iniciar seu contato com a realidade. A desilusão e a separação exigem uma facilitação por parte da mãe. Este processo não seria traumático, nem ansiogênico, desde que feito por um processo graduado pela mãe, de acordo com as necessidades e com o nível de desenvolvimento do bebê, e por acontecer 'dentro de uma estrutura de adaptação'.

A desadaptação e a desilusão gradativa seriam portanto, a mesma coisa que a introdução do princípio de realidade. Ela aconteceria juntamente com o desmame; com a recuperação da mãe do estado de 'preocupação materna primária' e com o amadurecimento neurológico do bebê. Com a passagem do estado de fusão para o de separação, e com a inserção do princípio de realidade, haveria 'descrença' na onipotência, que seria dada pelo teste de realidade, quando o bebê poderia explorar seu corpo e ter os primeiros contatos com os impulsos do id, como poderia também, descobrir e(ou) utilizar os objetos apresentados pela mãe, para sua satisfação. Sendo assim, ele poderia ir gradualmente se desiludindo de ser criador de todas as coisas, e descobrindo o funcionamento de seu corpo e do mundo dos objetos.

Pela desadaptação e pela desilusão, o bebê poderia, então, ter uma noção mais realística de si mesmo e do funcionamento da realidade, o que favoreceria o contato com suas necessidades corporais e com os objetos para sua satisfação, o surgimento de funções egóicas (o id transformar-se-ia em ego), a separação e a independência. Neste sentido, assim afirma WINNICOTT (1975a) :

Não há possibilidade alguma de um bebê progredir do princípio do prazer para o princípio de realidade ou no sentido, e para além dela, da identificação primária (ver FREUD, 1976m1) a menos que exista uma mãe suficientemente boa. A 'mãe' suficientemente boa (não necessariamente a própria mãe do bebê) é aquela que efetua uma adaptação ativa às necessidades do bebê, uma adaptação que diminui gradativamente, segundo a crescente capacidade deste em aquilatar o fracasso da adaptação e em tolerar os resultados da frustração.

Podemos entender que a possibilidade do bebê de se constituir como uma pessoa e de ser introduzido ao princípio da realidade, segundo WINNICOTT, dependeria de um meio ambiente adequado e facilitador, para que tanto os aspectos de EU como os aspectos de ego possam ser integrados e relacionados com aspectos internos e externos.

*

Os tipos de necessidades dos bebês, e as funções maternas necessárias para supri-las

WINNICOTT (1990h, 1990i, 1993b, 1993c, 1993d, 1993f,) discrimina e diferencia os tipos de ‘necessidades’ que os bebês teriam, para a formação e para a organização de sua condição psíquico. As necessidades instintivas e/ ou pulsionais seriam aquelas relacionadas ao impulsos do id, à sexualidade, à sobrevivência e aos desejos, que seriam mediados pelo ego, e responsáveis por sua organização e por seu desenvolvimento. O suprimimento destas necessidades pode ser feito pela mãe, pelos cuidados técnicos e mecânicos e pelo manejo de seu corpo, “handling”, nas trocas de roupa, no banho, nas mamadas e mais tarde no fornecimento de alimentação, saúde, escolas, cultura, etc.. Uma vez satisfeitas, estas proporcionariam prazer ligado à libido, à sexualidade pré e (ou) genital. Uma falha e(ou) frustração no suprimimento dessas necessidades, poderiam comprometer o desenvolvimento e a organização egóica, desencadear psicose neuroses “standard”, ansiedades e angústias.

Porém, para este autor, o bebê teria necessidades de outra procedência e outra ordem, das instintivas e pulsionais (fome, sede, sexo, etc..), que seriam anteriores ao exercício das funções egóicas de mediação e defesa, mas que contribuiriam para o início da organização egóica, pois elas existiriam desde o início, quando ainda não seria possível para um bebê registrar os acontecimentos à sua volta, pois o ego e o desenvolvimento psíquico ainda não estariam suficientes para tanto. Estas seriam as necessidades de provisões ambientais afetivas, de amor humano, como ser embalado, acariciado e contido nos braços da mãe, “holding”, que só podem ser satisfeitas pela relação de suporte materno afetivo e de amor, na fase do ‘viver com’, quando os dois ainda são um.

WINNICOTT (1988,1990i) define que o termo “holding”, não significa somente o ato de segurar fisicamente um lactente, mas por mio deste, a mãe pode ‘demonstrar ao lactente seu amor’, pois o bebê sentiria o aconchego de seu colo, seu cheiro, seu batimento cardíaco, seu acalento e tranqüilidade. O ‘holding’ também seria exercido pela atuação da mãe como ego auxiliar do bebê. Dosando as estimulações e excitações internas e(ou) externas, proporcionando alívio das tensões internas, e cuidando desta criança como um ser total e contínuo, a mãe não somente demonstraria seu amor, mas favoreceria sua integração corporal e psíquica, pela sensação de integração que esta condição oferece. Exercendo o “holding”, a mãe permite ao bebê a experiência de si mesmo, do EU (Self), de seu próprio corpo, o que proporciona, também, um contexto de comunicação, e um “setting” de segurança e confiança, para que o desenvolvimento de suas potencialidades hereditárias possam ter início.

Assim, podemos entender que, no desenvolvimento inicial do bebê, o que está sendo adquirido é o sentido de integração e existência, que possibilita sua constituição como um EU. Isto só pode ocorrer, através do apoio emocional oferecido pela mãe (objeto/ambiente), pelo exercício do “holding”, e pela satisfação de suas necessidades instintivas e pulsionais. O contexto de confiança, segurança e continuidade de existência física e emocional, oriundo do suprimento das necessidades pulsionais e afetivas, daria força a um ser frágil e imaturo, e proporcionaria, também, experiências e apreensões do mundo e de si mesmo para que sua existência como pessoa e sua organização egóica tenham início, como afirma WINNICOTT (1993a):

Sua formação depende de uma maternagem suficientemente boa, com o amor sendo expresso em termos físicos (que é a única forma pela qual ele pode ser inicialmente expresso). A mãe sustenta o bebê (no útero ou nos braços) e através do amor (identificado) sabe como se adaptar às necessidades do ego.

Segundo WINNICOTT (1988), apesar de não ter conhecimento desta comunicação, ‘o bebê registra seus efeitos através da confiança que ela lhe proporciona, ou a partir da falta de confiabilidade’. Deste modo, podemos entender que o holding transmitiria ao bebê, um contexto de segurança e confiança, e estabeleceria uma forma de comunicação entre ele e sua mãe de maneira silenciosa e sem representação.

BOLLAS (1992a) afirma que pela relação identificatória com seu bebê, a mãe forneceria ao filho 'cuidados ambiente-somáticos', que favoreceriam seu processo de existência como pessoa. O bebê, por sua vez, internalizaria junto com o leite, os cuidados afetivos maternos juntamente com o modo de ser da mãe. Sendo assim, a mãe funcionaria nesta relação, como um 'objeto transformacional de self', que seria, para o autor, a 'primeira estética humana', anterior à internalização das mensagens verbais. Posteriormente, com a descoberta da palavra o bebê expressaria o "self", ou 'como um lacaniano poderia afirmar, faria a descoberta do "self" pela palavra'. Mas, para BOLLAS (1992a), a mãe seria o primeiro mas não o único 'objeto transformacional de self'. Outras relações e situações surgiriam na vida do indivíduo que poderiam funcionar também, como transformadoras de EU (self).

Como esta primeira relação iniciar-se-ia antes que a mãe e seus cuidados pudessem ser representados mentalmente pelo bebê, como um OUTRO, o conteúdo destas experiências não seria representado, mas deixaria marcas psíquicas que BOLLAS (1992b) conceituou como um conteúdo 'conhecido-não-pensado'. As idéias contidas no conceito de 'conhecido-não-pensado' deste autor, refere-se à possibilidade de existir um arsenal mnêmico, inconsciente, sem objeto e representação, ou seja, as experiências 'nunca apreendidas cognitivamente mas conhecidas existencialmente' referentes à organização do EU (Self) verdadeiro, de sua existência e experiência como pessoa. Apesar de antecederem a formação egóica, estas experiências seriam fundamentais para sua organização. Porém, o conteúdo do 'conhecido-não-pensado' poderia também vir a ser representado e conhecido, o que seria feito por meio de 'objetos e(ou) situações evocativas' posteriores, que poderiam ser remontadas a estas experiências primitivas.

Estas idéias de BOLLAS (1992a), podem ser relacionadas às de WINNICOTT (1988,1993b), quando este segundo compreende que o bebê não ouviria a comunicação com sua mãe, nem teria noção do suprimento de suas necessidades, e(ou) falhas desta, mas registraria seus efeitos, por meio de marcas emocionais inconscientes, que poderiam ser transformadas, conservadas, e até mesmo ativadas no decorrer de seu processo de vida, quando houvesse o colapso das defesas erguidas em função dessas marcas.

Além disto, estas idéias podem também ser relacionadas, ao conceito de elementos ‘auto-traumáticos’ de LAPLANCHE (1993), que seriam desta forma, em virtude do desenvolvimento bifásico da libido, quando, em segunda instância, uma experiência sexual proporcionaria um redimensionamento da primeira experiência, dada em um momento pré-genital. Além destes autores, podemos também compreender esta condição, pelo conceito de FREUD (1976j1), quando este entende que haveria no psiquismo formações oriundas do narcisismo primário que permaneceriam intactas e apartadas do restante do psiquismo. Esta idéia também converge com o que FREUD (1976i) afirma quando compreende que a angústia frente a um perigo real ‘Realangst’. Este autor compreende que a angústia pode ser deflagrada quando uma situação atual, pode ser remontada a uma primeira situação vivida anteriormente. Esta segunda situação serviria como um estímulo e deflagraria angústia distinta e até mesmo desproporcional à qualidade do estímulo que se apresenta no momento atual.

Podemos também compreender as necessidades básicas que um bebê teria, para dar início à aquisição do seu EU (self), pelo que WINNICOTT (1975a,1994h) conceituou como ‘elemento feminino puro’ e ‘elemento masculino puro’ e pela compreensão que ABRAM (1996) faz destes.

Estes elementos não estariam relacionados com impulso, instinto, genitalidade, pulsionalidade ou identidade sexual, mas fariam parte da condição psíquica do ser humano, independentemente da identidade sexual masculina e/ou feminina, ou seja, seriam pré-sexuais e até mesmo pré-pulsionais e pré-egóicos. WINNICOTT (1975a) afirma:

O elemento feminino puro relaciona-se com o seio (ou com a mãe), no sentido de que o objeto é o sujeito. Não consigo ver impulso instintivo nisso.... ...A psicanálise talvez tenha dado atenção especial a esse elemento masculino ou aspecto impulsivo da relação de objeto, e negligenciado, contudo a identidade sujeito-objeto para a qual chamo a atenção aqui, identidade que se encontra na base da capacidade de ser. O elemento masculino faz, ao passo que o elemento feminino (em homens e mulheres)...

Podemos entender por destas idéias que o elemento feminino puro estaria relacionado ao modo de SER, enquanto o elemento masculino puro estaria relacionado ao modo de FAZER, tanto da mãe quanto do bebê, como também do tipo de relação primária

que se estabeleceria entre ambos. O modo de SER seria a primeira e a mais primitiva experiência que um ser humano pode viver. O tipo de relação baseada no SER teria o intuito primeiramente de existir, para que a condição de FAZER, baseada nas defesas e relações objetais possam ser concebidas e empreendidas. WINNICOTT (1975a) afirma:

O estudo do elemento feminino, puro destilado e não contaminado, nos conduz ao SER, e constitui a única base para a auto descoberta e para o sentimento de existir (e, depois, à capacidade de desenvolver um interior, de ser continente, de ter a capacidade de utilizar os mecanismos de projeção e introjeção, e relacionar-se com o mundo em termos de introjeção e da projeção).

Deste modo, podemos compreender que somente pela experiência de existir, que inclui a experiência corporal, imaginativa, sensorial e aperceptiva e em fusão total com a mãe, é que a concepção das próprias necessidades instintivas, pulsionais e perceptivas, assim como a possibilidade de separação e relação de objeto, poderiam ser concebidas e desenvolvidas por um bebê. Ou como afirma WINNICOTT (1975a): ‘somente após a condição de fusão, é que pode haver separação e desta forma, o lactente pode ter experiências do id, dos objetos e de relação’. Em outras palavras, após a relação baseada no modo feminino de SER, é que a relação de objeto baseada no modo masculino de FAZER, pode acontecer. FAZER com o objeto já pressupõe uma separação, e uma certa concepção de existência e organização egóica.

Para WINNICOTT (1990b) ‘no desenvolvimento inicial de um bebê, podemos fazer referência a pulsões somente com relação ao desenvolvimento do ego’. O ego estaria relacionado ao elemento masculino da relação, ou seja, com o FAZER; com as experiências corporais e a organização de suas funções, juntamente com os impulsos do id; com a organização e a integração do tempo e do espaço e sua adaptação com realidade e objetos, como propõe (FREUD 1976m1).

WINNICOTT (1988, 1990b) afirma que uma frustração de um impulso do id, ou o não atendimento de uma necessidade pulsional pode ter conseqüências muito diferentes, da privação de uma necessidade de ser acalentado, ou ser exposto a uma excitação (interna e(ou) externa) muito maior do que um bebê pode suportar. Uma frustração egóica ou necessidade instintiva e pulsional insatisfeita, pode gerar ansiedade,

mas o autor entende que ‘seria uma distorção dizer que um bebê que não é embalado reagiria da mesma forma que reagiria a uma frustração’.

Se um bebê passar por sucessivas privações afetivas, ou seja, se não for atendido em sua necessidade de ser acalentado; se deixado a sós por muito tempo (horas, ou até mesmo minutos) sem nenhum contato humano ou familiar; se deixado em contato direto com sua atividade instintiva e com seus recursos precários, sem o apoio emocional e afetivo devido, mesmo que tenha suas necessidades instintivas e pulsionais satisfeitas, os bebês não se sentiriam frustrados, com raiva, ódio ou destrutividade, ou culpariam o ambiente pela frustração, mas passariam por experiências de fragmentação, inexistência, desintegração, e de ameaça de aniquilação e morte.

Com o exposto, entendemos que uma necessidade afetiva não suprida, na etapa inicial e primitiva do desenvolvimento emocional de uma criança, por anteceder à capacidade do ego de supor, conceber e representar qualquer objeto e situação, e por ser ainda incapaz de acionar defesas, proporcionaria marcas e distorções importantes na organização do EU (Self) e no desenvolvimento de sua existência como pessoa, e não do ego.

Desse modo um bebê não precisa de uma ‘mãe perfeita’ que satisfaça todas as suas necessidades, nem de uma mãe que providencie, no sentido de FAZER, todas as satisfações pulsionais, mas precisa sim de uma ‘mãe suficientemente boa’, isto é, uma mãe que ao mesmo tempo É e FAZ, ou seja, alguém que possa ter uma relação viva com a criança, a ponto de se preocupar o bastante para perceber o momento de suprir e frustrar, para possibilitar experiências de suprimimento e frustração suportáveis, para que o bebê se integre como pessoa, inicie e desenvolva sua relação com a realidade.

Os tipos de ansiedade, angústia e trauma discriminados por WINNICOTT e o conceito de ‘trauma acumulativo’ de KHAN

Segundo WINNICOTT (1975e, 1988, 1990b, 1990d, 1990h, 1990i, 1993a, 1993d, 1993h, 1994f), a base do processo de maturação e desenvolvimento do ego dar-se-ia pela sensação de uma continuidade-de-ser, “continuity-of –being”, não interrompida por irritações. Estas irritações, seriam proporcionadas por excessos de estimulações externas

(provenientes do ambiente) e(ou) por seus próprios impulsos instintivos, pois o lactente numa etapa inicial poderia confundi-los por ainda não ter condições e capacidade de discriminar o EU (self) do não-EU (self), os impulsos dos objetos.

Estas irritações seriam sentidas pelo bebê como elementos intrusivos, “impingements”, em seu psiquismo. Por ainda não ter condições de percebê-las, discriminá-las nem representá-las (apenas senti-las); por ocorrerem anteriormente à capacidade de representação e defesa egóica, estas seriam sentidas como insuportáveis; atravessariam o escudo protetor do ego (até mesmo porque este ainda não estaria suficientemente organizado) e, por este motivo, seriam traumáticas. Neste sentido, WINNICOTT (1990i) afirma:

O ego do lactente está criando força e, como consequência, está a caminho de um estado em que as exigências do id serão sentidas como parte do self, não como ambientais. Quando esse desenvolvimento ocorre, a satisfação do id se torna um importante fortificante do ego, ou do self verdadeiro, mas as excitações do id podem ser traumáticas quando o ego ainda não é capaz de incorporá-las, e ainda é incapaz de sustentar os riscos envolvidos e as frustrações experimentadas até o ponto em que a satisfação do id se torne um fato.

Além disso, estas intrusões, “impingements”, proporcionariam uma interrupção na continuidade-de-ser do bebê que não seriam sentidas como frustração, mas como sensação de morte, inexistência e ameaça de ‘aniquilação do ser pessoal’. Diante disso, a alternativa não seria defender-se (pois não haveria esta condição egóica), mas reagir, como define WINNICOTT (1993i):

Pode-se observar aqui que a perturbação que força o bebê a reagir retira-o de um estado de ‘existir’. Este estado de ‘existir’ só pode ser obtido sob certas condições. Quando está reagindo, um bebê não está ‘existindo’. O meio ambiente que invade ainda não pode ser sentido pelo bebê como uma projeção da agressão pessoal, pois ainda não foi atingido o estágio no qual isto tem algum significado.

WINNICOTT(1988), afirma que as primeiras organizações do ego surgiriam com base nas experiências de ameaças de aniquilação que não se efetivariam, pois o bebê conseguiria recuperar-se delas. Com esta recuperação, o bebê adquiriria confiança e isto o levaria a desenvolver um ego capaz de suportar frustrações. Esta condição de suportar e(ou)

de se recuperar das irritações permite ao bebê o desenvolvimento de sua concepção de existência e a possibilidade de ter experiências próprias para construir um ego pessoal capaz de dominar os impulsos, as pulsões e enfrentar as turbulências internas e ambientais.

Discutindo o ‘trauma do nascimento’, conforme postulado por FREUD em 1916 e descartado em 1926, assim afirma WINNICOTT (1993h):

Gostaria de introduzir aqui a discussão da palavra ‘ansioso’. Não consigo pensar que um bebê possa estar ansioso no nascimento, porque não há repressão ou inconsciente reprimido nessa época. Se a ansiedade significa algo simples como medo ou irritabilidade reativa, está certo. Parece-me que a palavra ‘ansioso’ se aplica quando o indivíduo encontra-se nas garras de uma experiência física (seja ela excitação, raiva, medo ou qualquer outra coisa) que ele não pode nem evitar nem compreender; isto é, grande parte da razão pela qual aquilo está acontecendo lhe escapa. Ao dizer isto, refiro-me ao inconsciente reprimido. Caso o indivíduo tenha uma maior consciência do que está ocorrendo, ele não mais ficará ansioso mas sim, excitado, com medo, com raiva....

Neste sentido, podemos entender que na etapa inicial da vida, uma falha ambiental não proporcionaria frustração, nem ansiedade, no sentido que envolve a atividade e organização egóica, relacionadas com os objetos, perdas, perigos, frustração e atividade pulsional, mas uma ameaça de aniquilação que seria de outra ordem, conforme define WINNICOTT (1993i):

Um reagir excessivo não produz frustração mas uma ameaça de aniquilação. Esta, na minha opinião é uma ansiedade primitiva muito real, que surge muito antes de qualquer ansiedade que inclua a palavra morte em sua descrição.

WINNICOTT (1990b, 1994b, 1988), utiliza os termos ‘ansiedades inimagináveis’, ‘inacreditável ansiedade’, ‘angústias impensáveis’, e(ou) ‘agonias primitivas’ ao invés do termo ansiedade e(ou) angústia, para descrever e definir os sentimentos primitivos, oriundos das consequências das irritações e intrusões, “impingements”, em virtude da privação, das falhas, da falta de apoio, ou fracassos da adaptação da mãe às necessidades afetivas do lactente. O autor representa este sentimento, como sensações de ‘ser feito em pedaços’, ‘cair para sempre’, ‘morrer e morrer e morrer’, ‘perder todos os vestígios de esperança de renovação de contatos’, ‘completo isolamento,

devido à inexistência de qualquer forma de comunicação', 'disjunção entre psique e soma' pois para WINNICOTT (1994b), 'a palavra ansiedade não é suficientemente forte' para descrever e/ou representar este tipo de sentimento.

Deste modo, podemos entender que o bebê estaria sujeito às 'ansiedades inimagináveis' e 'agonias primitivas' em virtude de fracassos da adaptação da mãe (ambiente e objeto) às suas necessidades afetivas, como afirma WINNICOTT (1990b):

Pode-se dizer que uma proteção do ego suficientemente boa pela mãe (em relação às demais ansiedades inimagináveis) possibilita ao novo ser humano constituir uma personalidade no padrão da continuidade existencial. Todas as falhas que poderiam engendrar a ansiedade inimaginável acarretam uma reação da criança, e esta reação corta a continuidade existencial. Se há recorrência da reação desse tipo de modo persistente, se instaura um padrão de fragmentação do ser. A criança cujo padrão é de fragmentação da continuidade do ser tem uma tarefa de desenvolvimento que fica, desde o início sobrecarregada no sentido da psicopatologia.

Resumidamente, podemos entender que, para WINNICOTT, as experiências egóicas fazem parte da personalidade que vivencia uma continuidade-de-ser no tempo e no espaço, e a relação da pessoa consigo mesma e com o mundo externo. A ansiedade e a angústia neste sentido seriam mobilizadas pela frustração, pelas falhas de suprimento das necessidades instintivas e pulsionais, que proporcionariam sentimentos de raiva, ódio e(ou) perigo. A ansiedade e a angústia podem mobilizar defesas egóicas e soluções de compromisso, para escoar a libido que não conseguiu satisfação, ou que está sob repressão. Esta situação poderia comprometer a organização e o desenvolvimento egóico, e a condição deste de suportar angústia e ansiedade e(ou) defender-se delas, a relação com os objetos e a formação de sintomas psiconeuróticos.

Podemos entender, também, pelas idéias de WINNICOTT, que as atividades pulsional e egóica propriamente dita, só teriam sentido, quando fossem relacionadas ao EU (self), que seria uma organização mais primitiva, remota e estrutural do que a egóica. As necessidades para a organização do EU (self) seriam as de suprimento afetivo e não pulsional. Sendo assim, as falhas de suprimento das necessidades afetivas, por ocorrerem anteriormente à capacidade egóica de representação e defesa, proporcionariam sentimentos de intrusão, aniquilação do sentido de existência pessoal, sensação de morte, ansiedades

inimagináveis e agonias primitivas. Além disso, estas falhas proporcionariam traumas pois a libido invadiria o psiquismo de um indivíduo que não poderia acionar defesas, apenas reagir.

Desse modo, compreendemos que WINNICOTT diferencia a estruturação do EU (self) do ego, embora estes estejam correlacionados. As experiências de morte, desintegração e aniquilação estariam relacionadas com a identidade do sujeito oriunda da concepção e organização do EU (self), que podem comprometer o próprio sentido de existência da pessoa e o desenvolvimento de 'ansiedades' e 'distúrbios' de ordem e natureza diversa, dos 'transtornos' psiconeuróticos e egóicos.

Segundo KHAN (1977b) 'o trauma acumulativo' resulta de fendas observadas no papel da mãe como escudo protetor, durante todo o curso do desenvolvimento, desde a infância até a adolescência'. O 'trauma acumulativo', para este autor, ocorreria pelas sucessivas falhas da mãe, por não poder conter e suprir as necessidades afetivas da criança, quando esta ainda se encontrava em um estado fragilidade e dependência dela, o que proporcionaria pontos de fixação traumática. Além disso, estas falhas continuariam a se apresentar, durante seu processo de desenvolvimento formando, assim, um padrão traumático. Estas 'falhas', segundo o autor, não teriam o caráter de intencionalidade ou 'maldade', mas de impossibilidade interna da mãe, para poder desempenhar a função de 'ego auxiliar' de seu filho. Estes 'traumas cumulativos' deixariam marcas, desde a organização do EU (self) e, segundo KHAN (1977a), entrariam pelas fases do desenvolvimento da libido, durante toda a infância, o que comprometeria também a formação de estrutura egóica, a organização defensiva e o desenvolvimento psicosssexual.

A formação do Falso EU (self)

Segundo WINNICOTT (1975a, 1975c, 1975d, 1975e, 1988, 1990b, 1990h, 1990i, 1993 a, 1993b, 1993d, 1993h, 1994b) a necessidade de reagir limitaria e até mesmo impediria a possibilidade de relaxar; de poder confiar em algo, em alguém e em um ambiente bom que possa suprir necessidades. Isto resultaria na dificuldade de se estabelecer um contato com seu verdadeiro EU (self) e conhecer suas próprias potencialidades e recursos, para constitui-se em um EU-SOU.

WINNICOTT (1990e) afirma que as pessoas cujo verdadeiro EU (self) tenha sido ferido e traumatizado teriam de escondê-lo pelo risco de ser novamente ferido. Com isto, organizariam uma fachada, um falso EU (self), para relacionar-se com o mundo. Este Falso EU (self) teria o sentido de defesa para proteger o verdadeiro EU (self). Mesmo assim, o ego poderia desenvolver-se. Porém, este se organizaria, com base no Falso EU (self) defensivo contra intrusões, e não do verdadeiro EU (self), no sentido de experiência e existência própria.

Esta organização egóica dar-se-ia, desde sua origem, sobre um ponto de fixação traumático, como uma extensão do exterior e do meio ambiente invasor e não de suas próprias potencialidades e recursos, do seu íntimo. Isto manteria a pessoa em um estado de 'integração' aparente, de desenvolvimento egosintônico com a realidade, mas de caos intrínseco.

Segundo WINNICOTT (1993b,1993i,1993j,1994a,1994d), no indivíduo adulto, podemos observar as vicissitudes pelas quais este teria passado em seu desenvolvimento emocional primitivo quando, clinicamente, no "setting" analítico, deparamo-nos com 'um complexo falso EU (self), cuja função seria manter o verdadeiro EU (self) oculto, sendo difícil achá-lo mesmo em uma análise muito profunda'. Segundo este autor, 'o que restaria de próprio, do verdadeiro EU (self) no adulto, ficaria oculto e neste caso, este existiria por não ser encontrado'.

Podemos entender que a vida vivida via falso EU (Self) daria sustentação, suporte e segurança, pois serviria como escudo contra as 'agonias primitivas' e os sentimentos de desintegração, morte e caos psíquico intrínseco a elas. Além disso, segundo WINNICOTT (1990e), a organização de um falso EU (self) até certo ponto é natural e necessária, pois 'significa que o indivíduo conseguiu desenvolver uma capacidade de renunciar à onipotência e ao processo primário para ter o ganho de conquistar um lugar na sociedade que nunca poderia ser atingido ou mantido com o EU (self) verdadeiro expresso e espontâneo'. O falso EU (self) representa uma organização integral da atitude social polida e amável, um 'não usar o coração na manga'.

Porém, há diferenças entre a organização social e o desenvolvimento patológico do falso EU (self), em virtude de vicissitudes na apropriação primária do EU (self) verdadeiro, pelas falhas constantes de suprimento afetivo enquanto lactente. O resultado, no segundo caso, seria o senso de irrealidade na relação mantida consigo mesmo e com o mundo externo, pois o falso EU (self) estaria relacionado com as necessidades do OUTRO e de OUTRA ordem, que não as suas próprias. Deste modo, mesmo sendo o falso EU (self) sintônico com a sociedade e com a realidade, a falta do EU (self) verdadeiro produziria uma instabilidade, um sentimento de inexistência, desintegração e caos psíquico. Quanto mais a sociedade e as pessoas acreditam e valorizam o falso EU (self), mais evidente fica para a pessoa a sensação de futilidade, como afirma WINNICOTT (1975a):

Existem pessoas tão firmemente ancoradas na realidade objetivamente percebida que estão doentes no sentido oposto, dada a sua perda de contato com o mundo subjetivo e com a abordagem criativa dos fatos.

WINNICOTT (1990e) afirma que, numa situação de vicissitude menos extrema, o falso EU (self) seria organizado para defender o EU (self) verdadeiro, mas este seria percebido como potencial e seria permitido a ele ter uma vida secreta. O falso EU (self), neste caso, teria como interesse principal, a procura de condições que tornassem possível ao EU (self) verdadeiro emergir. Esta seria uma organização com finalidade positiva, de preservação do indivíduo, a despeito das condições ambientais anormais. Esta condição seria uma extensão do conceito psicanalítico do valor positivo dos sintomas.

Entretanto, segundo o autor, numa situação de vicissitude extrema, o Falso EU (self) implantar-se-ia como real nos relacionamentos de convivência, de trabalho e de amizade, e manteria o verdadeiro EU (self) oculto. Isto traria um comprometimento de identidade importante, pois em situações em que tanto as pessoas, como o próprio indivíduo entendem que o que está sendo vivido e expresso contém uma pessoa real, o falso EU (self), implantado falha, e a pessoa se apresenta com carências essenciais e falta de consistência e identidade própria.

Podemos entender com o exposto que o EU (self) verdadeiro daria e traria estímulo para que a vida seja vivida. A falta de contato com este e(ou) a experiência da vida feita predominantemente pelo falso EU (self) poderiam proporcionar depressões profundas

e até mesmo estimular o suicídio concreto⁵. Segundo WINNICOTT (1990e), ‘quando o suicídio é a única defesa que resta quando não se pode contatar o EU (self) verdadeiro, cabe ao falso EU (self) organizá-lo’. Isto, naturalmente, envolveria a destruição do Falso EU (self), eliminaria a depressão, mas também a possibilidade de seu sentido de existência ser adquirido e da vida ser prorrogada.

O processo de desenvolvimento psíquico

Da dependência absoluta à independência, suas vicissitudes e defesas

WINNICOTT (1990b) denomina ‘processo de maturação’, a progressão do bebê, da dependência absoluta do apoio materno para a independência, e assim define:

O termo processo de maturação se refere à evolução do ego e do EU (self), inclui a história completa do id, dos instintos e suas vicissitudes, e das defesas do ego relativas ao instinto. Em outras palavras, a mãe e o pai não produzem um bebê como um artista produz um quadro ou o ceramista um pote. Eles iniciam um processo de desenvolvimento que resulta em existir um habitante no corpo da mãe, mais tarde em seus braços, e após no lar proporcionado pelos pais; este habitante se tornar algo que está fora do controle de qualquer um... ...Se conseguem proporcionar esta provisão então o processo de maturação da criança não fica bloqueado, mas é atingido e capacitado a se tornar parte da criança.

O processo de formação e de desenvolvimento do aparelho psiquismo da criança, para este autor, estaria relacionado com a organização do EU (self) e do ego, que coincidiria com a progressão gradativa do bebê da dependência do ambiente rumo à independência deste (até certo ponto) e dependeria, além da maturação neurológica, de três formas específicas de cuidados maternos dedicados ao lactente, como afirma WINNICOTT (1990i, 1990b): integração, personalização e realização.

Integração

Para WINNICOTT (1990i), a tendência à integração faz parte do potencial herdado do bebê, pois, para este autor, não haveria no indivíduo a tendência à destruição

⁵ O suicídio concreto neste caso, é compreendido por WINNICOTT, “como o envio do corpo a uma morte psíquica já configurada, em virtude de um complexo sistema de defesas que foram organizadas e reorganizadas contra a espoliação do EU (self) verdadeiro”. A morte neste sentido, pode ser entendida também, como a destruição do EU (self) total, para evitar o aniquilamento do EU (self) verdadeiro.

atribuída por FREUD (1976¹¹) à pulsão de morte. A tendência à integração à qual se refere WINNICOTT, seria em virtude de aspectos constitucionais e hereditários, físicos e psicológicos, que contribuiriam para a organização do EU (self) e evoluiriam para a discriminação do não-EU, da fantasia e realidade, para a formação do ego, e as relações do sujeito com os objetos do mundo interno e externo.

Na progressão da dependência absoluta para a relativa, rumo à independência, o lactente primeiramente estabeleceria a concepção de EU e não-EU, quando este poderia se dar conta dos cuidados maternos e relacioná-los com suas necessidades pessoais. Com isto, iniciaria a discriminação entre a realidade interna e subjetiva que nortearia a percepção da realidade objetivamente percebida e a organização do ego. Este, por sua vez, organizaria um sistema de defesas propriamente ditas, o que daria início a outra etapa, que seria a de relações objetais propriamente ditas.

Porém, WINNICOTT (1993d) faz uma distinção entre os estados de não-integração, de integração, de dissociação e de desintegração que estariam presentes no processo de estruturação e desenvolvimento psíquico.

Para este autor, o bebê nasceria em um estado de não-integração físico e psíquico primário, ‘aos pedaços’ por assim dizer, mas com potencial para a integração. Este estado não geraria ansiedade ou sofrimento, mas proporcionaria sensações de relaxamento e repouso. A experiência de integração, de continuidade-de-ser só poderia se atualizar, por meio da experiência de ser contido fisicamente pelos braços da mãe, pelo “holding”.

A dissociação seria um estado de integração parcial ou incompleta. Quando os aspectos integrados se dissociam podem gerar, por um lado, sofrimento e ansiedade por promover quebra na sensação de continuidade de existência; por outro lado, a dissociação pode também ser utilizada como mecanismo de defesa, pois uma ruptura de continuidade pode proporcionar a quebra de associações que proporcionariam ansiedade.

A desintegração já supõe que a integração existiu, que um certo desenvolvimento e organização egóica foram possíveis, mas que por várias razões e vicissitudes, eles se perderam. Neste caso, haveria o surgimento de angústias, muitas vezes de agonias primitivas, aniquilação, inexistência, irrealidade e também da psicopatologia.

Personalização

Para WINNICOTT (1990b,1990i,1993c,1993d,), no início da vida, em unidade com a mãe, o lactente não teria noção de realidade externa, interna ou psíquica nem haveria uma experiência emocional do corpo, das necessidades corporais e instintivas, assim como dos objetos de satisfação. Psique e soma não estariam em oposição, visto que a experiência do corpo não faria parte da realidade psíquica.

Segundo WINNICOTT (1993d), um impulso do id ou uma excitação corporal pode ser experimentada pelo bebê, na etapa inicial, como não pertencente ao EU (self) e à realidade psíquica por ainda não haver possibilidade de discriminação do EU (self) e do não-EU (self). As experiências corporais, (de integração, dissociação e desintegração), para WINNICOTT (1993d), só podem ser concebidas como fonte de excitação própria, desconforto e prazer, a partir do momento em que o bebê puder experimentá-las como proveniente do EU (self), e quando uma capacidade de representação for adquirida.

Em virtude do seu estado de não-integração física e psíquica, ao nascer, a experiência do bebê, de seu próprio corpo, dar-se-ia pela resistência e pelo atrito que um objeto oferece à sua pele, que seria feita, segundo WINNICOTT (1993a), no exercício de sua motilidade física espontânea, e também, como afirma WINNICOTT (1990b,1990i), pelo aconchego que os braços da mãe proporcionariam, pelo seu suporte afetivo, no “holding”.

As experiências de resistência e aconchego proporcionariam ao bebê desprazer e(ou) prazer como também a possibilidade de representação e delimitação de fronteiras e limites de seu próprio corpo e a estimulação para sua inserção no mundo externo. Em outras palavras, a experiência física na realidade psíquica pode proporcionar discriminação entre interno/externo, dentro/fora; de EU e não-EU; a experiência emocional de integração e continuidade física, e o sentido de existência física de SER UMA PESSOA que habita em um corpo.

WINNICOTT (1993b) descreveu o processo de integração corporal, a personalização, como ‘o sentimento de que se está dentro do próprio corpo’. Entendeu também, que ‘habitar em seu próprio corpo’, só é possível, se ‘a mãe sustentar a situação’, “holds a situation”, para que o bebê possa elaborar as experiências instintivas e pulsionais. Não importa, segundo o autor, para o bebê ‘ser muitos pedaços ou ser inteiro, viver no rosto da mãe ou viver em seu próprio corpo, desde que de tempos em tempos, ele se torne uno e sinta algo’.

Segundo WINNICOTT (1993d), na etapa de dependência absoluta, a experiência do corpo na realidade psíquica, é proporcionada pela integração do corpo e do psiquismo experimentados como uma só unidade, como uma ‘trama psicossomática’, ou ‘a psique residindo no soma’, que seria fornecida pelo suprimento afetivo proporcionado pelo “holding” materno. As atividades mental e intelectual teriam relevância neste momento, apenas para os registros mnêmicos, visto que o bebê não teria condições nem maturidade para representar e significar os cuidados proporcionados pela mãe.⁶

Com a maturidade física e psíquica, durante o processo de desilusão e de desadaptação, rumo à dependência relativa e à independência do ambiente, o bebê pode ‘dar a si mesmo o cuidado materno’ por meio da compreensão, pois ele já teria registrada e internalizada a função materna. O fracasso da mãe (desde que no nível do suportável) nesta etapa seria oportuno e útil, pois ela daria ao bebê, a oportunidade para que ele recorra à sua atividade mnêmica e imaginativa, mental e psíquica, para incentivar sua autonomia. No entanto, existem mães que manejam o corpo do bebê, predominantemente pelo “handling”, ou seja, elas podem dar e suprir todas as providências e satisfações corporais, mas estas são feitas mediante cuidados técnicos e satisfações instintivas e(ou)pulsionais. Estas mães não podem ou não conseguem sustentar o filho no sentido emocional, de amor e carinho, pelo “holding” e suporte pelo afetivo, elas não podem aconchegá-lo. Este é o caso de uma mãe que FAZ, e tem dificuldade de SER.

⁶ Porém, estes registros emocionais podem ser evocados em termos mnêmicos em uma outra etapa quando o bebê puder perceber e se dar conta dos cuidados maternos ou da falta deles, ou em outra situação que possibilite sua evocação.

KHAN (1976), conceitua este investimento no corpo do bebê, com predominância do exercício do “handling”, como ‘idolização’. Este conceito descreve ‘a mãe que oferece à criança cuidados corporais e pulsionais, mas de modo impessoal’. A criança que é tratada pela mãe como ‘criação-coisa’, “thing-creation”, mais do que como uma pessoa que está emergindo e crescendo, teria as atividades e excitações corporais do Id portanto, satisfeitas de acordo com as necessidades e com a disponibilidade da mãe, e não de acordo com seu próprio processo e necessidades.

Esta condição traria consequências para o indivíduo, tanto no sentido estrutural, como no desenvolvimento subsequente. Uma delas seria que o corpo investido e narcisado, tomaria à frente no processo de existência do indivíduo, ou seja, o indivíduo existiria por ter um corpo, mas não por ser uma pessoa. A integração corporal e psíquica neste caso não pode ser completa (dissociada), ou até mesmo interrompida (desintegrada). Assim sendo, o corpo não seria sentido pela criança como pertencente à sua realidade psíquica, mas ambos (corpo e psiquismo) seriam concebidos pelo indivíduo, como distintos, separados e autônomos.

Outra consequência, em virtude do exercício predominante do “handling” ao invés do “holding” materno, por falta de amparo e continência corporal, é a possibilidade de interrupção da integração e da ‘trama’ física e psíquica, que seria proporcionada pelos excessos de estímulos internos (da atividade instintiva no corpo), e(ou) externos (pelas estimulações ambientais) sentidas com intrusões, “impingements”. WINNICOTT (1993d) denominou ‘despersonalização’, o sentimento oriundo das intrusões que proporcionariam sensações de desintegração, de queda livre, sem amparo e sem fronteiras, de perda de unidade corporal, pois neste caso, não haveria nada para conter o corpo na realidade psíquica. Juntamente com estas sensações, haveria as “angústias inomináveis” e “agonias primitivas”, e o sentimento de inexistência, desrealização, caos, catástrofe, morte.

Segundo WINNICOTT (1993h), a experiência de despersonalização ocorrida no momento da vida do bebê seria traumática pois neste momento ainda não há organização egóica suficiente capaz de representação e possibilidade de defesa. Mesmo não sendo passível de representação e registro mnêmico, este trauma primitivo e primário, referente à concepção da unidade corporal, proporcionaria marcas inconscientes. Neste sentido, podemos ter uma pessoa com distorções primárias e estrutural da unidade corporal inicial,

com marcas traumáticas inconscientes e não representadas, que seriam decorrentes de uma condição de fracasso ambiental afetivo, mesmo tendo havido provisões, suprimentos e satisfações de necessidades instintivas e pulsionais.

Assim, podemos entender que mesmo havendo provisões técnicas ambientais nos cuidados para com o corpo do bebê por meio do exercício do “handling”, sua predominância, ao invés do “holding”, traria consequências com relação à formação do EU (self) corporal (da experiência de si mesmo, da graduação do tempo e das sensações) e do ego corporal (do desejo, sexualidade, excitação erótica, amor e ódio), pois a organização da realidade psíquica estaria comprometida desde o início de sua formação.

Outra consequência das falhas de cuidados afetivos seria a hiperatividade mental. WINNICOTT (1993d) faz uma distinção entre atividade mental e psíquica, pois entende que a psique significa ‘a elaboração imaginativa, vivida na realidade psíquica de partes, sentimentos e funções somáticas’, enquanto a atividade mental depende do cérebro, da atividade neurológica, biológica, que armazena lembranças, exerce a atividade intelectual e faz o registro das excitações e experiências corporais.

WINNICOTT (1993d) afirma que, se o fracasso materno for acima do suportável, na etapa de dependência relativa, quando uma possibilidade de representação, de defesa e uma condição neurológica capaz de registro mnêmico estiverem em desenvolvimento, podemos ter uma hiperatividade mental que o autor conceitua como ‘mentalização’. Este processo se iniciar-se-ia ainda na etapa de dependência absoluta, como uma forma de reação contra a ‘despersonalização’, mas continuaria se desenvolvendo como defesa e tentativa de recompor e/ou readquirir a unidade corporal, de um continuar-a-ser, “continue-on being”, para a integração psique-soma.

Segundo WINNICOTT (1993b, 1994i, 1994j) ‘o parceiro oposto ao soma na valsa da vida não é a mente, mas a psique’. Numa situação de reação e defesa, o indivíduo teria de suprir uma função, que na verdade deveria ter sido feita pelo ambiente. A ‘mentalização’ proporcionaria uma dissociação entre atividade psíquica e mental, no qual a mente tomaria o lugar da psique, o pensar substituiria o sentir, a atividade mental substituiria a função psíquica e imaginativa da função corporal.

Além disso, para WINNICOTT (1994g), tendo o corpo, como continente e invólucro do EU (self) e do psiquismo, dissociado da realidade psíquica, este pode ser concebido como um OUTRO e fazer parte de um falso EU (self) reativo, e não do verdadeiro EU (self). Assim, as necessidades corporais podem ser moduladas por uma perspectiva e expectativa externa, e não de uma elaboração psíquica e imaginativa própria. Esta condição pode gerar uma distorção da concepção do ego corporal, ou seja, as necessidades, os e desejos e as excitações eróticas corporais do psiquismo e do id podem ser sentidos como persecutórios, por não fazer parte da realidade psíquica. Essas necessidades e sua satisfação seriam sentidas como proveniente de OUTRO e de OUTRA ordem e satisfeitas de acordo com uma realidade expectante.

WINNICOTT (1994j), afirma que as doenças psicossomáticas seriam uma forma defensiva, com valor positivo, por meio destas, o paciente adulto encontraria uma maneira de ‘manter-se em seu corpo’, de ‘estar consciente de si mesmo em termos físicos’, embora haja subjacente a essas doenças, uma ameaça de despersonalização.

Início das Relações Objetais e realização [realizing]

Segundo WINNICOTT (1975f, 1990i), na dependência absoluta e relativa, na mente da criança, a mãe do mundo interno e a mãe do mundo externo estariam ainda muito ligadas uma à outra, situação que pode ser compreendida pelo conceito de ‘identificação primária’ ‘quando o sujeito e o objeto são um’. Por meio da experiência de relaxar, de estar não-integrado, o bebê pode desenvolver um ambiente interno bom que coincide com o externo. Por não ser possível ainda discriminar o que é interno e(ou) externo a si, o bebê sentiria apenas ‘a presença de alguém’ - uma mãe interna e externa - que daria a ele suporte e confiança para poder relaxar e experimentar a si mesmo e ao mundo.

WINNICOTT (1975a, 1975e, 1993d) afirma que, inicialmente, haveria a ‘identificação primária’ e, no momento evolutivo seguinte, a ‘identificação projetiva’. Este segundo movimento seria possível, quando o objeto se torna significativo para o sujeito, ou seja, quando os mecanismos de projeção estão operando, e o ‘sujeito pode ser encontrado no objeto’. Em um terceiro momento, haveria o que o autor entende por catexia e relação de

objeto, quando seriam efetuadas certas alterações no EU (self), pois haveria a descoberta do não-EU, feita por meio da agressividade exercida pelo gesto e motilidade espontânea.

Porém, para WINNICOTT (1993a), a agressividade primária dirigida ao objeto não seria intencional; não teria o sentido de agredir ou destruir, pois o objeto atacado ainda estaria sob controle da fantasia onipotente do sujeito; nem haveria raiva no ataque, pois os sentimentos de raiva, amor e ódio estariam fundidos nesta etapa inicial. Sendo assim, WINNICOTT (1975f, 1990a, 1990b) afirma que na relação de objeto, o indivíduo ainda não estaria inserido na realidade compartilhada, pois não haveria ainda introjeção ou noção de qualquer ameaça de retaliação por parte do objeto. Neste sentido, a agressividade seria o 'veículo' por meio do qual o bebê descobriria o não-EU, perceberia o funcionamento do mundo dos objetos e da realidade compartilhada.

A experiência de estar sempre atacando o objeto e sua sobrevivência proporcionariam alegria ao bebê como também tornariam a externalidade do objeto atacado sentida como tal, pois o objeto sobreviveria ao ataque feito a ele em fantasia. Deste modo, a agressividade pode ser entendida como uma inserção no princípio da realidade, pela constância objetal.

A raiva, pelo contrário, faz parte de um desenvolvimento mais sofisticado que aconteceria no momento posterior de integração egóica e percepção do objeto. Esta se refere à frustração da satisfação pulsional que, por sua vez, proporcionaria a cisão entre amor e ódio, e não o teste de realidade. Neste sentido, WINNICOTT (1993a) afirma:

...Que a frustração provoque raiva durante tais fases (do desenvolvimento da libido) é óbvio; mas na nossa teoria dos sentimentos e estados iniciais, precisamos estar preparados para encontrar a agressão que precede a integração do ego, integração essa que torna possível a raiva pela frustração pulsional e que faz com que a experiência erótica seja uma experiência.

WINNICOTT (1993a) entende que quando a criança externaliza sua agressividade com relação à mãe real, ele pode estar fazendo uma experiência erótica, testando e 'brincando' com a possibilidade de trazê-la de volta. A sobrevivência da mãe real, é uma demonstração de que a mãe interna não desapareceu de seu mundo interno quando atacada em fantasia, isto é, ela não foi destruída. Deste modo, podemos entender que a 'ansiedade de separação' não seria acionada naturalmente, pois o temor de perda da mãe interna seria aliviada pela alegria de recuperá-la. Essa idéia afasta a teoria da

agressividade como destruição, como também a teoria de que a ansiedade de separação faria necessariamente parte do processo de desenvolvimento psíquico. Este movimento estaria na base do brincar e do teste de realidade, pois segundo WINNICOTT (1975c, 1975d) ‘no brincar e somente no brincar o indivíduo pode descobrir seu EU (self)’.

WINNICOTT (1975d, 1993e) entende que o brincar funciona como uma experiência amorfa e desconexa, um ‘como se’ que se daria em uma zona neutra de experiência, numa área intermediária entre a realidade interna e a realidade compartilhada do mundo externo aos indivíduos, que o autor denominou ‘área de fenômenos e objetos transicionais’. A idéia de uma área neutra, intermediária, e transicional de experiência, que se daria no entrelaçamento entre a subjetividade e a observação objetiva, afasta a teoria que tende a conceber a realidade externa apenas como mecanismos projetivos do indivíduo, pois, uma vez testado, o objeto pode ser usado como algo externo e pertencente à realidade compartilhada.

Para que este espaço de experiência seja concebido e exercido, é necessário aceitar o paradoxo. O paradoxo pode ser compreendido como afirma ROUSSILON (1994a) ‘paradoxo significa contrário à opinião(doxa), isto é, à opinião recebida e comum’. O paradoxo vai contra o senso comum e afirma a existência de dois sentidos ao mesmo tempo. WINNICOTT (1975d, 1993e) entende que o paradoxo dar-se-ia pela convivência simultânea da realidade interna e externa, que não deve ser resolvido, mas aceito como é, e assim afirma:

Do objeto transicional, pode-se dizer que se trata de uma questão de concordância entre nós e o bebê, de que nunca formulemos a pergunta: ‘Você concebeu isso ou lhe foi apresentado a partir do exterior?’ O importante é que não se espere decisão alguma sobre esse ponto. A pergunta não é para ser formulada.

ROUSSILON (1994a, 1994b, 1994c), compreendendo o paradoxo nas idéias de WINNICOTT, afirma que haveria duas possibilidades de manifestação do paradoxo: os ‘paradoxos lógicos’ e as ‘defesas paradoxais’, e assim define:

Os paradoxos lógicos são indispensáveis ao estabelecimento do espaço transicional, condição necessária para que a experiência de continuidade de ser se estabeleça; deles vai depender a saúde mental da criança. Já as defesas paradoxais ocorrem quando há uma falha nesta experiência e servem para preservar o verdadeiro self de aniquilação e angústias primitivas.

Sendo assim, podemos entender que o paradoxo pode se apresentar com o sentido de saúde, com o sentido de defesa. No desenvolvimento, com base na experiência paradoxal, o objeto pode ser testado e concebido em sua externalidade e, portanto, pode ser usado. Segundo WINNICOTT (1993a,1975f) o uso do objeto seria uma etapa mais evolutiva de relação com a realidade. Ele envolveria a relação de objeto, mas não como um feixe de projeções, pois o uso do objeto depende da natureza e das características do objeto envolvido, e da aceitação da existência pela criança independentemente de sua fantasia, pois ele estaria fora da área de seu controle onipotente, ou seja, esse objeto seria real e faria parte da realidade compartilhada.

A mudança da relação de objeto para o uso do objeto depende da possibilidade do objeto de sobreviver à destruição, de ter autonomia e pertencer à realidade compartilhada. Esta mudança de concepção e atitude para com os objetos colabora para a aquisição e introdução do Princípio de Realidade. Pelo uso dos objetos, a criança não se alimentaria somente de suas fantasias, mas viveria e alimentar-se-ia do mundo de objetos reais, pois estes estariam fora do EU (self), do seu controle onipotente, ou seja, no mundo. Caso isso não aconteça, o indivíduo alimentar-se-ia somente dele mesmo, de seu próprio EU (self), o que implica na condição de relação de objeto, em controle onipotente, e fantasia.

A mãe objeto e a relação entre ambos proporcionariam, facilitariam ou impediriam essas experiências do bebê com o mundo externo. WINNICOTT (1975e,1980) afirma que pelo rosto da mãe, por sua expressão facial, diante das experiências, exercício da agressividade e o 'brincar' da criança, ela funcionaria como um espelho onde o bebê veria suas atitudes refletidas. As interpretações dadas pela mãe, as suas experiências organizar-se-iam, o que resultaria na existência do EU (self) e na possibilidade do indivíduo poder adquirir uma identidade baseada na confiança interna de sua bondade e de possuir objetos bons. Quando acontece o contrário, ou seja, se a mãe interpreta sistematicamente as experiências da criança, como indevidas, inadequadas e destrutivas, ela pode compreender suas atitudes como procedentes de objetos maus, o que pode proporcionar sentimentos de maldade interna e de persecutoriedade.

Os sentimentos de maldade interna, de persecutoriedade e de abandono podem ser proporcionados quando a mãe deixa uma criança, quando esta ainda não está preparada para a separação. Com isto, segundo WINNICOTT (1990a,1990b), a criança não sentiria que perdeu apenas a mãe real, mas também ‘sua mãe interna, que adquiriu para a criança o significado de uma fonte interior de amor e proteção e da própria vida’. A ausência e(ou) a ameaça de perda da mãe real atacada significam para a criança, tê-la destruído, o que implica em uma mudança de compreensão sobre si mesmo e sobre sua bondade, e uma mudança de atitude com relação ao teste de realidade, ou seja de uma atitude ativa para uma atitude passiva diante dos objetos.

Neste sentido, WINNICOTT (1994c) afasta também a idéia de que a destrutividade estaria baseada na inveja do seio e afirma que ‘a palavra ‘inveja’ implica um alto grau de sofisticação, isto é, um grau de organização do ego no sujeito que não se acha presente no início da vida’. No início da vida, segundo o autor, ‘não existiria necessariamente inveja, mas um impulso agressivo que teria o sentido de objetivar’, e de brincar para experimentar a volta da mãe, que conteria o exercício de sua própria bondade interna.

WINNICOTT (1990a), desenvolveu o conceito de ‘Capacidade para estar só’, que define o processo de dependência rumo à independência. ‘Estar só depende paradoxalmente de um objeto bom e confiável na realidade externa do indivíduo’. Ficar só, a princípio, segundo o autor, ‘só seria possível na presença de alguém, devido à imaturidade do ego, pois seria naturalmente compensada pelo apoio egóico da mãe’. Com o passar do tempo, tendo a criança introjetado gradualmente o ego auxiliar da mãe, pelas suas interpretações e atitudes diante de suas experiências, estabelecer-se-ia um registro emocional interno, de que alguém se preocupa com ela, e que alguém sempre está ali quando ela necessitar. Desta forma, a presença real da mãe ou figura materna poderia ser dispensada, pois a criança se tornaria capaz de ficar só sem o apoio freqüente da mãe ou de seu símbolo.

Sendo assim, para WINNICOTT (1990a) a capacidade de estar só significa que o indivíduo teve oportunidade, por meio de uma maternagem suficientemente boa, de construir uma crença em um ambiente externo benigno bem estabelecido, para ela sentir-se

confiante quanto ao presente e ao futuro e com relação à mãe. A introjeção deste ambiente externo bom proporcionaria à criança autoconfiança e segurança, para estar só com a ausência de objetos, o que possibilitaria a constituição de um EU autônomo, capaz de fazer e confiar em suas próprias experiências e também um continuar-a-ser sem ter que reagir e se defender. Sob estímulos (externos e internos) intensos, defesas podem ser acionadas, mas de um modo compatível com a realidade e com sua própria condição interna.

Deste modo, WINNICOTT afirma que ‘a capacidade de estar só é também paradoxal’, pois esta condição, supõe que houve a experiência da mãe como objeto da realidade externa, que esteve sempre presente quando foi necessário. ‘Estar só’, contém portanto, o entrelaçamento de duas realidades: a experiência objetiva da presença da mãe e a subjetiva da mãe interna, fornecida pelo ambiente bom que ela proporcionou, que se mantém internamente.

Baseados nessas idéias de WINNICOTT podemos pensar que o sentimento de aniquilação e desamparo psíquico, e a angústia de separação e abandono, não seriam necessariamente experimentados caso o lactente tenha tido uma assistência afetiva satisfatória, em um contexto de segurança e confiança.

Segundo WINNICOTT (1975f, 1990i, 1993a), o sentimento de aniquilação, teria qualidades inteiramente distintas da agressividade e da destrutividade. Este sentimento pode ser compreendido como resultante da resposta retaliativa do objeto externo, em virtude da agressividade dirigida a ele, ou por sua destruição, o que pode gerar um sentimento de maldade, e persecutoriedade interna na criança, por favorecer a compreensão, de que seus objetos internos são maus e capazes de destruir, e não de ‘objetivar’. A aniquilação mobiliza a necessidade de reagir para sobreviver, o que impossibilita a experiência. Sendo assim, quando não há experiência ou quando há reação, existe a necessidade de defesa; com defesa, surge a ansiedade. Com isto, há prejuízo na organização, experiência e apropriação do EU (self) e do mundo, o que compromete significativamente a evolução da dependência para a independência.

O desamparo psíquico pode ser compreendido por meio das idéias de WINNICOTT, como um sentimento de aniquilação e caos, que aconteceria numa etapa precoce do desenvolvimento psíquico, quando não ainda não há ‘consciência’ ou representação de experiências. A aniquilação neste momento significa a ausência de esperança, por não conseguir encontrar, e(ou) ser encontrado pelo objeto, o que prejudicaria a confiança na bondade interna e(ou) externa, mesmo indiscriminadas a princípio.

A angústia de separação e a de abandono seriam experimentados no caso de falhas ambientais importantes, de suprimento de necessidades afetivas quando o bebê ainda não está preparado para ‘estar só’. Estes sentimentos ocorreriam em virtude das interpretações feitas pela mãe, por ocasião do exercício de sua agressividade; às experiências de maldade interna, pelo abandono e retaliação real sofrido, e pela necessidade de reação e defesa, o que mobilizaria a angústia e o temor de perder o objeto. Podemos entender também, que estes sentimentos seriam experimentados, mas não necessariamente representados, pois a representação e o reconhecimento de sentimentos e falhas seriam algo de extrema sofisticação que só poderiam ser adquiridos e admitidos quando uma condição egóica já fosse desenvolvida o suficiente para poder representá-los.

Técnicas de intervenção

Do ponto de vista de intervenção técnica, WINNICOTT (1993c,1993j), de acordo com seu ponto de vista, entende que FREUD e KLEIN, pela compreensão que tiveram a respeito do desenvolvimento da pulsionalidade; por compreenderem que o lactente nasceria com uma certa condição de desenvolvimento e organização psíquica; por admitirem a situação de maternagem inicial como algo natural; compreenderam que a regressão aconteceria, dependendo das vicissitudes encontradas pela libido, durante as fases de seu desenvolvimento, que proporcionariam pontos de fixação, um modo de funcionamento do aparelho psíquico, e também sintomas.

Por este motivo, foi criado um “setting standard” para o trabalho analítico, com as técnicas de associação livre e interpretação da transferência, para analisar os pontos de fixação da libido, o modo de funcionamento psíquico e a configuração dos sintomas psiconeuróticos. A regressão neste modo de intervenção “standard” é feita do ponto de vista

topográfico - do consciente para o inconsciente; cronológico, das experiências ou fantasias genitais para as pré-genitais e dinâmico, do ego para o id.

Compreendendo que o bebê teria, nas etapas iniciais de organização e estruturação de seu aparelho psíquico, uma dependência extrema de suprimento de necessidades pulsionais, mas também e principalmente afetivas, pelo ambiente; considerando que o suprimento de necessidades afetivas e emocionais no momento de dependência absoluta seriam fundamentais para o início da organização egóica e da pulsionalidade, e observando que as falhas de uma maternagem insatisfatória ou insuficiente, trariam conseqüências para o desenvolvimento posterior, WINNICOTT (1993c, 1993i, 1993j, 1994a, 1994e) compreendeu que as técnicas psicanalíticas “standard” seriam insuficientes para se examinar as questões relativas a esta etapa inicial.

WINNICOTT (1993c, 1993j, 1994e), classifica três tipos de possibilidades de manifestação de angústia e de formação de sintomas e os relaciona a tipos de necessidades distintas que não puderam ser supridas.

- No primeiro grupo situam-se os pacientes que tiveram uma provisão ambiental inicial suficientemente boa e uma vida familiar satisfatória no período de pré-latência. Suas ansiedades seriam relativas às relações interpessoais. Neste caso, a técnica de tratamento “standard”, conforme proposta por FREUD e KLEIN, pode ser utilizada.

- No segundo grupo estão os pacientes cuja ansiedade situa-se na junção do amor e do ódio, do bom e do mal, no reconhecimento da dependência, ou seja, nas questões que envolvem a ‘posição depressiva’. Neste caso a análise desenvolver-se-ia acerca das ansiedades do desmame e das perdas. Assim sendo, a interpretação e a associação livre poderiam ser utilizadas.

- No terceiro grupo estão os pacientes que tiveram um desenvolvimento emocional primitivo conturbado, em virtude de uma provisão ambiental precária ou insatisfatória nos primeiros momentos e meses de vida. Regredir, para estes pacientes, significa reviver este estado de caos a que estiveram submetidos em seus primeiros momentos de vida, em função de suas necessidades não atendidas. Neste caso, o trabalho

analítico “standard”, segundo o autor, deve ficar suspenso por longos períodos, devendo ser utilizado apenas o ‘manejo’, “handling”, e a ‘sustentação’, “holding”. O terapeuta exerceria, inicialmente, na relação transferencial, uma maternagem satisfatória, para recuperar o fracasso original. Esta ‘boa maternagem’ atual tem o objetivo de que o indivíduo primeiramente se integre como pessoa, tenha noção de sua existência e se recupere da privação original para poder reviver e resgatar a possibilidade de uma abordagem e um novo relacionamento consigo mesmo, com seu EU (self), que foi mantido aprisionado e incapaz de funcionar como experiência própria. Depois disto conseguido, uma análise do tipo “standard” pode ter início.

Podemos observar também, em WINNICOTT (1993c,1993b), que existem diferenças significativas entre a ansiedade e(ou) angústia vividas pelos pacientes do primeiro e do segundo, com relação aos do terceiro grupo. Nos pacientes do primeiro e segundo grupo, estas podem ser entendidas como oriundas de um processo de desenvolvimento da libido, relacionadas ao ego, aos objetos (internos e/ou externos) e ao processo secundário. Estas teriam uma representação conteriam aspectos simbólicos, e seriam mobilizadas por uma frustração pulsional, ou em situações de perdas e perigos. Podemos dar como exemplos a ansiedade de castração, fóbica, histérica, enfim, às ansiedades psiconeuróticas em geral.

Nos pacientes do terceiro grupo, a qualidade da angústia e(ou) ansiedade deve ser entendida como distinta dos dois grupos anteriores. Eles estariam experimentando ou re-experimentando as ‘agonias primitivas’ em virtude de provisões ambientais afetivas insatisfatórias a que estiveram submetidos na etapa inicial de seu desenvolvimento psíquico. Neste caso, a angústia não seria pulsional egóica nem estariam relacionadas às relações objetais, mas seria relativa à organização de seu EU (self), à sua identidade, seu sentido de existência e à sua integração psicossomática. A angústia dos pacientes do terceiro grupo pode se apresentar de três maneiras:

- Pela psicose, pois não foi possível organizar uma formação defensiva e o caos se apresenta como tal;

▪ Pela regressão surgida dentro da proteção do “setting” analítico, onde e quando a organização defensiva pode ser quebrada e experimentada;

▪ Pelo colapso da organização defensiva, quando os pacientes se apresentam em ‘estado de pânico’, reexperimentando as ‘agonias primitivas’ ou seja, experimentando ao mesmo tempo uma organização egóica e o caos psíquico.

O quadro de ‘agonias primitivas’ e defesas que seriam acionadas contra elas, nos pacientes do terceiro grupo seriam, segundo WINNICOTT (1994b):

1. Retorno a um estado não-integrado (defesa: desintegração)
2. Cair para sempre (defesa: sustentar-se/self-holding)
3. Perda do conluio psicossomático, fracasso da despersonalização (defesa: despersonalização)
4. Perda do senso real (defesa: exploração do narcisismo primário, etc.)
5. Perda da capacidade de relacionar-se com objetos (defesa: estados autistas, relacionamentos apenas a fenômenos do self).

Para WINNICOTT (1993c) o indivíduo do terceiro grupo, reviveria transferencialmente dentro do “setting” analítico, além dos aspectos pulsionais e de fixações da libido, as provisões ambientais adaptativas inadequadas ou insuficientes exercidas pela maternagem, no momento de dependência absoluta. Sendo assim, afirma:

A regressão à dependência é parte integrante da análise dos fenômenos do início da infância...
...O que é necessário aqui não é a interpretação e, na verdade, a fala ou mesmo o movimento pode arruinar o processo e ser excessivamente doloroso para o paciente...

Deste modo, para WINNICOTT (1994b), a regressão na análise traria para o paciente do terceiro grupo, a possibilidade de reviver, refazer e representar, as marcas inconscientes (e até mesmo traumáticas) que não puderam ser representadas no momento em que ocorreram. O analista, e o exercício da função de ‘mãe suficientemente boa’ feita por este no “setting”, dariam ao paciente, no momento atual, as condições ele necessitou e

não obteve. WINNICOTT (1993c) define as condições que nós, analistas, muitas vezes temos de enfrentar:

A psicanálise que envolve uma regressão clínica tem um decorrer muito mais difícil do que aquela na qual não é necessário fazer qualquer provisão ambiental adaptativa especial. Em outras palavras, seria agradável, se fôssemos capazes de trazer à análise apenas aqueles pacientes cujas mães, no início, e também nos primeiros meses, foram capazes de fornecer condições suficientemente boas. Mas esta era da psicanálise está inexoravelmente chegando ao fim.

Um paciente que teve essas falhas no desenvolvimento emocional primitivo, e que durante a análise, pela regressão, as reviveria transferencialmente, segundo WINNICOTT (1993c, 1993i, 1994b, 1994d) não apresentaria desejos, mas necessidades que seriam de ordem emocional e afetiva. Estas necessidades, segundo o autor, não devem ser apenas interpretadas pelo analista, como no caso dos pacientes neuróticos. Ao contrário, elas devem ser supridas pelo analista, na análise, pois apenas a interpretação verbal pode ser sentida pelo paciente como uma falta de compreensão e de cuidados, como podem também, ser sentidas como invasivas, como afirma WINNICOTT (1993c):

No caso do paciente regredido, a palavra desejo é errada; no seu lugar, usamos a palavra necessidade... ...Se a necessidade não é satisfeita, o resultado não é raiva mas sim uma reprodução da situação de fracasso ambiental que interrompeu os processos de crescimento do self.

Além do suprimento de necessidades, para WINNICOTT (1993b), regredir como retorno da independência para a dependência teria também o propósito de encontro e organização do verdadeiro EU (self). Para isto, a análise não deve ser feita somente com base nas defesas do ego, para a compreensão do material latente e inconsciente do id, mas também, das defesas que compõem o falso EU (self), em busca do verdadeiro EU (self). Em outras palavras, a regressão visa compreender as defesas que foram acionadas para manter a integração ou evitar a desintegração do indivíduo.

Podemos compreender o modo como WINNICOTT realiza este processo, pelos depoimentos de LITTLE (1992) e GUNTRIP (1975), de acordo com as experiências que tiveram com ele. Mas, podemos citar como exemplo também, a resposta de uma consulta feita por carta 'A um correspondente americano' de WINNICOTT (1990c):

O senhor fala da perda da capacidade de ser um indivíduo integrado total, contendo e sendo capaz de suportar (tolerar) quaisquer angústias (e coisas boas) que possam existir na sua constituição total... ...Pode ser que, se o senhor estiver 'inteiro', mais cedo ou mais tarde essa angústia que vai além do que pode tolerar se apodere do senhor, e o senhor não consiga mantê-la o suficiente para olhá-la e examinar seu conteúdo. Se conseguisse fazê-lo, perceberia que ela contém - na raiz - a fonte mais profunda de sua própria energia psíquica, de modo que, quando o senhor tem de encobri-la (ou quando ocorre que ela seja encoberta), o senhor, por assim dizer, perde sua raiz principal.

Neste trecho observamos que WINNICOTT compreende este tipo de angústia como estrutural e não atual. Continuando a carta, WINNICOTT (1990c) descreve o modo como entende a etiologia, o tratamento e a cura desse tipo de quadro:

Ora, quando tive a chance de tentar ajudar pacientes individuais com esse tipo de problema, tive de proporcionar-lhes um ambiente que estivesse próximo ao estado de coisas que geralmente predomina, no início, quando a mãe tem um bebê seu. A mãe, temporariamente, está totalmente empenhada na tarefa de adaptar-se às necessidades do bebê - vivendo, por exemplo, no tempo do bebê, e não no seu, etc, etc,... A cura vem quando a 'confiança' na mãe é tão grande que o paciente consegue ficar zangado ao menor sinal de sua falha de adaptação. Desse modo, o paciente retorna à raiva que teria sido adequada no estágio inicial. Agora, podemos conjecturar o fracasso de sua mãe, que em algum momento fracassou (sinto por ela) em protegê-lo de um pai como o senhor descreve.

Neste trecho, WINNICOTT (1990c) relaciona este tipo de angústia às falhas no suprimento das necessidades não atendidas pela mãe na etapa inicial de desenvolvimento de um bebê, quando ainda não era possível para este, representar nem responsabilizar quem quer que seja por isto. Com isto, propõe que o "setting" analítico e o terapeuta devem proporcionar o apoio ambiental que falhou na etapa inicial de seu desenvolvimento. Fica claro que WINNICOTT entende que no centro da cena de suprimento de necessidades deveria estar o bebê e não a mãe, assim como a necessidade que esta teria de um ambiente facilitador e acolhedor (que deve ser providenciado pelo pai) para que ela pudesse ficar liberada para cuidar e suprir as necessidades de seu filho. Essa condição fica ainda mais clara no trecho seguinte:

Não estou esperando que me compreenda completamente, mas tudo o que posso fazer é tentar compreendê-lo um pouco, porque não tenho como lhe oferecer condições para que possa chegar à confiança inicial que herdou, e da qual foi rude e prematuramente arrancado pela timidez da mãe juntamente com os acessos de selvageria do pai. O senhor devia saber que esses problemas, até certo ponto rondam todas as pessoas mas, para o senhor, a realidade do estado dos seus pais implantou um padrão em suas condições e tornou-lhes impossível proporcionar a si mesmo o ambiente facilitador que permitiria que seu processo de maturação se desenvolvesse.

Com o exposto, entendemos que o exame e a quebra destas defesas, podem acontecer gradualmente, dentro do “setting” analítico, de forma contida e protegida pelo analista. Porém, esta quebra pode ocorrer espontaneamente, pelo ‘colapso’ de defesas, que ocorreriam mediante fatos da vida que evocariam as experiências primitivas. Neste caso, sem a proteção do “setting” e a continência do analista, haveria uma tomada de pânico em virtude da re-experiência do caos interno que estaria protegido pelas defesas e pelo Falso EU (self).

Pela exposição das idéias de WINNICOTT, sobre o modo de estruturação e sobre o desenvolvimento do aparelho psíquico, concluimos alguns pontos:

- O modo de ser do bebê faz parte de suas potencialidades herdadas. Estas se manifestam por um EU (self) verdadeiro, que se constitui em uma identidade, anterior à sua relação com o meio ambiente.
 - O EU (self) verdadeiro, manifesta-se primeiramente, pela espontaneidade e motilidade muscular, relacionadas ao corpo, portanto.
 - No início há apenas um EU (self) verdadeiro, um potencial para o desenvolvimento e para o crescimento, sem representação e intermediação egóica.
 - O EU (self) verdadeiro não é ego e está primeiramente relacionado com a atividade instintiva e não pulsional.
 - Na etapa inicial, para que a organização psíquica possa ter início, de forma integrada e integral, o bebê teria necessidades e não desejos. Essas necessidades são instintivas e podem ser supridas pelo manejo, “handling”. Mas haveria necessidades

afetivas, que devem ser supridas pela contenção emocional e afetiva, pelo “holding” materno. O suprimento de ambas necessidades contribuem para que uma criança se desenvolva e se constitua primeiramente em um EU (self), ou seja, experimente sua existência como pessoa, para que as organizações pulsional e egóica tenha início.

- O registro das experiências relativas à etapa inicial de organização psíquica, por terem outra procedência daquelas vividas pelo ego, e por serem anteriores à organização egóica e a sua capacidade de representá-las, não se daria por representações de idéias ou objetos, mas por marcas emocionais.

- A organização do EU (self) verdadeiro seria responsável pela organização da pulsionalidade e pela estruturação do ego;

- Como o desenvolvimento egóico depende da apropriação e da organização do EU (self) verdadeiro para a aquisição da identidade EU SOU, EU EXISTO, e este depende do suprimento das necessidades afetivas feitas pelo ambiente, o fracasso ambiental de satisfação afetiva do lactente pode comprometer as bases iniciais da organização, a estruturação e o desenvolvimento egóico.

- As falhas ambientais podem ser compreendidas como: (1) a predominância ou a substituição de cuidados afetivos por cuidados técnicos, o que proporciona para a criança, confusão entre necessidade instintiva e(ou) pulsional e necessidade afetiva, entre amor e necessidade. Como consequência, podemos ter uma superestimulação intelectual para suprir as falhas afetivas; uma indiscriminação entre pensar e sentir, e uma dissociação psicossomática, na qual o corpo não é sentido como fazendo parte de sua realidade psíquica; (2) falta de um ambiente ‘suficientemente bom’, ou seja, uma mãe objeto e ambiente, que não pode identificar-se suficientemente com seu filho para dosar a quantidade de estímulos suportáveis para o desenvolvimento gradativo de sua capacidade de suportar estimulações. Com isto, haveria sentimentos de intrusão, “impingements” (por excesso de estímulos internos e externos), necessidade de reação e mobilização de defesas para organizar o caos psíquico e evitar a desintegração. Estas intrusões seriam experimentadas como traumáticas e permaneceriam vinculadas ao funcionamento psíquico, desde bebê, até a vida adulta; (3) a mãe funcionaria como ‘ego auxiliar da criança’, mas se

manteria como substituta da função egóica do lactente na etapa de desilusão, interpretando as atitudes e necessidades do filho, segundo seus próprios referenciais. Como consequência, haveria a aquiescência e a submissão do sujeito a um OUTRO-EU (self), o que impediria que o teste de realidade seja feito pelo exercício da agressividade, da transicionalidade, e da experiência própria, comprometendo, assim, a capacidade de 'brincar', experimentar e criar seu EU (self); (4) falhas ou falta de experiência de SER, na relação, que seria substituída por um FAZER. Isto promoveria um FAZER reativo da criança, como substituto e(ou) compensatório da falta de confiança no suporte materno. Como consequência, a criança estaria sujeita às 'agonias primitivas', comprometendo sua organização, concepção e existência como pessoa, e sua identidade.

- As falhas sucessivas e excessivas do exercício do "holding" materno, proporcionariam sentimentos de desamparo e caos psíquico, 'agonias primitivas' (ao invés de ansiedade), e fariam com que o lactente tivesse de reagir e acionar defesas. Este processo contribuiria para o desenvolvimento de um falso EU (self) contra a desintegração que daria suporte, sustentação e identidade sobre os quais o desenvolvimento egóico se organizaria.

- O tratamento psicanalítico com pacientes que tiveram esta condição de falhas de suprimento emocional primitivo deve ser feito pela função materna exercida pelo analista, que daria a este, no momento atual, o suporte necessário para que suas potencialidades e reorganização psíquica tenham início.

WINNICOTT (1994b) atribui o pânico a um processo que conteria dois momentos. Uma experiência traumática oriunda de fracassos e falhas ambientais no suprimento afetivo, numa etapa inicial da organização psíquica, anterior à relação com os objetos e a condição egóica capaz de representar essas falhas. Uma re-experiência na idade adulta dessas marcas traumáticas, dessas 'agonias primitivas', que seriam experimentadas em virtude da quebra de organização de defesas que o 'protegeriam' contra elas, evocadas por uma situação atual. Embora temido, neste segundo momento, o desamparo psíquico, poderia ser re-experimentado, concebido, representado e elaborado.

2.2. FUNCIONAMENTO PSÍQUICO, REFERÊNCIAS, IDENTIDADE E SINTOMA

Quem trabalha com crianças sabe pela experiência (pelo trabalho psicoterápico, pedagógico, clínico e outros) como e quanto os pais interferem no trabalho que desenvolvemos com elas. Estas interferências podem facilitar ou impedir o desenvolvimento do trabalho e da criança.

Sempre observei, durante o trabalho clínico, que muitos pais podiam ser continentes das dificuldades de seus filhos, mas muitos outros, embora desejassem e fizessem o melhor que podiam para suas crianças, não conseguiam ser continentes dos conteúdos de seus filhos por razões complexas.

Estas observações deram origem à pesquisa contida em minha Dissertação de Mestrado, TSCHIRNER (1993), que são mencionadas neste momento pois serviram como ponto de partida e referência para a compreensão do paciente com pânico. Esta pesquisa foi realizada na relação transferencial mantida entre analista - paciente/criança e analista/pais das mesmas, que procuravam atendimento psicoterápico em meu consultório.

Como na época não havia conhecimento da minha parte da teoria de WINNICOTT - e o referencial teórico⁷ e técnico que dava suporte ao meu trabalho clínico na época, não permitia contato do analista com a família das crianças em análise - intuí que as queixas e(ou) os sintomas apresentados pelas crianças teriam algum tipo de relação com o meio ambiente em que elas estavam inseridas, pois tanto as crianças como seus pais apresentavam muitas características comuns de funcionamento psíquico.

Deste modo, passei a ter contato freqüente com os pais das crianças que estavam em análise, com o objetivo de compreender a relação entre os membros da família, para tentar compreender as angústias e aflições, necessidades e dificuldades que os pais tinham com relação a seus filhos e vice-versa.

Do ponto de vista técnico, passei a me relacionar com as crianças, 'brincando', conforme o conceito de WINNICOTT (1975c, 1975d), para compreender transferencialmente do que elas necessitavam. Pelo contato freqüente com os pais, puderam

⁷ O referencial teórico utilizado na época era Kleiniano.

ser ouvidas suas queixas e aflições, mas também pôde ser compreendido qual(is) era(m) o(s) pedido(s) que eles faziam a seus filhos, e que não podiam ser atendidos por eles, e também, o que eles podiam ou não dar à sua criança, para atender suas necessidades (não necessariamente seus desejos).

Observando pela relação transferencial do que as crianças precisavam e ouvindo nas entrevistas devolutivas os pedidos e as queixas que os pais faziam dessas crianças, com esta sobreposição, compreendeu-se do que os filhos necessitavam, e não podiam ser atendidos pelos pais, e vice-versa. Além disso, observou-se a forma como se estabelecia este funcionamento psíquico característico comum entre pais e filhos, que norteava a família, e a relação entre eles.

Um conceito utilizado, que foi básico e fundamental para a compreensão dessa relação, foi o de ‘significação’⁸ proposto por BLEGER (1989a), pois este autor parte do princípio de que toda conduta de um ser humano seria sempre significativa, isto é, teria um sentido, seja ele intencional ou não, consciente ou não, expresso em palavras ou atitudes. BLEGER (1989a), compreende que uma significação teria uma representação simbólica, que expressa e transmite idéias, intenções, conteúdos pensamentos conscientes ou inconscientes, experienciados ou incorporados, passíveis ou não de veiculação por meio da fala ou de um comportamento.

Segundo BLEGER (1989a), um significado não seria um dado preexistente em si. Estes seriam concebidos por intermédio de experiências, que teriam um assentamento especial no ‘aparato mental’, adquiridas por meio de experiências internas, com objetos internos (representantes pulsionais); ou podem ser internalizados, pelas experiências com o mundo externo, e na relação de uma pessoa com outras pessoas, que se transformariam em aspirações, ideais e desejos, implicados com situações passadas, presentes e futuras..

⁸ Sem dúvida este conceito tem sido visto, estudado, conceituado, definido por muitos e vários autores de diversas tendências e vertentes teóricas, tornando-se um tema vasto na literatura de todas as áreas. Na verdade, em nenhum momento pensei em fazer um estudo aprofundado sobre esse tema. Minha intenção foi apenas usar um conceito que representasse em palavras o que eu observava e percebia na clínica e utilizá-lo como referência.

Para este autor, todo significado tem uma organização, e esta só teria razão de ser, se estiver ligada a um sentido, isto é, se este se referir ao contexto do qual emerge, e ao conjunto de relações estabelecidas interna e/ou externamente. Assim afirma BLEGER (1989a):

O sentido da conduta não é um conteúdo com que adscrevemos artificialmente os seres humanos ao movimento ou à conduta de outros seres humanos; tal ponto de vista procede do estudo da conduta molecular ao ser humano abstraído do contexto social. A conduta é sempre molar e o sentido é uma de suas qualidades essenciais, não algo que se acrescenta a posterior. O processo de fracionamento ou elementarização fez com que se perdesse de vista a estrutura unitária da conduta como ação num contexto social, cultural.

Com isto, o autor entende que várias condutas moleculares coexistem em uma só conduta molar. Deste modo, o sentido de uma conduta molecular não pode ser considerado de forma isolada, e sim, no contexto total no qual realmente ocorre. Para compreendermos o sentido de uma conduta molar, teríamos de considerar os elementos que estariam contidos nesta conduta, ou seja, os conteúdos internos à própria pessoa; a relação desta com outras condutas moleculares, e a situação na qual está inserida.

Porém, para compreendermos como se constituiriam esses significados, temos de considerar suas origens. Para isto, temos de levar em conta que uma criança depende intensamente de pessoas que cuidem dela (em seus aspectos tanto físicos quanto psicológicos); que as pessoas mais próximas, e mais importantes de seu mundo com as quais ela exerceria mais fortemente sua dependência (tanto dela com relação a elas mas não descartando a dependência delas com relação a si própria) seriam seus pais; e que os pais seriam os primeiros objetos (porém, não os únicos) do mundo externo, responsáveis pela significação, formação e desenvolvimento de estruturas que norteiam o funcionamento de seu aparelho psíquico.

Consideramos também que desde o nascimento de uma criança, a cada momento de seu desenvolvimento, ela estaria às voltas com questões e também as traria para seus pais. A forma como os pais podem ou não compreender, interpretar, significar e transformar as questões apresentadas pelos filhos depende de como eles as interpretam e transformam para si mesmos.

Podemos observar e considerar que não dependeriam somente dos pais a formação, a organização e desenvolvimento da condição psíquica de uma criança, pois no decorrer de seu desenvolvimento ela elegeria outros objetos significativos para tentar transformar, significar ou re-significar os conteúdos que não foram passíveis de significação nesta primeira relação. Em outras palavras, uma pessoa, quer seja ela criança ou adulto, estaria sempre às voltas com questões de significação de conteúdos, das mais diversas formas possíveis, elegendo os mais diversos objetos e situações para isto.

Pensando desta forma, entendemos que qualquer que seja a conduta, esta dependeria de um funcionamento psíquico, e este, teria em sua base uma organização que se constituiria baseada em significados. Assim, estes significados transformar-se-iam em referências, sob as quais as pessoas norteariam seu modo de 'ver', interpretar e elaborar suas próprias questões e as do mundo externo, que dariam ao mesmo tempo segurança, proteção e amparo. Além disso, entendemos que a organização, a formação e o desenvolvimento do aparelho psíquico de uma criança não dependeriam somente de sua atividade pulsional, nem tão pouco da influência direta de seus pais, mas de uma 'trama' de significados que buscaria sentido.

Esta 'trama' pode ser vista como algo ativo e correlacional, ou seja, uma pessoa transformaria e seria transformada, tanto por questões internas - das transformações e significações que ela faria em seu mundo interno, segundo suas características pessoais, constitucionais e pulsionais; como externas - das relações que ela manteria com o mundo externo, no qual e pelo qual ela transformaria e atribuiria significados, mas seria transformada e receberia significações.

Por estas relações, uma criança iniciaria seu processo de desenvolvimento para sua autonomia e 'existência como pessoa'. 'Existência como pessoa', neste sentido, significa que a criança tem condições de gerar referências próprias, pelo desenvolvimento da capacidade de articular, metabolizar, significar e resignificar essas referências, e adquirir autonomia para eleger objetos significativos para ajudá-la a fazê-lo em seu processo de vida.

No entanto, em função da necessidade que uma criança tem de pessoas que cuidem dela, esta pode ficar dependente de significados rígidos tidos como REFERÊNCIAS⁹ determinantes dadas por outros a ela, independentemente de suas próprias experiências. Estes significados rígidos, teriam a conotação de ‘verdades’ e, portanto, não poderiam ser modificados, transformados ou questionados.

Se utilizarmos o conceito de falso EU (self), proposto por WINNICOTT (1990e), podemos pensar que este poderia ser desenvolvido e norteado por estas REFERÊNCIAS, que seriam adquiridas por meio das relações vividas com os pais (ou substitutos destes). Sendo assim, no falso EU (Self) estariam embutidas REFERÊNCIAS que seriam exercidas na relação consigo mesma e com o mundo externo, pois dariam sentido e significado de existência, identidade, proteção e segurança para uma criança.

Podemos pensar também, que nas REFERÊNCIAS estaria embutida a idéia de ilusão de WINNICOTT (1975c,1990b). Esta ilusão dar-se-ia em vários sentidos:

- No sentido de segurança, pois esta teria a conotação de ‘verdade’, de normas e regras a serem seguidas;
- No sentido de existência, pois esta daria identidade à criança e à família;
- No sentido de confiança dos pais, pois esta teria o sentido de ‘verdade’;
- No sentido de suporte e segurança, pois os pais dariam às crianças orientações de como serem ‘boas pessoas’ e seriam com isto, ‘bons pais’.

Sem dúvida, entendemos que todas as pessoas - pais e filhos inclusive - precisam de referências (e muitas vezes de ilusões) para se situarem na vida. Porém, por um lado as referências transitórias dão apoio e colaboração para a significação e experimentação de si mesmo e do mundo; por outro lado, a utilização de REFERÊNCIAS como suporte e ‘verdade’ baseada na experiência e até mesmo na expectativa e dependência do OUTRO (além da crença na ilusão de que esta REFERÊNCIA seria própria) que substituiria sua possibilidade de experimentar a si mesmo e ao mundo.

⁹ A diferença entre referência e REFERÊNCIA, foi feita neste caso, levando-se em conta a possibilidade de transformação desta, incluída na referência. A impossibilidade de transformação, por estar incluída a necessidade de obediência a significados rígidos, foi representado pela utilização do termo REFERÊNCIA

Neste segundo caso, as pessoas em questão estariam substituindo seu EU por um EU-OUTRO, e norteando seu modo de conduta, segundo as experiências e REFERÊNCIAS de OUTROS, e não as delas mesmas. Desta forma, desenvolver-se-ia uma identidade e autonomia ilusória, teriam um suporte no OUTRO e dependência de suas REFERÊNCIAS. Esta ilusão impediria o desenvolvimento de seus próprios recursos, a metabolização de seus próprios conteúdos e experiências, para adquirir suas próprias referências e identidade. Haveria, também, uma dependência de OUTROS e de suas REFERÊNCIAS, sem metabolização, transformação e crítica. Este OUTRO seria, então, transformado em PESSOA-REFERÊNCIA, que deve ser seguida.

Neste modo de ver, as REFERÊNCIAS não poderiam ser metabolizadas; as PESSOAS-REFERÊNCIA não poderiam ser questionadas; e não poderiam também ser eleitas outras referências e pessoas significativas. Pelo contrário, estas primeiras perpetuar-se-iam, pois ao eleger outros objetos significativos, estas seriam apenas substitutas e transferências, em iguais condições e circunstâncias das PESSOAS-REFERÊNCIA.

Desta forma, podemos entender que a eleição e a relação de pessoas que apresentam esse tipo de organização psíquica, se basearia em amor, mas em intelectualizações e conveniências, baseadas nas REFERÊNCIAS. Deste modo, qualquer pessoa e/ou situação poderia ser trocada por outra mais ‘verdadeira’, e(ou) mais adequada e conveniente.

Utilizando os conceitos de WINNICOTT (1990d), podemos dizer que a possibilidade de transformação e elaboração de referências daria sentido de vida e existência ao verdadeiro EU (self) do indivíduo, ao passo que a adesão às REFERÊNCIAS daria sustentação e suporte para o desenvolvimento do falso EU (Self). A formação e o desenvolvimento da organização psíquica das pessoas norteadas por REFERÊNCIAS dependeriam da internalização das REFERÊNCIAS externas a que estiveram (e estariam) submetidos, e principalmente pela impossibilidade de transformá-las.

Uma das conclusões da pesquisa de TSCHIRNER (1993) foi a forma e as condições necessárias para que uma família se constituísse e mantivesse neste tipo de funcionamento baseado em REFERÊNCIAS¹⁰ e que seriam consequência de um processo, que se iniciaria antes da concepção de uma criança, que podemos descrever da seguinte forma:

Um homem e uma mulher encontrar-se-iam, cada qual com suas referências e REFERÊNCIAS, decorrentes dos vínculos estabelecidos em suas famílias de origem, e relações que estabeleceram em seu processo de vida. Os parceiros teriam cada um significado para o outro, o que daria um sentido a esta relação. Nesta oportunidade, muitos conteúdos contidos nas REFERÊNCIAS que não puderam ser transformados e metabolizados pelos vínculos estabelecidos com suas famílias de origem, ou outros de objetos significativos, poderiam agora, na família atual, ser transformado pela relação do casal.

No entanto, existiriam REFERÊNCIAS que não puderam ser metabolizadas, quer pela família de origem, quer por outros objetos significativos, que se transformariam em REFERÊNCIAS rígidas, importantes, preponderantes, ‘verdadeiras’ (e ilusórias) que, mesmo no vínculo estabelecido na família atual, não seriam passíveis de transformação.

Indo mais além, muitas vezes ao invés de haver uma re-significação interna das pessoas envolvidas, um parceiro tentaria pela identificação projetiva mantida com o outro transformá-lo e controlá-lo como se o fizesse com partes internas de si mesmo. O outro, por sua vez, não tendo condições de metabolizar estes conteúdos (por questões internas ou até mesmo para não perder o ‘amor’ do outro, ou o casamento (pois o sucesso deste pode estar contido em REFERÊNCIA), assumiria o ‘lugar’ designado a ele pelas REFERÊNCIAS do outro, e vice-versa. Em outras palavras, as REFERÊNCIAS poderiam adquirir uma configuração com sentido de complementaridade no vínculo entre homem e mulher.

¹⁰ Esse raciocínio foi desenvolvido levando-se em conta a observação e a constituição da base familiar presentes em nosso contexto cultural.

Assim sendo, estabelecer-se-ia uma situação tal, que o vínculo e o sentido da relação, seria o de manter os pontos cegos sem metabolização, as REFERÊNCIAS. Desta forma, haveria impedimento de transformação, re-significação e o desenvolvimento de uma autonomia interna (e muitas vezes externa), de cada parceiro, do casal e da família atual. Estabelecer-se-ia uma relação de controle do outro e de si mesmo, onde e quando, partes do outro seriam transformadas em si, e vice-versa, com o sentido de adaptação à situação atual e de manutenção das REFERÊNCIAS.

Neste modo de pensar, o 'lugar' designado para cada membro da família seria aquele compatível e significado de acordo com a condição de REFERÊNCIAS dos parceiros envolvidos, e não necessariamente com a sua identidade e com sua necessidade, com seu modo de ser pessoal, com seus próprios recursos, características e desejos, adaptados às condições e experiências da família atual.

Em outras palavras, as pessoas envolvidas não poderiam ser elas mesmas, nem conseguiriam estabelecer uma relação de negociação e transformação com o outro e por intermédio do outro, assim seriam impedidas de exercer e desenvolver um EU na relação. Pelo contrário, estas REFERÊNCIAS ajudariam a configurar, desenvolver e fortalecer um Falso EU (Self) familiar, que daria sentido de união e identidade à família.

Assim, ficaria estabelecido um 'pacto', no qual estes pontos cegos permaneceriam intocáveis, e se transformariam em REFERÊNCIAS rígidas que norteariam a família atual. Esta família seria regida por defesas, pelo Falso de cada componente da família, ou seja, pelas REFERÊNCIAS que dariam sentido de proteção, defesa, amparo, segurança, existência e identidade familiar.

Com a chegada de uma criança, esta seria inserida neste contexto. Os pais poderiam ajudá-la para atender as suas necessidades, de metabolizar, de dar significado e sentido, às questões que não abrangessem seus pontos cegos e suas REFERÊNCIAS rígidas. No entanto, nas questões que abrangessem as REFERÊNCIAS, os potenciais e necessidades da criança, não poderiam ser levados em conta, ou seriam até mesmo transformados por estes pais (pela identificação projetiva que estabeleceriam com elas, ou seja, como se a criança fosse uma parte deles mesmos) por meio de uma designação de 'um lugar' que ela deveria ocupar na família.

Esse 'lugar' teria o objetivo de impedi-los, por meio do impedimento da criança, de resignificar e transformar seus 'pontos cegos', suas REFERÊNCIAS. Assim, teríamos uma situação tal, que a autonomia da criança poderia estar muito aquém de seu potencial constitucional de desenvolvimento em termos de independência, e existência como pessoa, pois o desenvolvimento de seu verdadeiro EU (Self) seria impedido, a fim de manter uma situação de REFERÊNCIAS da família.

Romper as REFERÊNCIAS determinadas e designadas pelos pais à criança, poderia colocá-la em risco de não ser 'aceita', ou até mesmo ser vista como 'má' (no sentido moral) e consequentemente 'abandonada' (no sentido de não ser amada), o que proporcionaria a possibilidade de perder a segurança e garantia dada pelas REFERÊNCIAS, dadas pelas PESSOAS-REFERÊNCIA.

A ansiedade de abandono pode ser entendida deste ponto de vista. Ela pode ser desencadeada, diante da possibilidade de perda 'real' do amor dos pais, de ser abandonada por eles, em virtude do rompimento das REFERÊNCIAS da família. Para se defender da possibilidade de ser abandonada pelos pais, um falso EU (Self) teria necessariamente de ser desenvolvido por esta criança, haja visto sua condição de dependência (em todos os sentidos) necessidade de segurança, de amor, de aceitação e de ter uma identidade.

Desta forma podemos pensar no desenvolvimento de uma dependência exacerbada de uma criança com relação à família e a OUTROS. Com relação à família, esta se daria em virtude da necessidade de cumprir as REFERÊNCIAS, para manter a coesão, o amor e a identidade da família. Com relação a OUTROS, a obediência às suas regras normas e às REFERÊNCIAS seria transferencial pois teria em sua base a necessidade de transformar-se com relação à necessidade de OUTROS. Com isto, haveria a transformação do EU da criança em um EU-OUTRO, para que ela possa se constituir e sobreviver, mesmo tendo limitada sua possibilidade de transformação, de ser ela mesma, independente e autônoma.

Resumidamente, entendemos que a identidade de uma criança, poderia se constituir pelas REFERÊNCIAS de cada cônjuge individualmente, que seriam adquiridas em suas famílias de origem. As REFERÊNCIAS contidas no vínculo que o casal

estabeleceria entre si, daria significado e sentido ao nascimento da criança e também ao significado e sentido que ela teria para os pais. A possibilidade de constituição de uma identidade flexível, autônoma e independente, dependeria da possibilidade de transformação das REFERÊNCIAS de cada elemento da família individualmente, e também da relação que ela manteria com outros objetos significativos.

Desta forma, a criança pode se desenvolver para sua autonomia, independência e flexibilidade, dependendo não só de fatores internos e constitucionais da própria criança, mas também de fatores externos à mesma, presentes na condição interna dos pais e da condição de REFERÊNCIA mantida pela família que norteariam seu funcionamento psíquico e identidade ao longo da vida.

Concluimos que muitos impulsos, necessidades e(ou) desejos que não conseguiram satisfação, metabolização e significação interna, nas primeiras relações que a criança estabelecer com seus pais, em virtude do impedimento proporcionado pelas suas REFERÊNCIAS (dos pais), poderiam gerar um quadro de desnorreamento, comprometendo a formação, a organização psíquica e a identidade da criança.

Além disso, muitas vezes, ouvimos relatos (e observamos), que um filho foi concebido por uma REFERÊNCIA e não por um desejo próprio do casal de cuidar e amar a criança. Com certeza, uma mãe que cuida de uma criança por amor e pelo desejo de ser mãe, segundo WINNICOTT (1990b,1990i), ela pode exercer o “holding”, dando-lhe o suporte necessário, ou seja, ela pode SER, pode permitir que a criança SEJA uma pessoa, e que exerça seus desejos e constitua uma identidade própria. De modo contrário, uma mãe que concebe um filho como consequência de norma e regra de conduta contida em REFERÊNCIAS, ela pode FAZER, ou seja, pode exercer cuidados técnicos contidos no “handling”, relacionados com a manutenção física e educacional da criança. Neste caso, a função materna estaria sendo exercida por cuidar, por criar e por educar uma criança, segundo as regras e normas de REFERÊNCIA. Deste modo, a criança poderia ter o significado para os pais de cumprimento de REFERÊNCIAS, e seu desenvolvimento neste sentido, teria o sentido de um ‘troféu narcísico’ da família na sociedade.

Neste tipo de situação, compreendemos que pode haver uma outra possibilidade de desenvolvimento de um sintoma, de um 'distúrbio de conduta', de 'comprometimento no funcionamento psíquico', ou de uma condição insatisfatória de alguém consigo mesmo e com outros. O sintoma atual de uma criança poderia estar se desenvolvendo, em virtude de um comprometimento psíquico dos pais, pois este comprometeria a organização e desenvolvimento do aparelho psíquico da criança, pelos pontos cegos sem transformação, que seriam adquiridos por meio de significados rígidos contidos e comprometidos com as REFERÊNCIAS da família de origem de cada cônjuge.

O processo de sintoma atual de uma criança iniciar-se-ia com o seu nascimento (ou antes deste) por meio de REFERÊNCIAS transmitidas por gerações, antes de sua concepção; permaneceria na infância pela dependência desta dos pais; continuaria se desenvolvendo em virtude da ansiedade de abandono que o rompimento das REFERÊNCIAS dos pais suscitaria; e se perpetuaria na vida adulta pelas tentativas fracassadas de re-significação de REFERÊNCIAS. Esta condição comprometeria a formação de sua identidade, sua conduta, relacionamentos e atividades durante todo seu processo de vida.

Deste ponto de vista, relacionamos as várias possibilidades de pensarmos uma dificuldade, um comprometimento e(ou) um sintoma (de uma criança ou adulto):

Uma dificuldade apresentada por uma pessoa (criança ou adulto), pode ser decorrente de transtornos orgânicos (ou até mesmo de síndromes cromossômicas e(ou) genéticas). Muitos transtornos dessa ordem podem gerar comprometimentos psicológicos importantes. Por exemplo, a forma como uma pessoa lida no dia-a-dia com as influências e interferências de uma doença crônica e com as turbulências a que se está submetido em função desta, como uma diabetes, uma epilepsia, um tumor cerebral, etc...

Entretanto, observamos que a relação da pessoa com seu transtorno orgânico pode variar, dependendo da forma como ela o significa e(ou) o interpreta, e como este é concebido, contido, significado e interpretado no contexto familiar, social, clínico e outros, nos quais esta pessoa está inserida. Esta concepção externa de seu corpo e(ou) de seu transtorno orgânico pode influenciar diretamente em sua própria concepção sobre o mesmo, na concepção deste em sua 'realidade psíquica' e em seu funcionamento psíquico manifestado pelo seu modo de conduta.

Desta forma, a influência contextual pode gerar dificuldades adicionais importantes ao transtorno orgânico, em outro nível e de outra ordem que a corporal propriamente dita. Esta pode influenciar significativamente na forma de organização de sua "realidade psíquica", repercutindo diretamente em seu funcionamento psíquico, em seu modo de conduta e na formação de sua identidade.

Além disso, independentemente de existir ou não um transtorno orgânico, a pessoa pode (ou não) apresentar transtornos orgânicos (reais ou fantasiados) dependendo da forma como pode conceber e conter seu corpo como próprio, como fonte de prazer e satisfação e fazendo parte de sua 'realidade psíquica'.

Do ponto de vista psicológico, a dificuldade apresentada por uma pessoa (criança ou adulto) pode ser decorrente de conflitos gerados por condições e circunstâncias externas e atuais. Por exemplo: o nascimento de um irmão pode irromper um estado psicológico regredido; um desemprego, uma aposentadoria, uma separação, o nascimento de um filho, um trabalho importante pode gerar uma situação de ansiedade e angústia.

Neste caso, estas dificuldades são vistas como atuais, circunstanciais e temporárias, pois estas podem ser ultrapassadas logo após a situação ser resolvida sem que necessariamente implique em comprometimento no sentido patológico de seu aparelho psíquico. Pelo contrário, uma situação difícil de vida - após ser resolvida e vencida a dificuldade - pode trazer experiências tanto internas como externas proporcionando até mesmo desenvolvimento, ao invés de paralisação.

Uma outra possibilidade de pensarmos um comprometimento psicológico, pode ser vista como resultante de fatores atuais que pode estar relacionado a experiências traumáticas. Por exemplo: um acidente de carro, um atropelamento, uma cirurgia, um assalto, e outros. Após esse tipo de experiência, a pessoa pode apresentar dificuldade em restabelecer sua conduta natural anterior, pois passa a apresentar temores e medos. Estes não necessariamente configuram uma situação fóbica, mas de evitação em virtude do trauma sofrido. Podemos observar que algumas vezes essas dificuldades podem cessar, e outras vezes, dependendo da intensidade da experiência, esta pode permanecer ao longo da vida.

Outro tipo de dificuldade psicológica, que se percebe principalmente na observação de crianças, é aquela que pode ser compreendida como oriunda de condições naturais de processo de desenvolvimento, de não amadurecimento biológico, neurológico, intelectual ou egóico. Estas não implicam necessariamente em um processo patológico, pois pela constância ao longo do tempo e pela experiência vivida no contato, ou pela relação com a(s) situação(ões) interna(s) e/ou externa(s), existe a possibilidade de se estabelecer uma situação de afinidade, intimidade e elaboração, o que pode promover desenvolvimento, organização ou reorganização de funcionamento psíquico.

Uma dificuldade psicológica pode ter um sentido sintomático patológico, ou psiconeurótico, ou seja, de comprometimento de estrutura e desenvolvimento psíquico. Por exemplo: uma condição egóica frágil, presente no adulto, um medo de elevador, de sair de casa, situações fóbicas de modo geral, não conseguir ser alfabetizado com dez anos; bater e machucar seriamente pessoas, pode proporcionar dificuldades no funcionamento psíquico da pessoa e comprometer a relação dela com seus impulsos ou com determinada situação interna e(ou) externa.

Esta condição pode ser caracterizada como sintoma pois a conduta do indivíduo não faz sentido internamente e promove sofrimento para quem o apresenta, ou externamente para quem a observa. O sintoma, neste caso, pode ser visto no sentido descrito por FREUD (1976o): ...'o sintoma denota a presença de algum processo patológico'...'Uma satisfação substituta e simbólica de desejos inconscientes reprimidos'. Sob este prisma e referencial, este tipo de dificuldade psicológica, pode ser compreendido como uma manifestação de paralisação no desenvolvimento psíquico, e pode se referir a uma condição interna comprometida, pela solução de compromisso decorrente de tentativas compulsivas, repetitivas e simbólicas de realização substituta de desejos reprimidos e conflitos inconscientes sem elaboração.

Em entrevistas com pais, muitas vezes observamos que a queixa destes sobre a conduta de sua criança, que eles interpretam como 'sintoma', pode ser vista também, como uma REFERÊNCIA não cumprida pela criança, pois: ela estaria apresentando características dos pais, projetada na criança, não aceita por eles mesmos; elas podem estar sendo vistas e hostilizadas por um dos pais, como extensão das características do parceiro

ou de um parente hostilizado; ou elas não estão satisfazendo uma expectativa depositada nela, pelos pais.

Muitas vezes, uma dificuldade atribuída à criança não pode ser definida necessariamente como distúrbio, ou como sintoma psiconeurótico, pois esta se refere às características pessoais, a um de potencial hereditário, como p.e.: maior ou menor facilidade ou tendências para determinadas coisas do que outras, maior ou menor tendência a extroversão, maior ou menor interesse por coisas abstratas ou concretas, etc., e a uma imaturidade natural não aceita pelos pais.

Estas características podem, pelo suporte ambiental, atualizar-se ou até mesmo ser reformuladas, ou impedidas, dependendo da forma como são significadas, interpretadas e aceitas, segundo as REFERÊNCIAS da família. Por exemplo: Uma criança de cinco anos ainda não tem condições de ser alfabetizada, por questão de maturidade. No entanto, recebo, com freqüência, pais 'precisando' de laudo psicológico para matricular seu filho de cinco anos na primeira série do primeiro grau (a legislação da Secretaria de Educação assim o exige), a fim de serem alfabetizadas. Estes pais não aceitam o impedimento legal, nem de amadurecimento natural da criança, nem mesmo aceitam o parecer negativo da escola ou da psicóloga alegando uma não maturidade da criança. Esta dificuldade, seria interpretada desta forma, pela necessidade dos pais de um amadurecimento precoce de seu filho e pela não aceitação da dificuldade que é natural da idade da criança.

Podemos observar que as dificuldades de funcionamento psíquico e conduta, apresentadas por uma criança, e que são atribuídas e interpretadas pelos pais como sintomáticas, não seriam delas, mas estariam sendo concebidas desta forma, porque a conduta da criança não está compatível com o que se espera, ou que se deseja dela, ou pelo não cumprimento das REFERÊNCIAS. Estas interpretações podem, elas mesmas, gerar dificuldades e sofrimentos para a criança e muitas se transformar em dificuldades sintomáticas, patológicas e psiconeuróticas conforme descrito anteriormente.

Existe também, um tipo de sintoma peculiar e paradoxal, que podemos compreender e observar, quer pelas entrevistas com pais, quer pelos relatos dos pacientes adultos. Os pais muitas vezes relatam e exibem com satisfação e orgulho certas condutas de

seus filhos, que podem ser compreendidas como sintomáticas embora eles não as reconheçam como tal. Podemos dar como exemplo, uma condição intelectual exacerbada da criança; uma obediência e aquiescência ao cumprimento das REFERÊNCIAS que fazem parte da família; um excesso de responsabilidade tendo como intuito o FAZER excessivo, que muitas vezes dão origem a estresse; uma predominância de funcionamento racional ao afetivo.

Estas condutas são geralmente defensivas e reativas a uma condição de insegurança e fragilidade, a uma predominância de exercício de falso ao verdadeiro EU (self), e são usadas geralmente para evitar o contato consigo mesmo, com seus desejos, e como garantia contra a desintegração psicológica, que geralmente são bem sucedidas. Estes sintomas são geralmente positivos, para se evitar a desorganização e até mesmo a desintegração psíquica, mas escondem em si um processo comprometido de organização e estruturação psíquica.

De qualquer forma, não podemos negar que qualquer que seja a manifestação de uma dificuldade ou de um sintoma, quer seja de natureza constitucional, orgânica, traumática, circunstancial, de falta de amadurecimento, de psicose, de paralisia ou de defesa, estas significam um 'sinal de alerta', ou seja, têm sempre uma conotação de necessidade e pedido de ajuda, que podendo ser compreendida e atendida, têm a chance de ser ultrapassada.

Podemos fazer uma relação entre um sintoma psicológico e uma febre. A febre seria um sintoma que significa um sinal de alerta de que o organismo está infectado. Ela pode ser entendida como uma necessidade de combater a bactéria geradora da infecção. Podendo ser compreendido o sinal e atendida a necessidade, não só a febre, pois esta significa apenas um 'sinal', mas o que a gera - a infecção - poder ser ultrapassada. Da mesma forma, entendemos uma queixa, uma dificuldade, e(ou) um distúrbio psicológico. Este teria o sentido de comunicar que 'algo' não estaria coerente nem condizente com o próprio desejo e(ou) com a falta deste; com o que a pessoa espera de si mesmo, e/ou de OUTROS; do que os OUTROS esperam da pessoa, assim como das relações que se estabelecem no decorrer da vida.

Em resumo, dentro do que pode ser visto até aqui, pode-se entender que determinada conduta, determinado funcionamento psíquico e determinado sintoma, abrangeriam vários aspectos e peculiaridades como:

- Os fatores que desencadeiam determinada conduta e(ou) sintoma, não podem ser generalizados para todas as pessoas, em vista dos fatores internos (da constitucionalidade) e externos (das condições de vida) originais de cada um. Os significados que configuram a organização, a estrutura, o funcionamento e o desenvolvimento psíquico de cada pessoa são oriundos de um processo original e individual.

- Não se pode, generalizadamente, atribuir a determinados fatores internos e(ou) externos orgânicos ou psíquicos, a ‘causa’ de determinado funcionamento psíquico e(ou) sintoma, pois isto significa ter uma visão molecular da questão. É necessário sempre compreender como estes foram significados e transformados, pelo aparelho psíquico e pelas experiências vividas com objetos (internos e(ou) externos), com seu corpo, bem como as características pessoais, as circunstâncias e contextos em que ocorrem, pois uma conduta pode ser entendida como uma dialética e síntese de diversos fatores internos e externos (visão molar).

- Um funcionamento psíquico e(ou) um sintoma não podem ser vistos apenas como decorrentes de uma situação atual, pois as condições que os favorecem, e muitas vezes que os determinam, são decorrentes de um processo de vida, que se inicia com o nascimento (ou até mesmo antes deste pelos significados atribuídos à criança que está sendo gerada) e passa por transformações (ou não), gerando desenvolvimento ou paralisações, durante toda a vida adulta até a morte.

- Um funcionamento psíquico e(ou) sintoma são sempre significativos, ou seja, abrangem vários significados, que formam um sentido (ou não), ou possuem vários sentidos que têm um mesmo significado.

Pela experiência clínica e pelo estudo teórico, compreendi que havia, tanto na queixa dos pais como no funcionamento psíquico das crianças, relação com um ou com vários tipos de dificuldades mencionadas. Porém, em um número significativo de crianças, observou-se que o sintoma apresentado por elas envolvia predominantemente significados contidos nas REFERÊNCIAS dos pais. A obediência a estas REFERÊNCIAS configuravam a organização, a estrutura e o funcionamento do aparelho psíquico das crianças, como também interferiam no seu desenvolvimento.

Sendo assim, concluí que a intervenção técnica, no trabalho psicoterápico com crianças, cujas famílias eram norteadas pelas REFERÊNCIAS, deveria abranger os pais. Este atendimento aos pais, em alguns casos, podia ser feita por orientações, pois muitas vezes os pais apresentavam dificuldades relativas à falta de informação. Ao serem orientados, eles podiam desempenhar sua função, rever e re-significar muitas de suas dúvidas e condutas.

Porém, observei que muitas vezes ajudar uma criança implicava no exame das REFERÊNCIAS da família com os pais. Alguns pais podiam examiná-las com o terapeuta e, ao compreenderem seu sentido podiam transformá-las e até mesmo re-significá-las. Este exame proporcionava transformação na condição interna dos pais, na identidade da família e promovia comunicação entre pais e filhos. Isto colaborava tanto no processo psicoterápico da criança, como também, na relação entre os membros da família.

Muitas vezes, no decorrer do processo psicoterápico de uma criança, quando os pais compreendiam que as dificuldades apresentadas por seu filho eram decorrentes de suas próprias dificuldades e REFERÊNCIAS, eles próprios preferiam e solicitavam indicação de nomes de psicoterapeutas para reverem seus conteúdos, significados e REFERÊNCIAS em suas próprias análises, para poderem cuidar eles próprios de seus filhos.

Este tipo de intervenção técnica também apresentou dificuldades. Muitas vezes os pais se sentiam ameaçados com o exame das REFERÊNCIAS, pois estas davam sentido e identidade às pessoas e às suas próprias vidas e transformá-las representava um perigo que nem sempre eles acreditavam ter condições de correr, o que gerava a retirada a criança do processo psicoterápico.

Além da relação entre pais e filhos, uma das questões mais importantes que pode ser observada neste trabalho de pesquisa foi com relação ao 'papel' do terapeuta, e as dificuldades implícitas ao exercício de sua 'função de ajuda'. Ao receber um pedido de ajuda dos pais e das crianças e ao detectar que os sintomas das crianças apresentava-se em função de conteúdos internos sem significação, ou de significados incorporados que se repetiam sem assimilação interna própria, pois eram constituídos por REFERÊNCIAS, entendi que o terapeuta deveria contê-las e compreendê-las. Isto deveria ser feito por meio de sua capacidade interna, para ajudar os pacientes a significá-las, re-significá-las e metabolizá-las para transformá-las, e através de um referencial teórico para compreendê-las.

Porém, ao conter e significar as REFERÊNCIAS do paciente, um terapeuta pode estar comprometido com seus próprios significados sem elaboração, com suas próprias REFERÊNCIAS internas. Sendo assim, por não conseguir discriminar-se de seu paciente, poderia fazê-lo segundo seu próprios referenciais internos, por suas próprias REFERÊNCIAS, o que colocaria as pessoas em um 'lugar' que não lhes pertence. Isto pode acontecer principalmente pelas 'orientações' de pais. Ao interpretarmos determinado material da criança, e(ou) ao orientarmos pais, para colaborar com o desenvolvimento psíquico da criança, utilizando ou não determinado suporte teórico como REFERÊNCIA, este pode estar servindo como exercício de legitimação, identidade ou prestígio profissional, (institucionais, por exemplo), para conseguir a legitimidade do profissional, e não para a compreensão do paciente.

Sendo assim, podemos pensar que ao apresentarmos nossas REFERÊNCIAS (internas e/ou externas) ao paciente, podemos estar reproduzindo o meio comprometido em que ele foi (e está) submetido. Neste caso, o paciente apenas trocaria ou substituiria uma REFERÊNCIA pela outra. Desta forma, o paciente transformaria seu EU-PAIS em um EU-TERAPEUTA, o que daria o sentido de manutenção e desenvolvimento de seu falso EU (Self), ao invés de conhecer a si mesmo e encontrar seu verdadeiro EU (self).

Neste modo de ver, o que se estaria levando em conta aqui não seria a pessoa, mas a(s) REFERÊNCIA(S). Desta maneira, a função de ajuda ficaria perdida, pois se repetiria no tratamento, a condição patogênica de REFERÊNCIA existente na família. Por

mais que a identidade e a legitimidade do profissional fossem ‘preservadas’, o referencial teórico deixaria de ter sua função de suporte e continência, mas se transformaria em um ponto cego na relação com o paciente.

Entendo que para se poder pesquisar e tentar conhecer mais e melhor as questões trazidas pelos nossos pacientes, é preciso desenvolver muito trabalho interno ao terapeuta, de pesquisa, e teórico. Mas, para que se produza algum tipo de conhecimento acerca dos fenômenos, é necessário produzi-lo com base na observação e relação direta com as pessoas, tomando os conhecimentos já existentes como referenciais, e não como regras a serem seguidas e reproduzidas.

Pelos motivos expostos, entendo que o mundo interno tenha uma participação ativa na formação (ou no impedimento) e na aquisição de significados, que pode ou não fazer sentido em determinado funcionamento psíquico, conduta ou sentimento, mas pode também, gerar dificuldades, distúrbios ou sintomas. Porém, não podemos descartar de forma alguma que o mundo externo tem uma função importante e significativa, neste mesmo sentido.

Sendo assim, entendemos que para o exercício do trabalho psicoterápico - tanto com relação ao atendimento das crianças e seus pais; com relação ao atendimento de adultos como nas mais diversas queixas incluindo o pânico - é preciso que o profissional desenvolva e conheça mais e melhor seu próprio ‘aparelho de conhecimento’, ou seja, sua capacidade interna de significar, transformar e dar continência aos conteúdos internos, teóricos e de seus pacientes.

Do ponto de vista do paciente de pânico, parti dos seguintes princípios para compreendê-los:

- Quando uma pessoa procura um ‘tratamento para o pânico’, com queixas de um medo injustificado e excessivo diante de algo que não deveria a princípio ser tão temido, entendo que isto traz em si o significado de que seu funcionamento psíquico e seus sentimentos não fazem sentido. Esta queixa pode ser entendida como um sintoma.

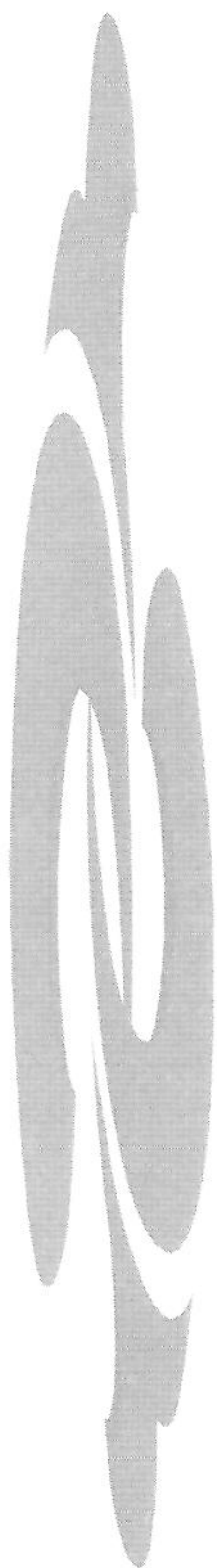
- Embora os pacientes com pânico tentem atribuir suas dificuldades a uma(s) condição(ões) externa(s), ou procurem atribuir (e nem sempre conseguem) o início de seus sintomas (ou ataques) como decorrentes deste ou daquele aspecto ou situação externa que estavam vivendo, mesmo sendo essas atribuições lógicas e intelectualmente justificadas, pelo exposto acima, não posso conceber a origem desta dificuldade, deste distúrbio, ou sintoma psicológico, somente vinculando-o a alguma(s) ‘causa(s)’, pois uma situação específica não seria suficiente para gerar um transtorno psicológico.

- Quando um paciente com pânico tenta procurar as origens de seus sintomas em situações do mundo interno (como resultado da atividade pulsional e das tentativas de se lidar com ela) ou orgânicos, entendo que isto também pode significar uma visão molecular da questão.

- Embora os pacientes com pânico geralmente localizem suas dificuldades apenas em uma parte de suas atividades ou de sua conduta, ou de seu funcionamento, e também as situem como tendo início a partir de um período mais recente de suas vidas. Com o exposto, entendo que as dificuldades apresentadas por alguém referem-se a todo um processo de desenvolvimento, a comprometimento envolvidos com questões diversas, que apareceram durante toda a sua vida, mas que vieram a eclodir em algum momento, em um determinado funcionamento psíquico, em uma determinada conduta, ou por um determinado sintoma.

Sendo assim, entendo que o medo, o pavor ou o pânico precisam necessariamente ser investigados em termos molares, ou seja, levando-se em conta o mundo interno da pessoa, sua ‘trama’ de significações, sua organização psíquica, assim como as exigências e interdições, que são feitas pelo contexto no qual elas estão inseridas, suas referências do presente, do passado e suas expectativas de futuro; assim como o relacionamento e a significação que ela e outros fazem de seu corpo.

O intuito e objetivo desse capítulo foi esclarecer em que referências foram baseadas as observações que faço de meus pacientes, os de pânico inclusive, para levantar e analisar as características de funcionamento psíquico apresentadas a seguir.



CAPÍTULO 3: Levantamento e análise das características do paciente com pânico

3.1. OBSERVAÇÕES PRELIMINARES

Alguns dos dados aqui levantados já foram anteriormente mencionados, descritos e relatados por alguns pesquisadores, e também pela mitologia. Outros aspectos do funcionamento psíquico desses pacientes, porém, puderam ser relacionados em virtude da experiência clínica, obtida no contexto de observação transferencial e longitudinal, sob uma "escuta analítica", no decorrer de muitos anos, com inúmeros pacientes, embora sejam mencionados neste trabalho apenas alguns exemplos ilustrativos.

Sabemos pela experiência clínica e pessoal que o susto, a sensação de pânico e até mesmo um ataque de pânico propriamente dito, podem ocorrer com qualquer pessoa, sem exceção, pois todos nós já os experimentamos uma ou outra vez no decorrer de nossas vidas. O susto e a sensação de pânico podem ser desencadeados ao sermos surpreendidos por algo inesperado e assustador, por meio de experiências que travamos em determinadas situações da vida.

O susto gerado por uma situação externa e atual promove uma descarga de noradrenalina que, por sua vez, proporciona repercussões físicas características, conforme as descritas pelos Critérios Diagnósticos nosográficos da OMS,CID-10 (1993) e AAP,DSM-IV (1994). A questão aqui é examinar se um processo interno promoveria susto intenso, com descarga adrenérgica e repercussões físicas, sem que haja qualquer fator desencadeante externo.

Do ponto de vista clínico, recebemos pessoas que nos procuram para psicoterapia, pois sofrem de ataques de pânico recorrentes, desencadeados espontaneamente. Não é raro, também, recebermos pessoas com queixas de dificuldades em lidar com certos aspectos da vida, que nunca tiveram ataques de pânico, mas que no transcorrer do processo psicoterápico, durante um certo período, passam a apresentar sentimentos e sensações e até mesmo ataques de pânico, com todas as repercussões físicas subjacentes, chegando até mesmo a se tornar freqüentes e recorrentes.

Mesmo entendendo que as pessoas são únicas e originais, podemos observar características comuns em pessoas que procuram psicoterapia em virtude de ataques de pânico recorrentes e aquelas que passam a apresentá-los durante o processo psicoterápico. Entretanto, observamos, também, diferenças marcantes entre estes dois grupos.

Uma diferença marcante pode ser observada pelo motivo que mobiliza a busca de ajuda que estas pessoas alegam. Os pacientes que procuram a psicoterapia para tratar dos ataques de pânico recorrentes geralmente relatam e colocam seus sintomas, como a grande preocupação e o motivo central de reorganização de sua vida. Nas primeiras sessões, basicamente, relatam e descrevem seus sintomas físicos, os tratamentos já efetuados, ou os que estão na iminência de procurar, os ataques ocorridos e principalmente o temor de ter e(ou) evitar um ataque. No início do processo psicoterápico, é muito raro e difícil obtermos informações e(ou) conhecimento sobre suas vidas, seus desejos, sua condição como pessoa. Além disso, essas pessoas dificilmente se propõem a revisar as REFERÊNCIAS que compõem sua identidade e seu modo de vida.

Observamos nos pacientes que procuram psicoterapia por causa dos ataques de pânico freqüentes e recorrentes, pelos seus sintomas físicos e psicológicos; pelas buscas insistentes de tratamentos para alívio de sintomas; pelos relatos das situações de sua vida; pelas associações (e pela forma como fazem estas associações) que fazem às interpretações dadas aos conteúdos apresentados durante o processo psicoterápico; pelo relato e pela observação da interferência dos familiares no trabalho psicoterápico e no seu processo de vida, que eles apresentam ‘coincidências’ características, tanto no seu histórico de vida, como em suas condutas e no seu funcionamento psíquico.

Uma dessas ‘coincidências’ refere-se à evolução, em termos cronológicos, do pânico. Segundo o relato desses pacientes, as sensações de pânico sempre foram uma constante desde a infância, porém, estes eclodem sob a forma de ataques na adolescência. Estes pacientes mencionam, também, que, após um período de recorrência de ataques, estes costumam ‘desaparecer’, tendo sido ou não tratados na época de eclosão e recorrência, mas que freqüentemente voltam a ocorrer anos depois, chegando, em alguns casos, à cronicidade.

Em termos de eclosão de ataques de pânico (quer sejam estes recorrentes ou não), os pacientes relatam que estes surgem repentinamente, de forma inesperada e abrupta, no momento em que mantinham sua vida de forma razoável e adequada. Com isto, todas as suas atividades e identidade se alteram e até mesmo se desmoronam.

Os pacientes que passam a apresentar ataques de pânico durante o processo psicoterápico, geralmente procuram a psicoterapia por outros motivos e queixas. Neste caso, quando os ataques ocorrem, eles estão necessariamente às voltas (em função do processo psicoterápico) com descobertas importantes em relação ao seu próprio funcionamento psíquico, seus desejos, condutas, valores, identidade, como também com o meio em que vivem, as relações e REFERÊNCIAS que mantêm.

Um exemplo disso pode ser dado com o processo psicoterápico de Jorge, um rapaz de vinte e cinco anos que procurou psicoterapia por causa de um sentimento de angústia intensa. Alegava que o motivo deste sentimento e deste sofrimento, era pelo luto desencadeado pelo rompimento de um noivado de três anos, com casamento marcado, convites impressos, móveis comprados, enfim, tudo pronto e organizado para o casamento. O rompimento do noivado foi feito pela noiva com a alegação de que ele não tinha ambições.

Durante o processo psicoterápico de Jorge, pudemos entender que ele realmente não tinha ambições materiais. Este rapaz é filho de um operário e uma costureira, pessoas muito simples, que vivem uma vida tranqüila, pois sentem-se satisfeitos com o que possuem. Jorge tinha terminado um curso técnico de segundo grau, tentou freqüentar uma universidade, mas não conseguiu concluí-la, alegando algumas vezes ‘falta de dinheiro’, ‘falta de vontade’ e até mesmo ‘falta de necessidade’. Estava empregado numa empresa, onde exercia uma atividade que gostava, mas ganhava pouco dinheiro. No entanto, sentia-se satisfeito e feliz e repetia o tipo de vida que seus pais viviam.

Durante o processo psicoterápico, Jorge recebeu um convite de emprego (entre tantos outros que já havia recebido e recusado) e resolveu aceitá-lo com muita relutância e insegurança pois se tratava de uma oportunidade de melhoria de salário e de ascensão profissional. Com o novo emprego, passou a ganhar quase quatro vezes o que ganhava

anteriormente e, dessa forma foi possível trocar de carro, comprar roupas, cursar a universidade, viajar, fazer cursos, enfim, tudo o que uma condição econômica melhor pode oferecer e que seu recente *status* profissional exigia. Com isto, foi possível ter uma condição de vida diferente daquela que ele e sua família mantinham.

Pudemos entender que esta nova condição o constrangia muito, pois Jorge tinha a fantasia que, por este motivo, teria de abandonar seus familiares, ou poderia ser abandonado por eles. Durante o período em que a possibilidade de uma vida diferente dos pais foi admitida e que estas fantasias foram sendo descobertas, os sentimentos de pânico surgiram, exacerbaram-se, chegando inclusive a se apresentar sob a forma de ataques de pânico intensos, que chegaram a ser recorrentes durante algumas semanas.

Ao consultar e questionar seus pais sobre seus "novos projetos de vida", estes demonstraram satisfação e passaram a apoiá-lo e incentivá-lo. Ao perceber que seus pais não o abandonaram, com este aval e apoio da família, ele pôde assumir o emprego, o dinheiro e tudo o que este poderia oferecer. Reorganizou sua vida e passou a experimentar situações novas, de modo diferente do que havia feito até então.

Além disso, Jorge passou a constituir uma identidade diferente daquela que mantinha os valores e referências da família e que nortearam sua vida até então, e passou a ajudar os pais no que podia. Com isto, tanto os sintomas como os ataques de pânico desapareceram sem medicação. Atualmente tem questionado o relacionamento que tivera com a ex noiva, sua atitude de abandoná-lo, suas tentativas de mudanças de referenciais, seus valores e identidade.

Pela relação transferencial e longitudinal, que mantemos com estas pessoas, as que apresentam ataques de pânico freqüentes, que procuram psicoterapia por causa disto e as que passam a apresentar ataques de pânico durante o processo psicoterápico, notamos pontos comuns entre elas: os ataques de pânico eclodem repentinamente. Porém, existe também e independentemente da eclosão de ataques de pânico, um modo de funcionamento psíquico característico, com tomadas de atitudes típicas e 'evolutivas', presentes desde a infância destas pessoas (anteriores ou até mesmo independentes da eclosão dos ataques propriamente ditos), que se intensifica no momento de eclosão de ataques de pânico, e nos momentos de sua recorrência, e diminui de intensidade nos períodos de remissão.

Podemos observar em todos os casos que, quando os ataques de pânico eclodem (e recorrem), estes pacientes estão às voltas com descobertas e questionamentos acerca da validade ou não das REFERÊNCIAS que compõem sua identidade, o que muitas vezes mobiliza a necessidade de mudança de REFERENCIAIS, tanto com relação a si mesmos, como também com o meio em que vivem. A diferença entre estes dois grupos é que em um deles as descobertas e mudanças se processam durante e no 'contexto de análise' - no qual e no momento em que há um certo tipo de envolvimento e disponibilidade do paciente para este tipo de revisão - e no outro caso, as descobertas se dão no 'contexto de vida', não havendo aparentemente, disponibilidade intencional, por parte destas pessoas para revisão de REFERÊNCIAS.

Apesar da 'intencionalidade' (ou não) do processo de descobertas; da disponibilidade (ou não) de mudanças de REFERÊNCIAS; e da 'necessidade' (ou não) de exame deste processo, este dado pode nos levar a pensar que existem, de alguma forma, certas condições de vida e de identidade baseadas em REFERÊNCIAS, que a descoberta e a necessidade de mudança destas, de uma forma ou de outra, mais cedo ou mais tarde, podem ter o pânico ou a eclosão de ataques de pânico como sintoma.

Para examinar este processo, entendi ser necessário compreender as características de funcionamento psíquico dessas pessoas, para entender que perigos estariam subjacentes e presentes ao exame, questionamento e mudança de REFERÊNCIAS. Este exame foi feito dentro do contexto de relação bipessoal e transferencial, dentro do "setting" analítico, mas foi também relacionado com as 'coincidências' de histórico e contexto de vida relatados, e aos fatores externos (familiares e tratamentos e médicos) ao "setting" analítico.

3.2. A FORMAÇÃO DE IDENTIDADE

Uma das questões mais evidentes, marcantes e características que pode ser observada com todos os pacientes que apresentam pânico (sob a forma de ataques recorrentes ou não), é a apresentação de um funcionamento psíquico baseado

predominantemente em REFERÊNCIAS rígidas, ‘formatadas’, preestabelecidas, e compreendidas como ‘verdadeiras’, em seu modo de conduta. Estas REFERÊNCIAS puderam ser observadas pela relação transferencial mantida com os pacientes dentro do “setting” analítico, por meio de mudanças bruscas de identidade durante as sessões, e no decorrer do processo psicoterápico; na relação estabelecida entre terapeuta e seus familiares ao ser procurado com pedidos de orientação; mas também com relação ao ‘uso’ que estes pacientes fazem dos tratamentos que procuram para alívio de seus sintomas.

A primeira questão, que geralmente é mencionada por estes pacientes, que podemos relacionar como ‘coincidências’ de funcionamento psíquico e histórico de vida, é o fato de sempre terem tido e assumido, desde a infância, uma vida ‘regrada’ e ‘certa’ (no sentido de cumprimento de regras e normas sociais de conduta). Identificam-se como pessoas que sempre fizeram questão de fazer tudo ‘certo e dentro das normas’, pois nunca deram trabalho ou algum tipo de transtorno e problemas para as pessoas à sua volta. Relatam que sempre se esforçaram para serem bons filhos, bons profissionais. Apresentam com orgulho sua honestidade, pois nunca contraíram dívidas ou outras coisas do gênero.

Este dado pode ser observado na relação transferencial com estes pacientes, pois são extremamente preocupados com pontualidade de horários, frequências, além de discriminarem e reconhecerem faltas e férias. Costumam assumir os honorários do tratamento, muitas vezes se dispõem a pagar o valor da consulta, acima de suas condições financeiras, chegando a fazer ‘sacrifícios’, para arcarem com o compromisso e a pontualidade assumida.

À interpretação dada a este tipo de funcionamento psíquico relativo ao “setting”, associam situações externas a este, pois muitas vezes apresentam disponibilidade excepcional para colaborar e agradar os outros, chegando a assumir responsabilidades incompatíveis com suas possibilidades. Chegam às vias de abrir mão de necessidades próprias, e até mesmo de se prejudicarem, para serem ‘bem vistos’ e ‘bem quistos’. Um significado implícito nesta disponibilidade é a preocupação constante e evidente que eles apresentam, de ‘parecer bem’ que não se restringe apenas à aparência física, mas moral para as pessoas à sua volta.

Neste sentido, estes pacientes agem de modo diverso dos pacientes histéricos, pois fazem questão de esconder e principalmente de não chamar a atenção das pessoas sobre seus sentimentos e sintomas. Sofrem e fazem muitos 'malabarismos' para que ninguém perceba ou saiba o que estão passando ou sentindo, restringindo a poucos as informações e pedidos de ajuda, pois sentem 'vergonha' de estarem passando por este tipo de situação. Pelo caso de minha amiga e pelos casos clínicos relatados neste trabalho, podemos observar as situações de risco a que se submetem, para que ninguém perceba o que se passa com eles.

A interpretação dada à sua preocupação com a 'boa aparência' é associada por eles a um modo de funcionamento psíquico característico, que se apresentou desde a infância, muito antes da eclosão dos ataques de pânico, pois diante da possibilidade de não 'parecer bem', sempre tiveram sentimentos de pânico. Segundo eles, sempre tentaram ser 'pessoas perfeitas'.

Por compreender o sofrimento intenso que estas pessoas estão passando, durante o processo psicoterápico, costumo me colocar à disposição deles, para que façam "uso" da minha presença e apoio, da forma e nos horários que necessitarem. Porém, geralmente evitam e relutam quanto podem para solicitar essa ajuda. Este funcionamento tem sempre a preocupação subjacente de seguir regras e normas, e também a alegação de 'não incomodar' nem 'lesar' o terapeuta. Entendem que se infringirem as regras da terapia e(ou) se incomodarem o terapeuta, não serão 'bem vistos' e atendidos, pois estarão agindo 'errado'. Tentam ser 'pacientes perfeitos' pelo 'temor de serem abandonados' pelo terapeuta caso falhem com este.

Todos estes pacientes apresentam bom nível intelectual, informação e esclarecimentos sobre vários assuntos. Muitos deles têm sucesso dentro de seu contexto social e profissional. Apresentam uma condição adequada, apurada e satisfatória, de perceber o funcionamento da realidade externa, e para administrar e organizar sua vida. São pessoas que dentro de seu nível sócio, econômico e cultural, atingiram geralmente um *status* de médio a superior aos demais. Geralmente são arrimo de família, ou então se dispõem a ajudar no necessário (não necessariamente no possível) para contribuírem com outros.

Relatam (e podemos também observar) que possuem atividade muito intensa, tanto do ponto de vista social, profissional como pessoal. Apresentam 'um fazer compulsivo', pois estão sempre às voltas com empreendimentos, inúmeras atividades, trabalhos e projetos - para si, mas, principalmente para os outros. Por este motivo, podemos muitas vezes confundir, atribuir ou associar a eclosão dos ataques de pânico com estresse. Em função do trabalho excessivo, geralmente conseguem ganhar dinheiro, mas não apresentam qualquer caráter obsessivo de acúmulo de bens, pois são generosos, dão o que têm (e o que não têm) para outros, ou então utilizam e investem seus recursos materiais para garantir sobrevivência (sua e de outros).

Este fazer excessivo e compulsivo não se resume apenas à produção pura e simples. Suas atividades estão sempre implicadas em perfeição e com a necessidade de 'parecer bem' para os outros. Assim sendo, conseguem geralmente realizar algo a que se propõem, enfrentam situações, apresentam coragem, empenho e audácia acima do comum, e superam dificuldades de uma forma excepcional. Qualquer pessoa poderia entendê-las como 'brilhantes' e 'competentes'.

No entanto, nada aquém do perfeito os satisfazem, pois o pouco significa nada, e o possível, incompetência. Duvidam de seus méritos, e do valor do que realizam e até mesmo, os atribuem como 'pertencentes a outros' ou à 'sorte'. Não conseguem valorizar sua participação e recursos, como têm também, dificuldade de reconhecer seu sucesso, como conseqüência de bom desempenho e habilidade. Entendem que suas habilidades e seu desempenho fazem parte de um papel social, e não de uma condição interna, ou de experiência adquirida.

Diante da possibilidade de sucesso geralmente ataques de pânico eclodem e(ou) passam a recorrer. Não suportam o sucesso, não se acham merecedores de possuírem coisas boas, por não se compreenderem competentes o bastante, ou por entenderem que não são possuidores de bondade, e muitas vezes boicotam suas realizações. Quando isto é interpretado desta forma pelo terapeuta, geralmente associam o sucesso ao medo de represália, pois ser bem sucedido, implica na fantasia de 'lesar e(ou) tirar algo de alguém', e sendo assim este alguém teria o direito de lesá-los ou boicotá-los como retaliação.

Possuir sentimento intenso de maldade interna pode ser visto como uma das características mais marcantes, que podemos observar nestes pacientes. Frequentemente estão às voltas com sentimento de culpa persecutória, cruel e implacável. Tudo e qualquer coisa ‘errada’ é sentida como desencadeada por eles. Pensamentos ligados à morte de pessoas queridas (sonhos neste sentido são constantemente relatados); que irão falhar em qualquer empreendimento que estejam executando; ou que qualquer coisa terrível poderá acontecer a qualquer momento, em virtude de alguma coisa ‘errada’ que tenham realizado, são inevitáveis e geram pânico. Embora aceitem a interpretação dada a este tipo de funcionamento psíquico, e tenham crítica intelectual a respeito, sempre paira a dúvida se eles têm ou não responsabilidade pelos danos que foram causados a alguém.

Ao serem criticados, costumam desistir do que fazem, pois acreditam sem questionar que as críticas têm fundamento. Geralmente aderem, e dão razão ao crítico, principalmente contra eles próprios. Por se sentirem ‘falsos’ e ‘farsantes’, e por temerem que as pessoas à sua volta descubram sua ‘farsa’ e ‘maldade’, as críticas são entendidas como um modo de descoberta de sua ‘farsa’ e ‘maldade’.

Fazem questão de exibir e ‘mostrar’ o que fazem. Porém este ‘mostrar’ não tem o sentido de ostentação, até mesmo porque não reconhecem como próprio o que têm. Sentem-se como ‘micos amestrados’, como dizia minha amiga. Este ‘mostrar’ refere-se principalmente a um outro significado implícito na ‘necessidade de boa aparência’. Sentem necessidade de seduzir e conquistar pessoas, serem ‘bem vistos’ e considerados como ‘bons’ para serem aceitos e não serem abandonados.

As dúvidas não se situam apenas nas suas realizações concretas, com relação aos seus próprios recursos, ‘bondade’ e identidade, mas abrangem a percepção do OUTRO, como diferente de si. Geralmente duvidam e demonstram inseguranças quanto à autenticidade da disponibilidade, das demonstrações de carinho, afeto, amor e aceitação dos OUTROS para com eles. Entendem geralmente, que nas atitudes dos OUTROS, haveria alguma intenção subjacente, ou um tipo de sedução, controle, manipulação, interesse e espoliação.

Em virtude destas dúvidas e inseguranças, desenvolvem autonomia e independência para não precisarem dos OUTROS, pois as relações de modo geral, geram este tipo de apreensão e angústia. Porém, paradoxalmente, mesmo compreendendo intelectualmente que podem e ‘sabem’ ficar só, sem a presença de outros (quaisquer que sejam estes), quando sozinhos, sentem-se desprotegidos, desamparados e entregues à própria ‘maldade’ e ‘incompetência’.

Podemos compreender esta atitude e condição, pelo conceito de ‘capacidade para estar só’, descrito por WINNICOTT (1990a). Estas pessoas não teriam conseguido desenvolver um meio interno suficientemente bom, para conceber e exercer sua bondade e recursos e para conter suas angústias e aflições no decorrer de sua vida. Assim, elas necessitariam sempre da presença de um objeto externo, real, bom e constante, (mesmo desconfiando desta disponibilidade e bondade) para se sentirem vistos, amados, contidos, amparados e certificados de sua bondade. A possibilidade de estarem (ou de se sentirem) sós teria o significado de perda de bondade e de abandono (de outros para com eles e vice-versa) que, por sua vez, desencadearia sentimentos de desamparo e ataques de pânico.

Um outro dado que podemos obter pela observação destas pessoas é que o significado atribuído ao gostar (relacionado às atividades que realizam) e ao amar (relacionado às relações afetivas) passam pela avaliação intelectual e racional do certo e do errado, do necessário e do adequado. Raramente as atividades e as pessoas são eleitas por eles pelo sentir, pelo bom, prazeroso e agradável. Dificilmente referem-se às atividades, às condutas e até mesmo aos relacionamentos que mantêm, como oriundos de desejos, de lazer, de prazer, de experiências, de atitudes e de escolhas próprias. Relacionam-se principalmente com as pessoas ‘certas’ e ‘adequadas’, para serem ‘bem vistos’. Mantêm a ‘boa aparência’, de acordo com o justo e certo, contido nas REFERÊNCIAS. Entendem como ‘bom desempenho’, a execução do ‘adequado’, tendo em vista a realidade e a sobrevivência. Enfim, norteiam sua vida, atividades e relações pelo cumprimento de REFERÊNCIAS.

Se levarmos em conta estas condutas e tomadas de atitudes, podemos entender que, no significado de ‘bom e de bondade’ e de ‘boa aparência’, estaria contida uma REFERÊNCIA e não uma experiência. Pensando nos conceitos de WINNICOTT

(1990b,1990i) e de BOLLAS (1992b), entendemos que o verdadeiro EU (self) dessas pessoas seria insipiente e muito pouco atuante na relação com a realidade. Desta forma, os significados contidos nas normas de conduta que permeariam o funcionamento psíquico e sustentariam a identidade destas pessoas, estariam baseados nas REFERÊNCIAS e no falso EU (self). O falso EU (self) daria sentido de existência, sustentação, apoio e segurança contra a desintegração e(ou) o contato com o verdadeiro EU (self) insipiente e caótico; e as REFERÊNCIAS dariam orientação, para o que sentir e pensar, o que daria o sentido de legitimidade e de identidade. Porém, isto impede que sejam feitas experiências para a constituição de um EU próprio.

Deste modo, podemos entender que a identidade destas pessoas estaria norteadas por um Falso EU (self), ou por um EU-OUTRO e não pela experiência de um potencial próprio, pertencente ao seu verdadeiro EU (self). Assim, mesmo cumpridas as REFERÊNCIAS e mesmo tendo sido reconhecido intelectualmente seu cumprimento, o sentimento de falsidade é inevitável. Além disso, ao serem questionadas e(ou) perdidas as REFERÊNCIAS que sustentam seu falso EU (self), estas pessoas ficam à mercê de um verdadeiro EU (self) insipiente, com muito pouco contato e experiência com a realidade.

3.3. A INTERFERÊNCIA DE ELEMENTOS EXTERNOS AO “SETTING” NO FUNCIONAMENTO PSÍQUICO DO PACIENTE COM PÂNICO

A interferência direta, constante e importante de pessoas na vida e no funcionamento psíquico destes pacientes é mais uma das ‘coincidências’ observadas pelos relatos de histórico de vida e pelas associações obtidas nas interpretações dadas na sessão analítica. Esta observação pode também ser feita diretamente, por meio da observação e relação que podemos ter com os parentes que os acompanham à sessão, pois em função de seus sintomas, é comum alegarem a necessidade de serem acompanhados aos consultórios onde são atendidos. Além disso, os terapeutas e médicos são sistematicamente procurados pelos familiares destas pessoas, com pedidos de orientação, para saberem como agir em relação a eles e(ou) seus ataques de pânico. Isto torna possível estabelecer uma relação transferencial com os familiares destes pacientes, durante o processo psicoterápico, o que nos permite fazer algumas observações peculiares e características sobre o tipo de relação que eles mantêm com as pessoas à sua volta.

Estes pacientes geralmente alegam ter vontade e necessidade de seguir instruções, regras contidas em REFERÊNCIAS e obedecer pessoas, como já foi mencionado. Porém, esta obediência não se refere às pessoas de modo geral. Os pacientes relatam (e podemos observar também) que para eles, existe e sempre existiu uma determinada pessoa, importante e confiável, que lhes dá apoio, segurança e garantia, para quem costumam submeter suas condutas e sentimentos à aprovação, como também pedem opinião, instruções e REFERÊNCIAS, sobre o que fazer, o que pensar e como agir e porque não dizer sobre o que sentir (como no caso da minha amiga e os demais citados neste trabalho). Esta pessoa tem o significado de uma PESSOA-REFERÊNCIA, pela qual norteiam sua vida e constituem sua identidade.

Principalmente durante o período de eclosão, e após recorrência dos ataques de pânico, estas pessoas passam a apresentar dificuldade de cumprir REFERÊNCIAS, e também as determinações dadas pelas PESSOAS-REFERÊNCIA. Isto gera preocupação, culpa e intensifica a angústia de abandono com relação a elas, que já existia desde a infância, muito antes da eclosão dos ataques de pânico.

No período de eclosão e recorrência dos ataques de pânico, podemos observar também, que o 'estado' do paciente, mobiliza sentimentos e condutas paradoxais nas PESSOAS-REFERÊNCIA. Estas promovem 'cuidados', solicitam orientação aos profissionais e, ao mesmo tempo, questionam as orientações, raramente as seguem, e demonstram 'repúdio' pela condição que o paciente apresenta. Em todos os casos relatados neste trabalho, foi possível observar este tipo de situação.

Temos por exemplo o caso da adolescente Márcia, de quinze anos, que começou a apresentar angústia intensa, desde os onze anos de idade. Marcia não se queixou, nem demonstrou a ninguém o que sentia. A única coisa que chamou a atenção dos pais foi seu comportamento 'esquisito' de ir várias vezes ao banheiro fazer xixi, antes de sair de casa. Todas as vezes que era questionada sobre isto, alegava ter receio de sentir vontade na rua. Gastava rolos e rolos de papel higiênico.

Os pais não deram muita importância a este comportamento, até que sua filha passou a ter ataques de pânico à noite, na hora de dormir, aos quinze anos. A mãe relatou na entrevista inicial, que quando a filha tinha estes ataques de pânico intensos, pedia para dormir no quarto dos pais, agarrava-se à mãe e gritava. Dizia sentir medo, mas sem saber do quê, nem por quê. Quando o ataque passava, a filha ficava pálida, molhada de suor, com olheiras e exausta.

Com isto, os pais perceberam que a filha estava sofrendo muito e, como não sabiam o que fazer naquela situação, a mãe consultou a médica homeopata de máxima confiança, que fez o pré-natal de sua gravidez e, acompanhou o desenvolvimento da filha desde pequena, que a medicou com homeopatia e indicou a psicoterapia. A mãe procurou ajuda neste sentido, imediatamente.

Na entrevista inicial, a mãe pediu orientação de como agir em relação à filha, quando foi orientado que ela procedesse da seguinte maneira:

- Em primeiro, lugar seria oportuno consultar um médico psiquiatra para medicá-la, pois, pela experiência, podemos observar que o medicamento costuma dar bons resultados no alívio e na recorrência dos ataques.

- Em segundo lugar, durante a ocorrência dos ataques, seria útil e oportuno que esta pudesse conter fisicamente a adolescente, permanecendo com ela ao colo, dando o que estava pedindo, ou seja, carinho e proteção, até que o ataque passasse. Não seria necessário dizer nada, ou providenciar qualquer coisa. Sua colaboração seria apenas estar presente, dando apoio e suporte afetivo à filha.

- Em terceiro lugar, seria importante que não dissesse à filha que suas idéias, medos e ansiedades eram absurdas e infundadas, pois ela mesma tinha crítica a esse respeito.

Sua mãe, após as orientações serem dadas, respondeu imediatamente que seria impossível cumpri-las. Com relação ao medicamento, ela se recusava a dar 'remédios fortes' à filha, uma vez que esta sempre foi tratada com homeopatia (desde a gestação até o

momento)¹. Dava à filha apenas o medicamento indicado pela homeopata de confiança, ou seja, uma mistura de água com um componente homeopático, que ela tomava de hora em hora, e a cada vez que os ataques ocorriam. Isto era tudo o que aceitaria fazer, nada mais.

A mãe respondeu que não tinha condições de conter a filha numa situação destas, pois ‘os ataques eram terríveis’ e ela se impressionava muito com aquilo. Os ataques de pânico da filha deixavam-na muito mais ansiosa que a própria, e esta muitas vezes teve de acalmar a mãe, mesmo estando no meio de um ataque. A mãe dizia que sentia muito, mas também não poderia ajudar neste sentido².

Quanto à última orientação, a mãe alegou que esta também não seria possível ser cumprida, porque achava absurdo e extremamente improcedente as idéias e as manias da filha, pois a cada momento, ela elegia uma mania nova, como esta de fazer xixi várias vezes antes de sair de casa. Estes comportamentos e idéias da filha irritavam-na profundamente e era impossível para ela não criticá-la. A mãe alegou que só poderia deixar de criticar a filha caso a terapeuta ‘tirasse estas idéias e comportamentos dela’.

O pedido da família para que o psicoterapeuta intervenha com urgência no modo de conduta do paciente, também pode ser observado como uma constante. Este pedido tem sistematicamente o sentido de o terapeuta ser o porta-voz dos desejos e REFERÊNCIAS da família, para que o paciente as cumpra. Este, por sua vez, ‘deve’ obedecer o porta-voz, uma vez que questiona ou ‘reluta’ em obedecer a família.

Em todos os casos já atendidos por mim, sem exceção, esta conduta da família com o paciente e comigo se repete. No caso II (José), o pedido da família à terapeuta era o retorno do paciente ao trabalho. No caso I (X), era o de que ela deveria voltar a freqüentar aulas; no caso Vanda, que ela cuidasse da casa, das filhas e do marido; no caso Márcia, que ela parasse de fazer xixi toda hora e tirasse ‘as bobagens’ da cabeça, e assim por diante.

¹ Podemos observar que a maioria dos pais de adolescentes apresentam argumentação idêntica a esta: Ver caso I neste trabalho

² Esta é outra alegação constantemente presente nas entrevistas de orientações com pais de adolescentes com pânico. No caso I, X, presente no anexo deste trabalho, a mãe também não podia dar carinho e alento para a filha durante os ataques de pânico e alegava que “carinho demais estraga”. Além disto, em ambos os casos (desta adolescente e de X), as mães tiveram uma infância e adolescência muito difícil, com histórias semelhantes de abandono, humilhação e falta de carinho dos pais (avós das adolescentes).

Observamos por esses dados que dificilmente os elementos externos querem ouvir, saber ou questionar sobre o que seria melhor para o paciente. Eles geralmente alegam que este está se sentindo desta forma por 'culpa própria', pois eles não seguiram esta ou aquela regra ou norma contida na REFERÊNCIA dada.

Podemos observar constantemente que, quando a família não consegue esta aliança com o psicoterapeuta (colocando o terapeuta como defensor e realizador das REFERÊNCIAS) tenta boicotar o tratamento. Isto pode ser tido como uma fantasia, ou até mesmo uma alegação do paciente, em virtude de resistência à psicoterapia, ou coisas do gênero. No entanto, pelo contato e pela relação transferencial que podemos manter com essas famílias, observamos que o boicote ocorre.

José (caso II) recebeu uma ameaça de sua esposa, alegando que caso ele não desistisse da psicoterapia, ela o abandonaria, pois este tratamento não o estava ajudando, e a psicoterapeuta era incompetente, por não conseguir fazer com que ele cumprisse a REFERÊNCIA de voltar ao trabalho, conforme ela havia determinado. Isto foi relatado por ele mesmo e também pelas filhas que me procuraram preocupadas com o pai.

A mãe de X (caso I) recusou-se a levar a filha às sessões quando percebeu que a psicoterapeuta não estava 'disposta' a convencê-la a freqüentar aulas. Além disto, passou também a boicotar seu apoio e ajuda, quando notou as tentativas de mudanças para a autonomia e a independência da filha com relação às suas REFERÊNCIAS. Persistiu no boicote até a 'desistência' e abandono do tratamento.

O marido de Vanda, quando percebeu suas tentativas de mudanças e autonomia com relação às REFERÊNCIAS, tirou-lhe o talão de cheques para dissuadi-la da continuidade do processo psicoterápico, pois achava que a terapeuta estava 'fazendo sua cabeça'. Sua mãe, igualmente. Percebendo sua 'nova' condição, passou a não querer cuidar das crianças, para que ela pudesse ir às sessões.

A mãe da minha amiga, percebendo que sua filha estava questionando a relação entre elas, solicitou-me o número do telefone da terapeuta para intervir na situação. Tentou, também, intervir nas relações que mantinha com suas amigas, pedindo que estas a

abandonassem. O primeiro argumento era o de que ‘ela não era merecedora da nossa amizade pois havia abandonado a própria mãe’, e o segundo era o de que nós (amigas e terapeuta) estávamos ‘enchendo sua cabeça’. Ela solicitava que a filha ‘voltasse a ser o que era antes’.

Podemos relacionar inúmeros exemplos, uma lista interminável de observação de boicotes que as famílias fazem com relação à psicoterapia, quando os pacientes passam a questionar e(ou) a não cumprir as REFERÊNCIAS; quando aderem a outros referenciais ou REFERENCIAIS, que não os da família; ou quando passam a ter outras PESSOAS-REFERÊNCIA, que não eles; quando passam a apoiar em si mesmos, em suas próprias experiências; e quando adquirem autonomia e identidade própria.

Com estes dados, podemos entender que a necessidade de seguir normas e regras contidas nas REFERÊNCIAS não seria apenas uma condição interna aos pacientes com pânico, mas isto ocorre em virtude do contexto social e familiar, no qual estão imersos e submetidos, que também é regido por REFERÊNCIAS,.

No processo de acompanhamento destas pessoas, observamos que quando os ataques de pânico eclodem, elas estão às voltas com questionamento de REFERÊNCIAS, e das PESSOAS que as determinam. Neste momento, a angústia de abandono com relação às PESSOAS-REFERÊNCIA se exacerba. Este questionamento, eclosão de ataques e exacerbação da angústia de abandono, acontecem em pelo menos três contextos:

- Pela revisão das REFERÊNCIAS dentro ou fora do processo psicoterápico.
- Pelos questionamentos das REFERÊNCIAS, na fase na adolescência, durante o processo de constituição de identidade.
- Por outras ‘falhas’ que têm a conotação de abandono (ou possibilidade de) concreto e/ou afetivo, cometidas contra eles, por outras pessoas atuais e externas à família, e/ou pelas próprias PESSOAS-REFERÊNCIAS.

Como exemplo, podemos citar todos os casos relatados neste trabalho. No caso Jorge, o rapaz de vinte e cinco anos, e no caso Cintia, a senhora de quarenta anos, os ataques de pânico tiveram início quando passaram a examinar as REFERÊNCIAS que compunham sua identidade, dentro do processo psicoterápico. No caso da minha amiga, seus ataques de pânico eclodiram na época em que a empresa contratada para construir sua casa recebeu o dinheiro e não executou o serviço, e também pelo abandono do colega que a deixou sozinha com o trabalho, que deveria ter sido executado pelos dois. No caso José (caso II), seus ataques tiveram início quando a empresa em que trabalhava fechou e ele teve de se aposentar, ao mesmo tempo que a esposa passou por um risco de vida em virtude de uma cirurgia. No caso da adolescente X (caso I), seus ataques de pânico eclodiram quando descobriu que, para ser amada e aceita pela família, deveria cumprir REFERÊNCIAS, que a impediriam de ser independente dos pais. Márcia, a adolescente de quinze anos, iniciou seu processo de pânico, quando passou a questionar sua identidade que ora se dava pelas REFERÊNCIAS da família, e ora no exercício da vida secreta, e assim por diante.

Os pacientes fazem relatos, observações e associações que revelam os sentimentos de abandono experimentados por meio de situações e de pessoas atuais. Observamos que estes sentimentos são transferenciais pois acontecem nas mesmas condições e circunstâncias. Porém, todas as pessoas com as quais estes pacientes tiveram (e estão tendo) experiências de ‘falhas’ e abandonos, podem ser vistas e revistas, exceto o relacionamento materno e(ou) com a família.

Sem dúvida, tanto os pacientes como qualquer pessoa que observe e descreva a relação entre os membros deste tipo de família, não podem alegar que os filhos não são ou não foram cuidados e protegidos pelos pais. Dentro de suas condições sócio econômicas e culturais estes, os pais destas pessoas sempre ‘dão e fazem tudo’ por seus filhos. Estes filhos, por sua vez, sempre reconhecem, relatam e afirmam, que têm e(ou) tiveram o melhor, que foram amados e cuidados por suas mães e(ou) famílias.

Entretanto, podemos observar que ‘este tudo e este melhor’, sempre estiveram atrelados a valores, necessidades e REFERÊNCIAS de ‘boa aparência’ da própria família. As necessidades, desejos, condições e recursos dos filhos, raramente são (ou foram) levados em conta. ‘Este tudo e este melhor’ constituem a REFERÊNCIA de ‘amor’,

‘carinho’ e ‘cuidados’ da família, que sempre esteve presente, em seu processo de vida. Para consegui-los, estas pessoas estão, e sempre estiveram sujeitos à condição de cumprimento de REFERÊNCIAS. Além disso, esta REFERÊNCIA de ‘amor’ e de ‘ser amado’, é também parte integrante da identidade destes pacientes.

Desse modo, a revisão e(ou) a ‘descoberta’ de como é constituído o funcionamento da relação que dá apoio, segurança de amor, e identidade de ser amado, acabam comprometendo sua própria identidade. A angústia de abandono, que estas pessoas apresentam, pode ser vista também, como uma possibilidade de não serem ‘bem vistos’ e ‘bem aceitos’ pelas PESSOAS-REFERÊNCIA, em virtude do questionamento e(ou) do não cumprimento das REFERÊNCIAS. A perda destas proporciona o temor de perder as garantias e a segurança que elas proporcionam, e a identidade constituída por meio delas.

Com isto, podemos entender como FREUD (1976i), LAPLANCHE (1993) e BOLLAS (1992b), que uma experiência de abandono atual pode ‘evocar’ espontaneamente as experiências de abandono e desamparo, vividos no relacionamento primário e materno, que seria a primeira relação, por meio da qual, estas pessoas teriam vivido sua experiência original de ‘falha’ e abandono afetivo.

De outro modo, no processo psicoterápico, a interpretação e a associação das condições de abandono presentes nas relações e nas situações atuais, e externas à sua situação familiar, podem também gerar ‘descobertas’ sobre este tipo de abandono primário. Além disso, a relação de continência e de suporte afetivo vivida na terapia com o terapeuta pode gerar uma comparação e descoberta da falta desta na família. Esta descoberta gera sofrimentos intensos. Este pode ser visto como um dos motivos, pelo qual podemos atribuir a desistência do processo psicoterápico.

Estes pacientes têm de se defender contra as pressões exercidas por seus familiares e PESSOAS-REFERÊNCIA, para que as REFERÊNCIAS sejam cumpridas, para conseguirem sua independência. Porém, encontram dificuldades neste processo. Uma delas acontece com relação à sua própria identidade, pois, ao questionarem, descobrirem e(ou) reconhecerem que não recebem (ou não receberam) ‘o necessário’, para a satisfação de suas próprias necessidades; e também, quando pedem que lhes seja dado amor, e

supridas as necessidades afetivas de outra forma, maneira e ordem, eles podem perder a REFERÊNCIA de 'amor', que tem o sentido de ajuda, amparo, segurança e proteção, que constitui sua identidade de 'ser amado'. Como o relacionamento 'afetivo' com a família e também com outras pessoas ocorre nos mesmos moldes de REFERÊNCIAS de 'amor' da família, a perda de REFERÊNCIAS de 'amor', que constitui sua identidade, pode levar a uma perda da própria identidade.

Outra dificuldade relaciona-se com as PESSOAS-REFERÊNCIA, pois qualquer alusão contrária a elas pode colocar os pacientes em risco de perder não somente o 'amor', o 'carinho' e o 'cuidado' que recebem (ou que entendem ter recebido), mas os suprimentos materiais e técnicos que recebem. Além disso, eles podem ser (como freqüentemente são) abandonados, pois o questionamento das REFERÊNCIAS, pode ser interpretado pela família - como também é sentido e significado por eles, e por outros - como ingratidão e desprezo, ou como repúdio dos 'cuidados', que a família significa por meio de suas REFERÊNCIAS, como 'amor'.

A 'descoberta' sobre o tipo de amor de cuidado que recebem e(ou) receberam - de não terem sido vistos, aceitos e amados por suas próprias potencialidades e qualidades; e sobre a condição de cumprimento das REFERÊNCIAS para serem aceitos - feitas por meio da associação entre as falhas e abandonos atuais com as primárias, mobiliza pelo menos dois tipos de reações defensivas:

- Tentam a princípio se defender lançando dúvidas sobre sua percepção, fatos e sentimentos. Neste caso, sentem-se confusos e frágeis.
- Tentam racionalizar, intelectualizar e justificar os fatos, e as PESSOAS-REFERÊNCIAS, e enquanto se defendem desta maneira, alegam não sentirem qualquer tipo de sentimento relativo a raiva ou ao ódio³ destas. Mas, geralmente associam a este tipo de defesa, a eclosão e(ou) a intensificação de ocorrência de ataques de pânico.

³ A ausência de sentimento de raiva ou ódio e do exercício de agressividade pode ser observada como uma constante em termos de histórico de vida destes pacientes, principalmente antes da eclosão dos ataques de pânico, pois faz parte das REFERÊNCIAS de 'boa aparência', não apresentarem, nem sequer terem contato com este tipo de sentimento. Podemos observar este dado em todos os casos relatados neste trabalho, como também em todos os casos que atendi.

Por meio destas defesas, podemos entender que estes pacientes se boicotam, pois passam a apresentar confusão de percepção e dificuldade de discriminar seus próprios sentimentos e situações em que estão inseridos. Transferencialmente, este boicote pôde ser observado, quando não compreendem ou não ouvem as interpretações feitas neste sentido. Podemos entender que estas defesas teriam pelo menos três razões:

- Pelo temor de serem invadidos por sentimentos desconhecidos de amor e ódio que até então não puderam ser experimentados, por não fazerem parte das REFERÊNCIAS.

- Pelo temor de serem abandonados, ou por terem de abandonar as PESSOAS-REFERÊNCIA que lhes dão apoio, suporte e segurança.

- Pelo temor de abandonar as REFERÊNCIAS, que constituem sua identidade.

Porém, a revisão e a quebra de REFERÊNCIAS fazem surgir outros tipos de sentimentos como:

- Desproteção, desamparo, perda de garantia segurança e identidade. Não apresentam angústia de perda, mas sentimento de caos, inexistência e morte.

- A experiência de um outro tipo e qualidade de 'amor'.

- Um outro tipo de sentimento muito intenso e desconhecido por eles, até então, começa a eclodir e ser exercido. Não é apenas um sentimento de raiva ou de revolta, mas um ódio disruptivo, muitas vezes até mesmo desproporcional à situação de falha e frustração que estão vivendo.

Sobrepondo a experiência transferencial com o paciente com pânico e sua família, à experiência de atendimento às crianças oriundas de famílias sujeitas a REFERÊNCIAS, observa-se que existem semelhanças significativas entre o modo de funcionamento psíquico destes pacientes (crianças, adultos e adolescentes), como também no modo como o vínculo é estabelecido entre os membros de suas famílias.

Notamos que na totalidade dos casos apresentados neste trabalho, como também naqueles atendidos por mim, e não mencionados neste momento, e naqueles trazidos para supervisão por outros psicoterapeutas, que as ameaças de abandono, feitas aos pacientes pelas PESSOAS-REFERÊNCIA, caso as REFERÊNCIAS não sejam cumpridas à risca, não se limitam apenas à psicoterapia nem ao terapeuta; e não se referem apenas a queixas, sentimentos e fantasias de abandono, e não acontecem apenas no momento atual.

A ameaça de abandono das PESSOAS-REFERÊNCIA, caso suas REFERÊNCIAS não sejam cumpridas, é real e concreta, e a angústia de abandono, sentida pelos pacientes com pânico, trata-se de mais uma das 'coincidências' de histórico de vida, e de sentimento de angústia crônica, que se encontram presentes desde a infância, e subjacentes ao seu funcionamento psíquico, como ao das crianças sujeitas às REFERÊNCIAS.

A relação entre pais e filhos de famílias sujeitas a REFERÊNCIAS proporcionaria sentimentos de angústia de abandono crônica e esta condição estaria presente na vida e subjacente ao funcionamento psíquico dos pacientes com pânico, adolescentes e adultos.

3.4. AS MUDANÇAS DE IDENTIDADE

A observação que podemos fazer dos pacientes com pânico é que estes conseguem uma realização satisfatória em sua conduta prática e na organização operacional de sua vida. Apresentam uma organização egóica, porém, com características defensivas como:

- Rigidez de pensamento e conceitos.
- Dificuldade de mudar de situação, direção e de atividades, ou até de se imaginar executando algo diferente do que fazem.
- Dificuldade de sentir prazer em suas realizações (geralmente alegam que gostam do que fazem).

- Norteiam suas vidas pela sobrevivência, trabalham muito, apresentam um FAZER excessivo, chegando até mesmo a apresentar 'quadro de estresse'.

- Dificuldade de reconhecer sua competência pessoal nos empreendimentos que realizam, pois estes estão sempre atrelados com a norma de conduta 'adequadas e corretas' a serem seguidas, ou seja, pelas REFERÊNCIAS de PESSOAS-REFERÊNCIA que muitas vezes são pouco condizentes com seus próprios desejos.

Além desses dados, observamos pelo acompanhamento longitudinal (durante meses, e até mesmo anos) na relação transferencial com estas pessoas, que elas apresentam mudanças constantes e contrastantes de aparência, humor, desempenho e 'produtividade', e até mesmo de identidade, a cada REFERÊNCIA assumida. Estas mudanças ocorrem em virtude de trocas de um REFERENCIAL por outro; por tomá-los (todos), como norma de conduta absoluta a cada tempo; e por nortear sua identidade e modo de conduta, segundo os significados e normas contidas em cada uma delas.

Em outras palavras, a cada REFERENCIAL assumido, comportam-se, tomam atitudes, apresentam funcionamento psíquico, dão significados e sentidos diferentes sobre o mesmo assunto e o mesmo objeto. Além disso, referem-se a sentimentos e emoções distintas, daqueles a que se referiam anteriormente. Apresentam-se como se fossem várias pessoas, com 'identidades distintas', dependendo das normas e regras contidas em cada REFERÊNCIA que aderem, nos diversos momentos, e a cada mudança de REFERENCIAL. Estas mudanças de significações e identidade ocorrem com flexibilidade e elaboração. Por serem baseadas em REFERÊNCIAS, muitas vezes contraditórias e até mesmo conflitivas entre si, estas mudanças acontecem de forma estanque, rígida e brusca em um curto espaço de tempo (até numa mesma sessão).

As pessoas de modo geral mudam, transformam-se e, na relação transferencial, é comum não sabermos que material a pessoa trará para a sessão, ou como estará se sentindo naquele dia. Podemos observar que a cada sessão ou interpretação, as pessoas de modo geral costumam pensar, sentir e apresentar mudanças e diferentes significações. No entanto, geralmente, esta identidade segue uma linha de significações e motivações - que podem fazer ou não sentido - mas que têm uma direção por mais ilógica que possa ser considerada. Enfim, as pessoas costumam apresentar mudanças gradativas de identidade, dadas por elaboração.

No caso dos pacientes com pânico, o que chama a atenção na relação transferencial mantida com eles, é exatamente esta abrupta e discrepante mudança de significações e REFERÊNCIAS, de forma repentina e instantânea, que passam a nortear sua identidade por mais lógica e coerência interna, que tenha cada uma delas. Com relação à sessão, podemos dizer que não sabemos 'quem' entrará pela porta naquele dia. Além disso, apesar destes pacientes apresentarem uma sintonia egóica distinta a cada momento, eles não perdem este tipo de organização. Observamos, também, que a interpretação dada a este modo de conduta costuma gerar angústia, mas não elaboração (este dado pode ser observado claramente nos casos clínicos apresentados no anexo deste trabalho).

A solicitação freqüente, por parte dos pacientes, da presença de alguém e não raro a necessidade de serem acompanhados às sessões, pode ser observada. A alegação neste sentido é a de que os ataques de pânico ocorrem com maior freqüência quando estão sozinhos, ou simplesmente não ocorrem quando acompanhados.

Além da necessidade de serem acompanhados, estes pacientes sentem necessidade de acompanhar as pessoas em todos os sentidos (logístico e psíquico) para não perderem a 'proteção' proporcionadas por estas. Este acompanhamento nos permite compreender e relacionar estas mudanças de REFERENCIAL às características apresentadas pelas PESSOAS-REFERÊNCIA, com as quais se 'apegam' e se relacionam.

Entretanto, a eleição das pessoas e situações consideradas como REFERENCIAIS não é feita por um critério afetivo, nem a dependência destas ocorre em virtude de imaturidade egóica destes pacientes. As PESSOAS-REFERÊNCIA 'dignas de confiança', com as quais esses pacientes se relacionam, se identificam e passam a depender, acompanhar e ser acompanhados, são aquelas que segundo as REFERÊNCIAS vigentes no momento, são consideradas por eles como 'corretas'. Sob este critério de avaliação e eleição racional (não afetiva, repito), passam a discutir, afirmar e repetir os padrões 'corretos', estabelecidos pelo OUTRO, como se fossem próprios. Baseados nestas REFERÊNCIAS, apresentam autonomia, independência, e organização egóica em sua conduta e nas escolhas, que fazem em sua vida.

Porém, quando estes pacientes questionam os conteúdos contidos nas REFERÊNCIAS dadas pelas PESSOAS-REFERÊNCIA, por meio da comparação racional e intelectual do certo, do errado, do conveniente e do justo e(ou) quando as PESSOAS-REFERÊNCIA ‘falham’, as REFERÊNCIAS dadas por elas passam a significar ‘erro’, ‘inadequação’ e ‘inconveniência’. Isto proporciona a perda de confiança nas PESSOAS-REFERÊNCIA das quais as REFERÊNCIAS partiram. Com isto, costumam trocar de REFERENCIAL, desistir deste relacionamento, afastam-se das PESSOAS-REFERÊNCIA, por mais importantes que tenham sido em sua vida.

A condição de troca de REFERÊNCIA, de desistência e(ou) separação de uma PESSOA-REFERÊNCIA é a eleição de outra. Geralmente, quando desistem da primeira, já elegeram e(ou) se ‘apegaram’ a uma segunda ou a uma terceira pessoa, e suas REFERÊNCIAS. Estas situações e pessoas substitutas sempre guardam entre si, as mesmas características das anteriores, ou seja, as situações estão sempre envolvidas com critério de sobrevivência e o tipo de funcionamento da relação com as PESSOAS-REFERÊNCIA estão sempre baseadas em REFERÊNCIAS ‘corretas e convenientes’ com relação à segurança, e não de afeto.

Deste modo, podemos compreender que as trocas e separações, acontecem sem sentimentos de luto, perda, e(ou) ansiedade. A perda da PESSOA-REFERÊNCIA, para o paciente com pânico, é referida e associada a vários outros fatores como:

- As trocas, afastamentos e substituições de PESSOAS-REFERÊNCIA ‘inadequadas’, por outras ‘adequadas’, referem-se à ‘tomadas de providências”, para obterem segurança e não perderem o apoio que constitui sua identidade e organização egóica.

- Os sentimentos que surgem com a separação da(s) PESSOA(S)-REFERÊNCIA não são referidos por estes pacientes como angústia, por perda e luto, mas estão sempre associados a sentimentos de desamparo, inexistência, morte e perda de orientação para viver, sentir e para a manutenção da identidade.

▪ A possibilidade de perderem e(ou) serem abandonados pela(s) PESSOA(S)-REFERÊNCIA confiável(eis) que lhes dá(ão) apoio, segurança e garantia, é temida, enquanto estas são significadas como REFERENCIAIS. Quando estas são entendidas como 'inadequadas', há substituição destas por outras, sem processo de desapego, sem desespero, e sem culpa.

▪ A possibilidade de serem abandonados pela(s) PESSOA(S)-REFERÊNCIA, sem preparo e substituição anterior destas por outras, não gera 'falta de afeto', mas possibilidade de perder sua própria identidade, que era baseada nas REFERÊNCIAS destas PESSOAS.

▪ Quando passam a questionar as REFERÊNCIAS, dadas pelas PESSOAS-REFERÊNCIA, geralmente descobrem o tipo de 'amor' que receberam, ou seja, perdem a ilusão de terem sido amados. Descobrem que suas relações são baseadas na avaliação racional, e não em afeto. Neste caso, há a possibilidade de revisão do significado de 'amor', de 'ser amado' e a oportunidade para a formação de relações baseadas em vínculos afetivos. Mas muitas vezes, quando não conseguem rever estes significados, passam a trocar insistentemente de REFERÊNCIAS e de PESSOAS-REFERÊNCIA para conseguir uma relação 'perfeita' e 'adequada'.

Quando isto acontece, trocam insistentemente uma REFERÊNCIA e PESSOA-REFERÊNCIA por outras, e entre cada uma delas, perdem a segurança que estava camuflada sob elas, e a identidade constituída a partir delas. Entre uma e outra, estas pessoas queixam-se de 'perda de identidade'; 'de não saber mais viver'; de 'não conseguir ser como era antes'; 'da vida passar por seus olhos como um filme'; 'de não pertencer mais à mesma realidade das outras pessoas'; 'de se ver como várias pessoas ao mesmo tempo'; 'de observar a si mesmo como se fosse outro'; 'de 'farsa' e 'falsidade' na relação deles consigo mesmo, e muitas vezes com relação a outras pessoas.

Quando isto ocorre com freqüência, a adesão a novas REFERÊNCIAS, e também a novas PESSOAS-REFERÊNCIA, torna-se cada vez mais difícil; a condição egóica se fragiliza; a dissociação corporal e de identidade se acentua; a vontade de viver, de lutar e de enfrentar a vida se esvaem. Neste caso, há também a desistência da

independência e da autonomia; apresenta-se um 'estado depressivo' e, geralmente, passam a ser desprezadas e entendidas como inúteis (no sentido da interpretação de seu estado, ou de sua 'produtividade'), por OUTROS e por eles mesmos.

Ao apresentar este estado, os pacientes com pânico geralmente sentem-se abandonados, desprotegidos, inseguros e desamparados, perdem a esperança de encontrar alguém que possa ajudá-los e entregam-se para serem cuidados e protegidos por qualquer PESSOA. Com a recorrência desta situação, tanto as sensações como os ataques de pânico costumam se intensificar e tornar-se crônicos. (Este tipo de situação pode ser observada claramente no caso de José, caso II).

3.5. A EXPERIÊNCIA DA VIDA SECRETA

Pela relação transferencial, longitudinal e de confiança que estabelecemos com os pacientes com pânico, observamos que, além da obediência às normas contidas nas REFERÊNCIAS (que têm uma conotação de coerência correta e aceita); da submissão às PESSOAS-REFERÊNCIA; da 'boa aparência' social que apresentam; e do discurso moralista que promovem socialmente, eles geralmente declaram, sob forma de 'confissão' e sentimento de culpa intenso, a manutenção desde a infância, de uma 'vida secreta', sem regras e(ou) noção de conseqüências. Nesta vida secreta, estes pacientes desempenham papéis, têm condutas impulsivas e não pensadas, apresentam um funcionamento psíquico e identidade, muitas vezes dissociados e contraditórios daqueles que apresentam.

Esta atividade secreta, a alternância e(ou) a convivência⁴ destas 'identidades dissociadas' (uma regradada e obediente às REFERÊNCIAS e outra caótica e sem REFERENCIAL) costumam se intensificar na adolescência. O paciente com pânico geralmente associa à experiência da vida secreta, um sentimento de 'maldade' e culpa, o temor de serem abandonados e o desencadeamento e(ou) intensificação de ocorrência de ataques de pânico.

⁴ Esta convivência de duas partes contraditórias: uma 'civilizada' e outra 'animal e instintiva', pode ser comparada ao mito do deus grego Pã.

A 'maldade' interna é geralmente significada desta forma, em virtude da transgressão cometida contra regras que fazem parte da REFERÊNCIA do que seria uma 'pessoa saudável' e também uma 'boa pessoa'. O temor de serem abandonados é atribuído, à possível descoberta e represália que as PESSOAS-REFERÊNCIA podem fazer, caso descubram sua 'vida dupla', por ser contrária aos pressupostos contidos nas normas de suas REFERÊNCIAS. A culpa é manifestada pelo temor de que algo terrível possa acontecer, que serão lesados, punidos e até mesmo mortos (abandonados pela vida), em virtude de doenças que possam ter contraído no exercício dessa vida secreta.

O período de remissão dos sentimentos e ataques de pânico, 'coincide' com o do abandono da experiência secreta, e com a volta à 'vida normal', ditada pelas REFERÊNCIAS. No período de desistência da experiência da 'vida secreta', estas pessoas costumam diminuir ou até mesmo desistir dos questionamentos sobre as REFERÊNCIAS, e passam a assumir a vida 'regrada e certa' que as PESSOAS-REFERÊNCIA consideram 'normal'. O retorno à experiência secreta geralmente acontece ao serem questionadas as REFERÊNCIAS cumpridas na 'vida normal'. Porém, com novos questionamentos acerca das REFERÊNCIAS, costumam voltar a realizar a 'vida secreta' e a apresentar a referida dissociação de identidade. Neste caso, os sentimentos e muitas vezes os ataques de pânico, costumam retornar e se intensificar. Como exemplo ilustrativo deste tipo de observação, podemos citar algumas pessoas que foram acompanhadas durante algum tempo em processo psicoterápico.

Márcia, quinze anos, estudava e fazia teatro. Durante as sessões, relatou que tinha sensação de que um ataque de pânico poderia ocorrer (e às vezes ocorriam efetivamente), principalmente quando estava em grupo social, na escola, em reuniões de amigos na lanchonete, no ônibus, atravessando uma rua em meio a multidão, e em aglomerados, como dizia: 'Entro em pânico nesses lugares pois tenho medo de fazer algo errado'. Não contava aos amigos, nem aos pais o que acontecia com ela, pois tinha vergonha do que sentia, por entender que seus sintomas eram absurdos e 'errados'.

Porém, quando estava no palco desempenhando papéis, mesmo com o teatro lotado, as sensações ou os ataques de pânico não ocorriam. Socialmente, muitas vezes interpretava papel de 'maloqueira', às vezes de intelectual, às vezes de corajosa e

conselheira de amigos (tinha um discurso bastante moralista), e também drogada (mesmo sem ter usado qualquer tipo de droga), dependendo do grupo onde estivesse inserida. Sendo assim, conseguia ‘driblar’, na vida real, as sensações e ataques de pânico, evitando as situações e os lugares públicos onde os ataques ocorriam com frequência, ou interpretando papéis quando a evitação não era possível.

Na entrevista com os pais, estes transmitiram a idéia de que tinham uma filha doce, meiga, angelical, estudiosa e principalmente inteligente e forte. Sem dúvida, este dado pôde ser observado no contato com ela. Entretanto, a adolescente queixava-se durante as sessões de psicoterapia, que nem os pais, nem a terapeuta e, na verdade, nem ela mesma, conheciam, pois sua vida era uma dramatização.

Relatou que, durante anos (dos onze aos quinze anos - oito meses antes da eclosão dos ataques e de procurar a psicoterapia) à noite, quando ia dormir, dizia boa-noite aos pais, rezava e fingia que dormia. Quando todos estavam dormindo, de madrugada, pulava a janela e ia a uma favela próxima de sua casa, para consumir maconha, cocaína e outras drogas, além de bebida alcoólica. Voltava para casa, e ninguém nunca desconfiou do que acontecia, pois sua aparência era impecável.

Mencionou situações em que corra riscos sérios e graves de vida. Relatou que decidiu parar de consumir drogas, e de viver aquela vida dupla, pouco antes do início do processo psicoterápico. Dizia que podia sentir os efeitos das drogas, mesmo sem consumi-las, apenas desempenhando papéis. Passou então a ‘desempenhar o papel’ de conselheira dos amigos que ainda ‘viviam aquela vida’.

No transcorrer do processo psicoterápico, vários papéis foram desempenhados. Cada dia aparecia uma pessoa diferente na sessão. Fomos observando que ela sempre desempenhava papéis: no palco, na vida real e na sessão. Os papéis eram intelectualizados, pois raramente sentia o que dizia e fazia. Comentava que sentia-se falsa e farsante. Sua grande questão, segundo ela mesma, era descobrir quem ela era realmente, o que sentia e quais eram seus desejos.

A adolescente relatou que o início de seus ataques de pânico ocorreu aos onze anos, quando achou que estava com AIDS, pois havia descoberto com esta idade, que essa doença era contraída por meio da 'sexualidade anormal'. Como se masturbava com frequência, e havia feito jogos sexuais com suas primas aos seis anos de idade, achou que estas atitudes a haviam condenado à morte. Sempre que estes pensamentos e recordações viam-lhe à mente tinha sentimento de pânico.

No momento atual, tinha conhecimento e crítica a este respeito, e passou a entender esta idéia como 'bobagem', mas substituiu esta hipótese por outra: o consumo das drogas. Achava que as drogas haviam lesado seu cérebro e que os ataques de pânico poderiam ser decorrentes disto. Tinha sentimentos de pânico cada vez que imaginava a possibilidade de seus pais descobrirem suas infrações, pois entendia que estes poderiam puni-la com o abandono.

A manutenção de uma 'vida secreta', de sentimentos de culpa e temor de abandono também podem ser observada no caso de uma senhora, Vanda, de trinta e três anos. Esta senhora relatou que desde a infância estudou, cuidou da casa e das irmãs para ajudar sua mãe que trabalhava fora. Tentou cumprir as REFERÊNCIAS de sua mãe naquilo que ela determinava e entendia como deveria ser uma 'boa pessoa'. Tinha tentado (e ainda tentava) fazer 'tudo direito', mas sempre achou que podia falhar.

Segundo ela, apesar dos esforços, sua mãe sempre a havia significado como alguém incompetente em vários sentidos. As sensações de pânico sempre foram uma constante em sua vida, desde a infância e surgiam cada vez que fazia algo 'errado', ou que houvesse a possibilidade de ser recriminada ou punida por sua mãe.

Quando adulta transformou-se em uma dona de casa impecável. Cuidava, limpava e abastecia sua casa para que nada saísse errado. Teve três filhas, tornou-se uma mãe cuidadosa e prestimosa, chegando a superprotegê-las. Era também uma esposa carinhosa e dedicada, mas não conseguia deixar de apaixonar-se por outros homens, nem de procurar ex namorados. Mantinha várias paixões secretas, e muitas vezes mantinha relações sexuais com homens conhecidos ou desconhecidos, submetendo-se a vários riscos por causa disto. Tinha sentimentos de pânico, diante da possibilidade de não ser uma boa dona de casa, de falhar como mãe e de trair o marido. A eclosão de ataques de pânico aconteceu, ao se apaixonar por um dentista, após o último parto.

Entendia que ao trair concretamente seu marido, mantendo relações sexuais com outros homens, poderia ter adquirido algum tipo de vírus ou bactéria, e que estas poderiam ser responsáveis pela deflagração dos ataques de pânico. Entendia que isto, de certa forma, era punitivo mas justo. Ao descobrir que seu marido também a traía, entendeu a atitude dele como justa e cabível, e também como represália à sua traição (apesar deste desconhecer suas atitudes).

Um outro caso, que podemos dar como exemplo é o de Antônio, trinta e sete anos. Seu pai faleceu de ataque cardíaco quando ele tinha doze anos de idade. No enterro, uma tia alegou que ele havia causado a morte do pai. Antônio relata um sentimento constante de apreensão e pânico, desde esta época. Questiona durante as sessões, o que é que ele, como criança, poderia ter feito na época, para ter causado a morte do pai. Apesar da crítica intelectual, acredita em sua culpa, pois entende que era muito ‘levado’ quando criança.

A partir desta idade, assumiu a responsabilidade pela família para tentar ‘reparar seu crime’ e passou a fazer tudo ‘certo e direito’. Começou a apresentar ataques de pânico recorrentes aos vinte e três anos. Fez uso de tratamento medicamentoso na época, tendo havido a remissão completa dos ataques de pânico, aos vinte e oito anos, quando se casou com uma mulher bem mais velha que ele, que passou a ser um REFERENCIAL importante em sua vida.

Dos vinte e oito aos trinta e sete anos, ele não se recorda de muitos pormenores de sua vida, nem de ocorrências de ataques ou sentimentos de pânico, pois segundo ele, ficou ‘anestesiado’ todo este tempo, por fazer uso de bebida alcoólica em abundância. Os ataques de pânico voltaram a ocorrer com frequência, aos trinta e sete anos.

Depois de casado, passou a ter um trabalho rendoso, para suprir as necessidades da família que constituía. Porém, assumiu também a responsabilidade econômica pela mãe, pelo irmão alcoolista que não trabalha e pelos três sobrinhos. Sua esposa sempre protestou quanto a ajuda financeira à família de origem. Atualmente, está contraindo dívidas, pois não tem conseguido sustentar tantas pessoas. Queixa-se de estar exausto e sobrecarregado, mas tem dificuldade de agir de forma diferente, pois teme ser acusado por outros de não ser bom filho, bom irmão e tio. No entanto, vive um conflito, entre ser bom filho e bom marido.

No decorrer das sessões, depois de meses de trabalho psicoterápico, com muita relutância, Antônio relatou ter tido várias experiências homossexuais com os garotos com quem brincava na infância. Além destas, teve uma experiência homossexual aos onze anos de idade, quando foi assediado por um professor. Culpa-se, quando lembra ter sentido prazer nestes contatos homossexuais. Atualmente, apesar de estar casado, com filhos e de sentir prazer sexual com a esposa, vive também uma outra experiência secreta: não consegue deixar de sentir prazer em olhar e tocar o órgão sexual de travestis.

Relata que, apesar de sentir vontade, nunca teve relações sexuais com travestis, mas procura-os com frequência. Já correu vários riscos, foi assaltado, chantageado, ameaçado de morte, mas não consegue deixar de relacionar-se com eles. Sente culpa, apreensão e dúvidas sobre sua masculinidade, e sobre a possibilidade de contrair algum tipo de doença, apenas por tocá-los e ser tocado por eles (embora tenha crítica a respeito da impossibilidade de contrair doenças apenas pelo toque e olhar).

Além destas experiências secretas, viveu recentemente uma outra. Está empregado em uma empresa, onde faz parte de seu contrato, a dedicação exclusiva ao trabalho que executa. Aproveitando os relacionamentos que travava em função desse trabalho, conseguiu abrir uma empresa própria para ganhar mais dinheiro, segundo ele, para continuar custeando as despesas das famílias. Trabalha muito para cumprir as responsabilidades das duas atividades. Porém, teme perder o emprego, caso o descubram, pois com isto não conseguiria mais suprir economicamente as famílias. Imagina e relata a descoberta, sua demissão, a humilhação, e muitas vezes fantasia sua família passando necessidades por causa de sua infração. Diante destas situações e experiências secretas, passou novamente a ter ataques de pânico recorrentes.

Procurou uma médica psiquiatra, passou a fazer uso de medicação, mas mesmo assim, os ataques de pânico ocorriam. Passou a abster-se de bebida alcoólica, em virtude da ingestão dos medicamentos; foi diminuindo até cessar a procura dos travestis; acabou desistindo e fechando a empresa sob as mais diversas alegações intelectuais, críticas e racionais; e retomou as REFERÊNCIAS da esposa para 'restabelecer a qualidade de relação no casamento'. Seus ataques de pânico cessaram.

Com isso, sob orientação da médica, iniciou a diminuição da dosagem do medicamento (que durou um ano e seis meses) e atualmente está sem medicação, e sem ataques de pânico. Porém, os sentimentos de pânico continuam ocorrendo, sempre que pairam idéias, dúvidas, e possibilidades de 'infração às normas' de REFERÊNCIA, diante da possibilidade de reincidência da vida secreta.

Podemos observar por estes exemplos que a experiência da vida secreta se apresenta por uma dissociação de identidade, e exercício de uma sexualidade sem parâmetros. Além disso, ela se apresenta com um funcionamento psíquico e condutas característicos, com a presença de sentimentos internos de culpa, maldade interna, acusação e pânico, e temor de punição e abandono.

Podemos ter uma compreensão do exercício da vida secreta como os pacientes o fazem, ou seja, de que eles possuem uma destrutividade interna e até mesmo como uma perversão. Entretanto, podemos entender também, segundo os conceitos de WINNICOTT (1990e), a vida secreta como única forma e o lugar, onde essas pessoas podem experimentar a vida segundo sua própria experiência e desejos, no qual manteriam o contato com seu verdadeiro EU (self). Segundo o conceito de "transicionalidade" de WINNICOTT (1975c,1993e), esta seria uma 'área neutra de experiência', ou seja, uma experiência sem REFERÊNCIAS. Com isto, entendemos que o verdadeiro EU (self) destas pessoas não foi abandonado, mas este existiria de forma caótica, obedecendo apenas ao princípio do prazer, sem parâmetros de experiência, no contato com a realidade.

Em outras palavras, pela vida secreta, estes pacientes conseguiriam manter um certo tipo de contato com seu verdadeiro EU (self), com seus próprios desejos e instintos e que não desistiram da possibilidade de terem uma vida baseada em prazer. Entretanto, este contato mobiliza sentimento de desamparo, pois como estas pessoas transformaram seu EU em um EU-OUTRO, ou seu Verdadeiro EU (self) em um falso EU (self), norteados pelas REFERÊNCIAS e por OUTROS, caso optem por serem eles mesmos, e viverem suas próprias experiências, podem correr o risco de perderem o apoio, a segurança e a identidade constituída à partir das REFERÊNCIAS, e de serem abandonados pelas PESSOAS-REFERÊNCIA. Sendo assim, o que restaria seria a experiência do desamparo, em todos os sentidos.

Desistem, geralmente, da experiência da vida secreta e do contato com seu próprio EU, com seus impulsos e desejos, por não poderem confiar sem si mesmos, em suas experiências, pois a experiência baseada no EU (self) verdadeiro proporciona prazer, mas ao mesmo tempo desamparo e riscos, por ser este caótico e insipiente no contato com a realidade. Deste modo, elas costumam ‘voltar a vida normal’, baseada no falso EU (self) e nas REFERÊNCIAS, pois estes dão amparo ao verdadeiro EU (self) insipiente. Isto também proporciona segurança para a condição de desamparo psíquico e neutraliza o sentimento de pânico.

3.6. A RELAÇÃO COM O CORPO

Uma das queixas mais freqüentes apresentadas pelos pacientes com pânico é a sensação de perda de controle do próprio corpo, representada como um sentimento de ‘descolamento’ ou ‘desdobramento’ entre o corpo e a realidade psíquica. Como dizia X (caso I): ‘Sinto que o corpo vai e a cabeça fica’.

Toda e qualquer sensação e(ou) sintoma físico são geralmente interpretados como uma doença grave e fora de controle, que pode ocasionar a morte física, gerando uma apreensão e ‘medo de morrer’ constante. A recorrência dessas sensações e sentimentos, que proporciona terror e pânico, acontece geralmente desde a infância, muito antes da eclosão dos ataques de pânico. Relatam (e podemos observar) também, que a partir da ocorrência dos ataques, estas sensações costumam se intensificar.

Entretanto, observamos, no contato com esses pacientes, que a morte física não é temida. Pelo contrário, apresentam alívio e ‘satisfação’, ao ser diagnosticado algum tipo de doença física, e(ou) ao obterem resultado positivo em qualquer tipo de exame, mesmo que este resultado seja drástico como um câncer ou algum tipo de disfunção irreversível.

Como exemplo típico deste tipo de situação, podemos citar José (caso II), e mais um exemplo, o depoimento de Carmem, trinta e cinco anos, que procurou psicoterapia pois sofria de ataques de pânico recorrentes há sete anos, com sensações de ‘descolamento do corpo’ desde a infância. Na primeira entrevista, Carmen relatou que, depois do

desencadeamento de ataques de pânico recorrentes, esta sensação havia se intensificado e ela não conseguia viver a vida com segurança e tranquilidade como qualquer outra pessoa. Não conseguia sair de casa e, caso sáísse, tanto um ataque de pânico, como a sensação de que este poderia ocorrer a qualquer momento, se apresentavam. Ficar em casa também não era garantido, pois vivia esta experiência até mesmo dentro de seu próprio quarto.

Relatou que sentia angústia e apreensão o dia todo, e a vida inteira, não somente em virtude das sensações físicas, mas principalmente em função das cobranças de ‘viver uma vida normal’ que as pessoas à sua volta faziam, por significarem seus sintomas como ‘bobagens’. Além das pessoas, a procura insistente por hospitais, médicos e tratamentos, resultavam sempre em humilhações e fracassos para aliviá-los.

Num desabafo emocionado, Carmem relatou que, em virtude das sensações físicas e de ter experimentado durante toda a vida este ‘medo de morrer’, não tinha ‘medo da morte’, pois esta poderia ser uma solução certa e garantida para alívio dos sintomas físicos e deste tipo de situação a que estava submetida. Seu temor era o de continuar vivendo com esta sensação de ‘estar fora e de não ter controle sobre seu próprio corpo’. Já havia tentado suicídio algumas vezes pois não agüentava mais viver daquela maneira.

Poderíamos, pelas queixas e pelas descrições que estes pacientes fazem de seus sintomas, compreender a relação do paciente com pânico com seu próprio corpo, pelos conceitos de ‘hipocondria’, ‘histeria’ ou ‘neurose de angústia’. Mas, através de uma relação longitudinal e mais apurada, observamos outros significados:

- ‘Uma doença no corpo’ é geralmente significada por estes pacientes como ‘estar com o corpo doente’, e não eles próprios. Isto pode significar, como afirma WINNICOTT (1994g, 1994i, 1994j) que a pessoa manteria uma relação dissociativa com seu próprio corpo, ou seja, o corpo e a atividade corporal não estariam integradas à realidade e às sensações psíquicas. Neste sentido, a ‘morte’ estaria relacionada ao corpo e não a eles mesmos. É como se o corpo morresse, não a pessoa. Por este estar sendo concebido como algo distinto e não integrado ao psiquismo, a morte do corpo não seria temida.

▪ Podemos observar que as sensações dolorosas, ou mal-estares provocados por gripes, por oscilações de temperatura externa, por tensões internas e(ou) externas e circunstanciais, experimentadas num corpo como uma entidade distinta, dissociada, independente e autônoma da sua realidade psíquica são geralmente significadas como ‘doenças’ graves. Desta forma, o próprio corpo não pode ser significado como fonte de prazer ou dor, mas como um OUTRO-EU persecutório, que pode atacar o psiquismo ou ser atacado a qualquer momento.

• O corpo experimentado como dissociado da realidade psíquica, e como um OUTRO-EU, é geralmente tratado, cuidado e visto, por meio de compreensão intelectual e não emocional. Isto gera a necessidade de orientação de OUTROS, e a insistência de ‘tomada de providências técnicas de intervenção’.

Além da dissociação e compreensão intelectualizada do corpo, podemos relacionar outras dificuldades que estes pacientes apresentam com relação à atividade corporal:

• As sensações oriundas de estimulação como necessidade de obtenção de satisfação e prazer sexual; as sensações oriundas das atividades instintiva e(ou) pulsional relacionadas ao corpo como fome, sede, frio, sono, devem estar dentro dos padrões de REFERÊNCIA. Caso estejam fora destes padrões, elas são geralmente entendidas, interpretadas, compreendidas e significadas como ‘perversões’, ‘doenças’ e ‘transtornos do corpo’. As sensações do corpo, que fazem parte do processo fisiológico, ou de desenvolvimento natural, não são compreendidas como tais, mas precisam ser eliminadas por meio de uma intervenção técnica e excluídas da realidade psíquica. A prioridade de satisfação é empreendida por estas pessoas, segundo o cumprimento de REFERÊNCIAS, em detrimento da evolução e da concepção natural do corpo.

• Uma estatura baixa ou alta, ou qualquer outra tendência que faça parte de seu potencial genético, constitucional e hereditário que não esteja contida nos padrões de REFERÊNCIAS de ‘boa aparência’ podem ser entendidas e significadas como ‘defeitos’ que precisam sofrer intervenção técnica e externa.

- Os limites do corpo como o momento de parar atividades; de relaxar por estar cansado; a necessidade de lazer, de prazer e de outros são geralmente dados pela necessidade de cumprimento de REFERÊNCIAS lógicas, e não por limites corporais e internos. Neste caso, estas necessidades são significadas como preguiça, irresponsabilidade e outros adjetivos morais e pejorativos.

Desta forma, podemos entender que a maneira como estas pessoas concebem e contêm seu corpo; como entendem e significam um ‘bom funcionamento corporal’; como interpretam o que seria ter uma ‘boa aparência’, seria dada pelas significações contidas nas REFERÊNCIAS morais, e não à própria condição, recursos e constitucionalidade da pessoa.

Sendo assim, podemos compreender a constituição da identidade destas pessoas, não somente pela forma como cumprem as REFERÊNCIAS, mas também como significam a constituição e o funcionamento de seu corpo. Assim, um corpo ou um funcionamento corporal, não condizente com as normas e regras contidas nas REFERÊNCIAS, além de ter o significado e o sentido de ‘doença’, pode ter também o sentido de perda de identidade.

Entretanto, ‘estar doente’ ou ter ‘uma doença no corpo’, também pode trazer alívio e benefícios para manter a integração de identidade, e o contato com o próprio corpo. Este poderia ser visto como o que WINNICOTT (1994i) conceitua ‘o valor positivo da doença física’. Podemos observar este dado, no contato com pacientes que procuram psicoterapia, já tendo consultado um médico que lhe atribuiu o diagnóstico de transtorno de pânico, e que entende ter este uma etiologia orgânica, e relacionar algumas questões como consequência:

- Primeiramente podemos observar que estas pessoas costumam aderir, com muita facilidade e tranquilidade ao diagnóstico e depois disso, passam a se identificar como ‘doentes do corpo’, ou ‘Sindrômicos de Pânico’. Este diagnóstico lhes dá uma REFERÊNCIA, que lhes garante uma ‘identidade diagnóstica’;

- Baseando-se nesta identidade diagnóstica, constituída pela REFERÊNCIA do pânico como doença orgânica, começam a ler, estudar e compreender intelectualmente o assunto e passam a operacionalizar a vida por meio de uma ‘maratona’ de providências técnicas de intervenção adequadas aos ‘Sindrômicos de Pânico’. Com isto, sentem-se aliviados, seguros e garantidos.

- Compreendendo que seus sintomas são oriundos de ‘causas’ orgânicas, surge a possibilidade de se livrarem deles, pela ação externa e concreta. Passam a oferecer seu corpo para ser cuidado, e manipulado de fora para dentro, segundo as REFERÊNCIAS certas e garantidas de cura. Os OUTROS passam a ser responsáveis pelo cuidado e pela cura de seu próprio corpo, situação esta a que se submetem e aceitam, como se este corpo não abrigasse uma pessoa com necessidades e desejos.

- ‘Ter um corpo doente’ pode também proporcionar a experiência do próprio corpo, como algo pertencente a si (mesmo que temporária e ilusoriamente) pois este estaria sendo tratado e mantido sob controle.

- Proporciona a possibilidade de não precisarem descobrir, rever e até mesmo reconsiderar ou modificar, o ritmo de vida que levam e os valores contidos nas REFERÊNCIAS, que os conduzem na vida e que significam seu corpo. Passam a cuidar do corpo e deixam o psíquico para depois ou negam que ele exista.

- ‘Estar doente do corpo’ pode proporcionar a oportunidade de descansar, não trabalhar, dedicar-se ao lazer e ao prazer, enfim, obter um ganho secundário pela realização de desejos e pela tomada de atitudes, muitas vezes atitudes contrárias às REFERÊNCIAS.

- Permite que se possa realizar a vida secreta, onde e quando suas necessidades instintivas e pulsionais podem ser realizadas e sua libido pode ser escoada.

Porém, a compreensão de ‘uma doença no corpo’ pode trazer conseqüências, com prejuízos como:

- A identidade de ‘doentes do corpo’ proporciona a compreensão de que uma coisa é o psiquismo e outra é o corpo. Esta compreensão geralmente faz com que

interrompam a psicoterapia e realizem, na realidade psíquica, a cisão corpo e mente, o que reassegura a dissociação psicossoma. Neste sentido, o cuidado do corpo torna-se uma coisa em si, dissociada do cuidado do psiquismo, dos afetos e dos sentimentos;

- Em virtude da dissociação entre o próprio corpo e o EU, o corpo pode ser sentido como invadido (por sensações e estimulações); usado (no sentido moral e até mesmo sexual); e tomado (no sentido de interpretação religiosa ou paranormal, como estar tomado por espíritos), por OUTROS. Qualquer experiência ou sensação corporal pode significar uma atitude persecutória do OUTRO contra o EU.

- O corpo passa a ser significado e cuidado como um objeto-depósito das necessidades de OUTROS, que não da própria pessoa. Passam a expor seu corpo a tratamentos e situações em que o risco de ser lesado é evidentemente alto, pois não avaliam riscos de contraírem doenças, de se exporem à radiação, de tomarem medicamentos excessivamente, de ingerirem drogas, chás e outras indicações, feitas por pessoas sem qualificação técnica. Enfim, passam a tomar providências, perdendo a capacidade crítica e de avaliação;

- Não conseguem atribuir as conseqüências prejudiciais como decorrentes das ‘tomadas de providências’, mas o fazem pelas acusações superegóicas como: entendem que contraíram doenças como punição merecida, de justiça e retaliação em virtude da infração às regras e as normas contidas nas REFERÊNCIAS (no caso da senhora que achava que tinha contraído uma bactéria ao trair o marido com outros homens); associam o abandono da(s) PESSOA(S)-REFERÊNCIA como punição, por terem experimentado a vida secreta (que pode estar associado às fantasias de maldade interna); interpretam seus sintomas como decorrentes do exercício de sua sexualidade (no caso da adolescente que achava que estava com AIDS porque se masturbava e fizera jogos sexuais).

- Ao significarem seus sintomas como punição e culpa, podemos observar que se intensifica a sensação de medo de morrer. Deste modo, podemos entendê-la como sensação de falência, de perda de fronteira psicossomática, conforme o conceito de ‘ansiedade de despersonalização’ proposto por WINNICOTT (1994b,1988), de garantia, de segurança, de sobrevivência e de identidade.

Deste modo, podemos compreender que a relação do paciente com pânico com seu corpo, teria um modo redundante e vicioso e dissociado de funcionamento, no qual a única possibilidade de satisfação, escoamento de libido, e experiência do EU (self) corporal, dar-se-ia por meio de infrações às regras contidas nas REFERÊNCIAS.

3.7. O 'USO' QUE OS PACIENTES FAZEM DOS TRATAMENTOS

Pelos relatos pormenorizados que todos os pacientes fazem da experiência que tiveram de um ataque de pânico, e pela lembrança desta experiência, sempre evocada com dor, tristeza e sofrimento, podemos entender como FREUD (1976j1, 1976j2), LAPLANCHE (1993) e WINNICOTT (1993h,1994b), que esta experiência seria invasiva e traumática. Além da lembrança, estes pacientes relatam que a exposição à(s) situação(ões) em que o(s) ataque(s) ocorreu(ram), por si mesma(s) funciona(m) como estímulo e excitação para a deflagração inevitável, de um outro ataque de pânico, que é também, novamente e sempre, experimentado como traumático, por mais recorrente que seja. Esta situação também pode ser compreendida, segundo o conceito de FREUD (1976i), como 'angústia frente ao perigo real', "Realangst", e de BOLLAS (1992b), como 'situações e(ou) objetos evocativos'.

Em virtude deste sofrimento, são compreensíveis as justificativas que estas pessoas fazem, da necessidade de tomarem providências. Estas providências geralmente se situam na evitação de situações e lugares, onde os ataques ocorreram anteriormente, o que promove a mudança de hábitos, de costumes, ou de algum tipo de atividade. Muitas vezes, eles se excluem do convívio social, formam novas rotinas diárias, e mudam até mesmo, seus projetos de vida. Além disso, promovem buscas constantes e insistentes de tratamentos, dentre eles a psicoterapia, e a ingestão mantida à risca segundo instrução médica, de medicamentos.

Observamos que os ataques de pânico, assim como as repercussões somáticas que surgem durante sua ocorrência, conforme as descritas pelos critérios diagnósticos da OMS,CID-10 (1993), e APA,DSM-IV (1994), de transtorno do pânico, apresentam-se de forma idêntica e costumam desaparecer e(ou) reincidir, independentemente do tipo de tratamento a que estejam se submetendo.

Como exemplo, podemos citar a adolescente Márcia, mencionada acima, que foi medicada com homeopatia. Obteve, com esta medicação, remissão dos ataques de pânico por um curto espaço de tempo, mas estes retornaram, mesmo estando sob medicação. Vanda, a senhora de trinta e três anos, tomou muitos tipos de medicação, Antônio, de trinta e sete anos, tomou medicação alopática durante um ano, e ambos também conseguiram remissão dos ataques de pânico à princípio, mas estes voltaram a ocorrer, mesmo sob medicação.

Observamos que a remissão e(ou) a evitação de ataques de pânico e dos sintomas físicos característicos podem acontecer sob medicação alopática tradicional, criteriosa e acompanhada, mas também acontecem com tratamento medicamentoso homeopático, pelos medicamentosos alternativos, pela psicanálise, psicoterapia, terapias alternativas, hipnose e acupuntura. Por meio dos 'tratamentos' religiosos como espiritismo, benzimento e outros, muitas pessoas costumam relatar, que conseguiram remissão de ataques de pânico. Entretanto, podemos observar que os ataques de pânico recorrem independentemente de serem medicados e(ou) tratados por quaisquer tipos de tratamento.

Notamos que muitas vezes os ataques 'passam', ou até mesmo não acontecem, com a evitação de uma situação; com a permanência do medicamento na bolsa (sem ingeri-lo) ou com o telefone do médico e(ou) do psicoterapeuta no bolso para qualquer 'eventualidade'; com a permanência de alguns amuletos junto ao corpo por 'garantia'; com apenas um telefonema e/ou com a presença de PESSOAS-REFERÊNCIA, ou qualquer outra pessoa. Por outro lado, se por qualquer eventualidade, houver um 'esquecimento de tomada de providências', um ataque de pânico inevitavelmente acontece.

Entretanto, mesmo conseguindo evitar um ataque de pânico (com ou sem medicação, ou com qualquer tipo de 'providência'), o sentimento de angústia, as apreensões e temores, assim como o modo de funcionamento psíquico, baseado nas REFERÊNCIAS e nas PESSOAS-REFERÊNCIA, e a manifestação de dissociação corpo psiquismo e de identidade, que estas pessoas apresentam, permanecem inalterados, ainda que não sejam sentidos e manifestados, sob a forma de sintomas físicos.

Por estes dados, entendemos que estas 'tomadas de providências' têm o sentido de proteção, amparo, segurança e garantia contra a possibilidade de se submeterem a riscos de ocorrência de ataques de pânico. Mas, podemos observar que estas 'providências' possuem características:

- Elas necessariamente são dadas para o paciente por uma PESSOA-REFERÊNCIA e(ou) uma situação considerada de confiança como: profissionais que dão cursos ou palestras sobre o assunto; informações divulgadas pela mídia; e também por meio de observações que fazem de outras pessoas que obtiveram 'sucesso' no alívio de sintomas, que considerem semelhantes aos seus.

- As 'providências' devem conter informações, explicações e compreensões racionais e intelectuais, para justificar seus sintomas, ou seja, esta deve conter necessariamente REFERÊNCIAS. Por meio dessas REFERÊNCIAS, as pessoas passam a se identificar com o diagnóstico de síndrome do pânico, transtorno de pânico ou com quaisquer outras denominações e orientações REFERENCIAIS - como as religiosas, esotéricas, psicodinâmicas, psicanalíticas - desde que estas possam fornecer subsídios para evitação ou saída de um ataque de pânico, e dar sentido de identidade.

Podemos entender que esses diagnósticos, instruções, orientações e tratamentos, funcionam como REFERÊNCIAS a serem seguidas à risca, com o propósito de trazer alívio dos sintomas e sofrimento, mas também como medida de segurança e garantia para evitar um ataque de pânico e a possibilidade de desintegração de identidade.

Podemos observar, também, que, apesar de confiarem e seguirem as REFERÊNCIAS, elas têm 'validade' por um curto espaço de tempo. Após executarem as instruções e orientações dadas por uma REFERÊNCIA, estas pessoas costumam questioná-las em sua lógica e 'eficácia' e, quando assim procedem, esta REFERÊNCIA perde seu efeito de proteção e garantia. Com isso, passam a considerá-la como 'inadequada', abandonam-na, e buscam novas informações e orientações, dados por outros de tipos de 'tratamentos' e(ou) REFERENCIAIS. Desta forma, mudanças de REFERENCIAIS são efetuadas, e tratamentos são substituídos, em virtude de novas informações, orientações e REFERÊNCIAS, obtidas por outras e 'novas' fontes.

Com relação ao tratamento psicoterápico, transferencialmente, podemos observar que, enquanto a psicoterapia é compreendida como uma REFERÊNCIA, ela traz alívio. Mas ao mesmo tempo que obtêm alívio dos sintomas por meio desta, estes pacientes apresentam apreensão e temor de serem abandonados pelo terapeuta e(ou) de abandonarem o tratamento. Além disso, ao ser questionada em termos de validade de suas instruções, esta geralmente é substituída por outras REFERÊNCIAS e tratamentos.

Este tipo de funcionamento psíquico não se apresenta somente no momento de eclosão e recorrência dos ataques de pânico, nem surge nos tratamentos para sua evitação. Este tipo de funcionamento psíquico faz parte de uma dessas 'coincidências' de histórico e processo de vida dessas pessoas. Porém, existe uma diferença marcante e característica, entre o modo de conduta e funcionamento psíquico das pessoas que apresentam ataques de pânico e(ou) recorrência destes durante o processo psicoterápico e o modo de conduta daquelas que procuram a psicoterapia como tratamento para alívio dos sintomas decorrentes dos ataques de pânico recorrentes.

As pessoas que apresentam ataques de pânico durante o processo psicoterápico, raramente buscam 'tratamentos' para os ataques de pânico e conseguem superá-los sem o uso de medicação. Elas os relacionam ao processo de reorganização de seu funcionamento psíquico e de sua identidade, decorrente de seu processo de vida, que está sendo revisado na análise. Ao contrário destas, transferencialmente, observamos que as pessoas que passam por ataques de pânico recorrentes, utilizam-se desta como uma REFERÊNCIA, do mesmo modo como o fazem e/ou fizeram com outros tipos de tratamentos já efetuados. Elas costumam transformar a sessão numa lista incansável e interminável 'do que fazer', de pedidos ao profissional para que lhes sejam dadas orientações, instruções e REFERÊNCIAS para serem seguidas.

A interpretação dada a estes pacientes sobre este modo de funcionamento psíquico é imediatamente bem aceita, mas se o atendimento for feito baseado apenas em interpretações, sem nenhuma orientação do que fazer, ou sem que nenhuma REFERÊNCIA seja dada, segundo minha experiência, eles costumam desistir da psicoterapia, pois dificilmente conseguem funcionar de outra maneira.

Observamos que, ao serem dadas orientações, instruções e REFERÊNCIAS, estas pessoas costumam demonstrar um aparente 'apego' ao psicoterapeuta, que é imediatamente transformado em PESSOA-REFERÊNCIA. Neste caso, passam a repetir e a cumprir as REFERÊNCIAS obtidas na psicoterapia, pelo psicoterapeuta. Por esta relação, estas pessoas costumam apresentar alívio de seus sintomas de angústia, diminuição de intensidade, recorrência e até mesmo de remissão de ataques de pânico.

Isto pôde ser observado com Antônio. Havia três lugares específicos, por onde ele passava - onde anteriormente ocorreram ataques de pânico intensos - que, inevitavelmente, ao passar por eles, outro ataque era desencadeado. Em um determinado momento da psicoterapia, sentindo-se bem e seguro, e sem ocorrência de ataques de pânico há muitos meses, como teste, fez várias tentativas de passar por estes três lugares, mas novamente os ataques de pânico ocorreram.

Cíntia, uma senhora de quarenta 40 anos, cujos ataques de pânico passaram a ocorrer durante o processo psicoterápico, principalmente em congestionamentos de trânsito, relatou que certo dia, estando desesperada dentro do carro, pegou o telefone celular e ligou para casa para falar com a empregada. Percebeu que o ataque foi diminuindo de intensidade, e passou. A partir daí, passou a fazer uso do telefone celular, quando um ataque estivesse na iminência de ocorrer e, deste modo, conseguia superá-los.

Cíntia atribui às descobertas que vinham sendo feitas no processo psicoterápico, o motivo de desencadeamento de seus ataques de pânico e seu aumento de frequência e intensidade à necessidade de mudança de atitudes que tem tomado em função de mudanças de REFERÊNCIAS que nortearam sua vida. Por este motivo, recusa-se a fazer uso de medicação (apesar da minha indicação e de seu marido que é médico), pois entende que estes cessarão quando tiver condições internas de elaborar e modificar seu modo de ver, significar e conduzir a vida, pela revisão de suas REFERÊNCIAS.

Pensando na experiência de Cíntia, e no modo de funcionamento psíquico, típico destes pacientes, baseado em REFERÊNCIAS, sugeri a Antônio que fizesse uso do telefone celular, quando passar por um desses três lugares fosse inevitável. Assim ele o fez e relatou que, quando foi atravessar uma ponte (este era um desses três lugares onde os

ataques de pânico impreterivelmente ocorriam), começou a transpirar, tremer, o coração disparou, enfim, começou a ter um ataque de pânico. Pensou em voltar dali, mas como não podia, pois o fluxo de trânsito era intenso, lembrou-se da minha sugestão, diminuiu a velocidade do carro, pegou o telefone celular e ligou para o escritório. Enquanto falava com a telefonista, os sintomas físicos foram diminuindo, e conseguiu atravessar a ponte, sem que o ataque ocorresse efetivamente. Assim tem conseguido passar por esses lugares sem ataques.

Este dado transferencial de pedidos de orientações e REFERÊNCIAS, e de obediência às sugestões do psicoterapeuta acontece também com relação aos outros tratamentos já efetuados. Relatam que muitas vezes obtiveram alívio de seus sintomas, pela confiança e pela esperança depositadas neles, no momento e na ocasião em que aderiram às interpretações, tomaram as medicações, e seguiram as orientações dadas pelos profissionais e seus diagnósticos.

Relatam que ‘todos esses tratamentos fizeram efeito no início’, pois apresentaram melhoras e até mesmo remissão dos ataques de pânico. Porém, tiveram recaídas, ou seja, os ataques de pânico voltam a ocorrer independentemente do tipo de tratamento a que se submeteram. Tão logo o fato aconteceu, abandonaram, desistiram e trocaram o tratamento que estavam realizando por outros.

Por seus relatos e associações, entendemos que a eleição de um tratamento e de um profissional, em detrimento de outro, sempre foi feito pelo critério de ‘tratamento garantido’, ou seja, aquele que pôde transmitir confiança, segurança e ‘garantia de efeito’ dados por REFERÊNCIAS de outros, a eles. Em função deste critério, é muito comum estes pacientes deslocarem-se para outros Estados, ou até mesmo consultarem profissionais em outros países. Toda e qualquer interpretação dada neste sentido, durante o processo psicoterápico, é bem aceita racionalmente, mas a conduta não se altera.

Do ponto de vista do tratamento psicoterápico, observamos o mesmo tipo de conduta. Somos procurados em virtude de uma REFERÊNCIA dada por uma PESSOA-REFERÊNCIA; geralmente confiam e ‘aderem’ ao processo; apresentam melhoras; mas desistem e buscam outros tipos de tratamentos, alegando motivos geralmente externos e

racionais como falta de dinheiro, tempo e(ou) necessidade de alívio imediato dos sintomas (nos casos clínicos apresentados nesse trabalho esta observação poder ser constatada). Raramente apresentam insistência e(ou) perseverança.

É comum também, o retorno destas pessoas depois de meses e até mesmo de anos⁵. Neste retorno, geralmente são mencionadas as procuras desses vários tipos de tratamentos, as remissões, as recaídas e a reincidência de ataques de pânico. O(s) motivo(s) de desistência do processo inicial, é geralmente mencionado no retorno, de forma diferente. Alegam que, na primeira vez, a troca de tratamento foi feita por orientação da(s) PESSOA(S)-REFERÊNCIA, e muitos mencionam que estavam sob ameaça de serem abandonados caso não o fizessem. Alegam que, na época, não tiveram coragem o bastante para 'enfrentarem' a(s) PESSOA(S)-REFERÊNCIA, pois precisavam de seu apoio, segurança e garantia. Além disso, atribuem a desistência, à necessidade de um tratamento que funcionasse como uma 'fórmula mágica' para alívio imediato de seus sintomas, tanto em função do sofrimento gerado por eles, como pela exigência de melhora imediata da(s) PESSOA(S)-REFERÊNCIA.

As pessoas que retornam, geralmente buscam a psicoterapia desta vez, para questionarem as REFERÊNCIAS e a função das PESSOAS-REFERÊNCIA que suportam sua identidade e que dão sentido à sua própria vida. Podemos observar que no momento do retorno, a psicoterapia passa a funcionar em moldes semelhantes àqueles que apresentam ataques de pânico durante o processo psicoterápico. Além disso, estes casos têm um prognóstico muito favorável em termos de transformação, desenvolvimento psíquico e remissão dos ataques de pânico.

Por outro lado, a necessidade de medicação exige e possibilita experiências transferenciais importantes, na relação com colegas e profissionais de saúde mental, que acompanham estas pessoas. Muitos clínicos entendem que o pânico teria em sua etiologia, apenas um transtorno orgânico e, portanto, a medicação seria o único recurso possível para alívio de sintomas. Muitas vezes o que dificulta o trabalho multidisciplinar e, conseqüentemente, a ajuda aos pacientes, é o funcionamento psíquico de profissionais

⁵ Esta observação tem sido constante e freqüente. Atualmente, tenho sido procurada por muitos pacientes que procuraram psicoterapia, desistiram e estão retornando.

baseado nesta REFERÊNCIA, que é compreendida como 'legítima', 'certa', 'verdadeira', 'científica' e 'inquestionável'. Com isto, eles entendem que suas orientações e prescrições devem ser seguidas à risca, pelos pacientes e pelos paramédicos. Dentro desta visão, podemos considerar o alerta de LAPLANCHE (1993):

Excluir do determinismo simbólico dois extremos - por um lado o conflito, como se ele fosse doravante real e nada pudesse ser feito, por outro lado o sintoma, como se estivesse no corpo e como se bastasse, por exemplo operá-lo - não é apenas formular uma certa teoria, é entrar numa certa teoria e num certo jogo do próprio paciente e de sua denegação. A invocação do conflito real num extremo, a somatização no outro, constituem objetivizações em que igualmente se refugia o paciente...

Quando uma pessoa sofre de ataques de pânico recorrentes, ela procura ajuda (clínica ou outras), por se encontrar num estado dissociado e desesperador, tanto em virtude de seu funcionamento psíquico como de seus sintomas físicos. Muitas vezes, ao invés de serem 'vistos', 'ouvidos', acolhidos e atendidos em suas necessidades (físicas e psicológicas), estes pacientes têm de seguir, de obedecer e de se submeter às aplicações 'técnicas'⁶ ouvidas, sugeridas, aprendidas ou experimentadas em algum momento da vida dos profissionais, que se transformaram em repetições e aplicações diretas de teorias preestabelecidas e preconceituosas, que servem como 'verdades' e REFERÊNCIAS para sustentação de sua identidade de 'bom profissional'. Ao consultar um profissional que faz uso de seus recursos teóricos e técnicos como REFERÊNCIAS e que tem dificuldade de discriminar e compreender a condição física juntamente com a condição psíquica do paciente, a dificuldade de integração do paciente aumenta consideravelmente.

⁶ Pela minha experiência, observo que os pacientes de modo geral procuram técnicas e(ou) modos de condutas adequadas para segui-las. Porém, os pais das crianças sujeitas à REFERÊNCIA, assim como os pacientes com pânico, seus pais e familiares, apresentam este funcionamento com maior frequência e intensidade. Eles solicitam técnicas para poderem cuidar de seus sintomas e querem 'instruções' para exercerem a função de 'bons pais' e(ou) de 'pessoas adequadas'."

D.W.WINNICOTT (1994j) apresenta-nos uma idéia que coincide totalmente com minha experiência clínica e que pode representar este tipo de condição:

...Para conceder um lugar ao hífen (psico-somático) tem-se de encontrar algum agente que tenda a separar os dois aspectos do transtorno (disorder). Este agente, é na realidade uma dissociação no paciente... "A cisão é certamente uma divisão que separa o cuidado físico, da provisão ambiental; mais importante, ela separa o cuidado da psique do cuidado do soma... Este estado de doença no paciente é, ele próprio, uma organização de defesa com determinantes muito poderosos, e por essa razão, é comum que médicos bem-intencionados e bem-informados, e até mesmo excepcionalmente bem-preparados fracassem em seus esforços para curar pacientes que tenham um transtorno psicossomático... Alguns médicos praticantes não são realmente capazes de montar os dois cavalos. Sentam-se em uma das celas e levam o outro animal pela brida ou, então perdem contato com ele. Afinal de contas, por que devem os médicos ser mais sadios em sentido psiquiátrico que os paciente? Eles não foram escolhidos em bases psiquiátricas. As dissociações do próprio médico precisam ser consideradas juntamente com as dissociações nas personalidades dos pacientes.

Então o que fazer? Devemos descartar o encaminhamento, o procedimento, as orientações, a medicação e as referências clínicas? Acredito que não, pois o contrário também pode ser observado. Ao consultar um médico que possa ouvir o paciente e ao compreender que existe uma pessoa além de um corpo com sintomas; que além de apresentar sintomas físicos, esta pessoa sente-se também 'tomada e invadida' por uma angústia profunda e um comprometimento psicológico importante, tanto a suscetibilidade em termos do tratamento medicamentoso como seu efeito, mudam consideravelmente. Observamos que a administração do mesmo medicamento, indicado por um e outro profissional, muda significativamente a evolução do quadro.

Sendo assim, entendemos que, além das dificuldades internas, de funcionamento psíquico, apresentadas pelo próprio paciente com pânico, as dissociações inerentes e internas dos profissionais que os atendem (que são vastamente divulgadas pela mídia como 'verdades legítimas e científicas') são sem dúvida, uma dificuldade adicional e importante tanto para o diagnóstico e tratamento dos pacientes, dificultam o trabalho multidisciplinar, como também contribuem para as controvérsias, polêmicas e dificuldade de desenvolvimento de conhecimento a respeito do assunto.

3.8. O PROCESSO DE PÂNICO

Com relação a tudo que se observou na relação transferencial mantida com os pacientes com pânico, que foram relatadas e analisadas nos casos ilustrativos (casos I e II); nas vinhetas de outros casos clínicos; na relação mantida com seus familiares e(ou) pessoas que os acompanham às sessões; na relação mantida com os profissionais que os atendem; e tomando como referencial alguns conceitos e compreensões teóricas, podemos entender alguns pontos:

- O ataque de pânico seria um sintoma atual, mas este envolveria um processo decorrente de um histórico de vida e um funcionamento psíquico característico.
- Este funcionamento psíquico característico estaria relacionado com ansiedades crônicas típicas, envolvendo a necessidade de amparo, apoio e segurança afetiva, em virtude de sentimentos de abandono e desamparo psíquico.
- As pessoas que apresentam estas ansiedades típicas, e funcionamento psíquico característico, podem ou não experimentar um ataque de pânico, mas certamente, as pessoas que apresentam ataques de pânico, os demonstram necessariamente.
- A deflagração atual de ataques de pânico não seria decorrente somente de um acontecimento atual (no sentido cronológico, e de condições externas), mas resultante de um processo 'psiconeurótico' que eclodiria em determinado momento atual.

Para elaborarmos uma forma possível de interpretação deste funcionamento psíquico característico, e de compreensão desta ansiedade típica, podemos pensar em um processo de vida, que teria início antes do nascimento destas pessoas.

Examinando primeiramente um contexto de nascimento, podemos entender que uma coisa seria a concepção de uma criança oriunda de um desejo dos pais de serem pais, de criar, cuidar, educar e amar um filho. Dentro desta perspectiva, os pais poderiam compreender e aceitar o modo de ser (constitucional e hereditário) da criança e, a partir daí, suprir as necessidades apresentadas por seu filho. Sendo assim, os pais poderiam exercer a função de 'ego auxiliares' da criança; funcionariam como 'escudos protetores' de seu

psiquismo; promoveriam provisões ambientais para aliviar as tensões geradas pelos seus impulsos inatos; adaptariam o contexto onde esta família atual está inserida para receber um filho e, conseqüentemente, favoreceriam seu processo de desenvolvimento como uma pessoa única e original.

Outra coisa seria um casal que se casa (ou não) e, como norma ou até mesmo condição social, espera-se que tenham filhos. Ou então, que a concepção de uma criança, aconteceria por 'descuido', ou em um momento em que o casal não estivesse preparado para ser pais. Em qualquer um destes casos, estes filhos não seriam necessariamente desejados como tais, e não poderiam ser vistos como pessoas originais e únicas. Porém, ao nascerem, estes estariam sendo inseridos dentro de um contexto familiar e social (veiculado pelo casal) determinado pelos parentes (pelas famílias de origem destes pais), e dentro de um parâmetro histórico e cultural.

Pelo histórico de vida relatado, ou associado às interpretações dadas na relação transferencial mantida com o paciente com pânico e com seus familiares (principalmente no caso das adolescentes citadas), observamos que estes geralmente nasceram para cumprir uma REFERÊNCIA do casal, ou 'descuido', e até mesmo 'por acaso'. Isto é, a concepção destas pessoas, geralmente foi dada em um contexto onde uma criança não foi necessariamente desejada. Porém, tendo nascido, estas pessoas foram 'aceitas' e 'cuidadas' mas, dentro de uma perspectiva de REFERÊNCIA e de legitimidade dos pais, dentro de seu contexto social.

As implicações e conseqüências neste sentido são importantes. Uma criança concebida por desejo pode ser vista, contida e significada como um ser único. Auxiliada por seus pais, ela pode ser respeitada como tal. Sendo assim, ela pode desenvolver seus próprios potenciais, e emergir como um EU. Deste modo, ela pode ser significada como uma pessoa, e mais tarde, ser agente de transformação e significação de si mesma e do contexto no qual está inserida.

De outro modo, quando uma criança é concebida para cumprir um papel ou uma REFERÊNCIA, desde bebê, ela não pode ser vista como uma pessoa emergente e única, que tem desejos, sentimentos e potenciais referentes a um EU. Ela é significada

como alguém que deve "obedecer" e dar legitimidade às REFERÊNCIAS, que contêm significados de como se deve ser, desejar e sentir. Em outras palavras, ela deve ser 'moldada' na forma em que foi idealizada, planejada, imaginada e significada pelos pais, e pelas REFERÊNCIAS que a norteiam.

Ser 'bons pais' neste contexto significa dar à criança 'tudo o que há de melhor' dentro de suas possibilidades. Porém, este 'melhor' é qualificado pelo valor dado pelas REFERÊNCIAS, dentro do contexto social e cultural, no qual sua família está inserida. Deste modo, podemos ter uma criança muito 'bem tratada e cuidada' do ponto de vista técnico e externo (acompanhamento médico, suprimento de alimentação, vestuário, educação, acesso à cultura), e exibida orgulhosamente pelos pais, como resultado de um 'bom trabalho', ou 'bom desempenho' destes. Assim, a condição social e narcísica dos pais ficaria absolutamente 'bem cumprida'. Além disso, os pais não precisariam rever nem resignificar suas REFERÊNCIAS, visto que a 'boa educação' e a 'boa saúde' da criança os legitima.

No entanto, não existem apenas necessidades sociais, culturais, biológicas a serem satisfeitas. As necessidades afetivas como ser embalado, acalentado, acarinhado, 'visto' e compreendido como uma pessoa que possui um EU, só podem ser supridas, ou suficientemente cumpridas, caso haja condição para cuidados afetivos, identificação e compreensão, que somente o desejo de amar e o de cuidar de uma criança podem conter.

Neste caso, podemos ter uma pessoa, gozando de boa saúde física e educacional, mas, em virtude das necessidades afetivas não supridas desde tenra idade, ela será submetida a carências importantes, do ponto de vista de seu desenvolvimento e saúde psíquica. Esta pessoa teria tido pais capazes de fornecer cuidados técnicos, "handling", mas com dificuldade de supri-la do ponto de vista de amparo e cuidados afetivos "holding", desde tenra idade (segundo WINNICOTT (1990b,1990i,1993f). Em outras palavras, os pais conseguiriam FAZER por seu filho, mas teriam dificuldades de suprir as condições e necessidades de dificuldade de supri-la do ponto de vista de amparo e cuidados afetivos, "holding", desde o início, e no decorrer de sua vida (segundo WINNICOTT 1975a).

Tomando como referencial a compreensão de WINNICOTT, e também dos autores do Grupo Independente, como no início da vida ainda não existe organização egóica suficiente para representar, perceber, discriminar e conter impulsos, e também para se defender dos excessos de estimulações oriundos tanto dos impulsos internos como das estimulações externas. Em virtude das falhas de continência afetiva, pela falta de “holding” ambiental, estas estimulações seriam sentidas como intrusivas e traumáticas. Podemos dizer que por falta de um meio ambiente externo afetivo favorável, o bebê pode ser invadido e ‘tomado por tudo’ (ou tomado por Pã).

Segundo WINNICOTT(1990a, 1990b, 1990i, 1993d, 1993g, 1993h, 1994f, 1988) que estaria sendo organizado no início da vida extra-uterina, antes mesmo da organização e formação do ego - seria a possibilidade de existência do indivíduo como pessoa que estaria sendo concebida em torno de um EU (self). WINNICOTT (1988, 1990b, 1993d) afirma que as necessidades para a concepção e organização do EU (self) seriam distintas e anteriores às necessidades para a organização do ego, assim como seriam distintos também, os sentimentos e conseqüências oriundos das falhas deste tipo de suprimento.

As necessidades que os bebês teriam para a formação do ego seriam aquelas satisfeitas pelo cuidado técnico, “handling”, na relação com os objetos, na qual haveria uma organização da atividade pulsional. A falha ou a falta de satisfação dessas necessidades desencadeariam sentimentos de frustração, perda, perigo, ansiedade e angústia.

WINNICOTT (1990b) afirma que o ego (mesmo em formação) poderia acionar defesas primitivas (como a projeção e introjeção) e, com o decorrer do tempo, outras mais sofisticadas, ou até mesmo utilizar o processo secundário de condensação e deslocamento de afetos e/ou objetos para suprir estas falhas e faltas, e para se defender dos excessos de estimulações. Este mecanismo pode ser compreendido como entende FREUD (1976i), pelo seu conceito de medo, “Furcht”, e como conceitua a angústia neurótica, “Neurotische Angst”. Deste modo, segundo os conceitos destes autores, o ego estaria relacionado com a relação objetual e seria responsável por acionar mecanismos de defesa para evitar a angústia mobilizada por eles.

Porém, segundo WINNICOTT (1990b) e os autores que o pressupõe, as necessidades que os bebês teriam para a formação do EU (self) seriam as afetivas e anteriores à organização do ego, à atividade pulsional e à possibilidade de representação. Desta forma, por não haver possibilidade de representação, ab-reação, nem possibilidade de acionamento de defesas, as falhas de suprimento afetivo proporcionariam intrusões, “impingements” no psiquismo, que podem ser entendidas como experiência traumática primitiva, que deixaria marcas emocionais inconscientes (conforme FREUD (1976j2; 1976l1), e WINNICOTT (1990i, 1993h).

Segundo WINNICOTT (1993f,1988), o sentimento oriundo da falta de cuidados afetivos, experimentado como traumático, não seria de angústia, mas de ‘agonias primitivas’, sem representação e objeto, que proporcionariam sentimentos de aniquilação do ser pessoal, caos, morte, desamparo psíquico, ‘despersonalização’ e ‘desintegração’.

Compreendemos desta forma, que as pessoas que sofreram falta ou falha do suprimento afetivo, anteriores à organização egóica e à relação com os objetos, apresentariam ‘ansiedades’ distintas das demais, ou seja, não teriam apenas sentimentos de medo e angústia, como no caso daquelas que passaram por frustrações de satisfação pulsional, por dois motivos: primeiro porque as satisfações pulsionais poderiam estar sendo supridas; e, segundo, porque elas aconteceriam antes da formação do ego propriamente dito.

Segundo WINNICOTT (1993a, 1993b), BOLLAS (1992b) e FREUD (1976j1), a reação e(ou) defesa utilizada para dar conta dessas experiências de desamparo, aniquilação e morte, proporcionaria um ponto de fixação traumático, um registro com marcas psíquicas primitivas, inconscientes, não representadas, ‘conhecidas-não-pensadas’, relativas à sua existência como pessoa, à formação e organização de seu EU (self). Estas marcas ficariam congeladas e apartadas do psiquismo juntamente com os potenciais de seu verdadeiro EU (Self). Isto impediria, o desenvolvimento das potencialidades e possibilidades de ser original e individual da pessoa.

Segundo WINNICOTT (1990i), mesmo reagindo, um EU (self) poderia se organizar para dar suporte e proteção para os sentimentos de desamparo, dissociação e/ou desintegração, inexistência, aniquilação, morte e 'agonias primitivas'. Entretanto, esta organização ocorreria a partir do falso EU (self) reativo, que daria amparo e proteção, mas impediria o funcionamento natural, original e autêntico do indivíduo.

Como o ego estaria sendo organizado pelas experiências do EU (self), podemos pensar que neste caso, este se desenvolveria por intermédio de um EU (self) reativo, ou um falso EU (self), e por experiências de aniquilamento/reação/defesa contra as experiências traumáticas, 'agonias primitivas' e desamparo psíquico, e não pelas experiências de confiança e repouso.

Por este tipo de organização, o contato e desenvolvimento de experiências com a realidade, baseadas em seu próprio EU (self), que foi interrompido no início, continuaria a ser impedido pela organização do falso EU (self) e pela atividade egóica defensiva. O verdadeiro EU (self) manter-se-ia como um potencial insipiente e caótico, do ponto de vista de contato e experiência com a realidade e da apropriação e desenvolvimento de seus próprios recursos e potencialidades.

Neste sentido, apesar das falhas, tanto a organização como o desenvolvimento do ego poderiam acontecer porém baseado na organização falso EU (Self) reativo. Esta organização ocorreria no sentido adaptativo, em virtude dos instintos de sobrevivência, e pelo caráter defensivo do ego contra as experiências traumáticas, o que manteria sua condição de desenvolvimento satisfatório, ou 'super satisfatório' com relação à realidade.

Estas falhas comprometeriam a organização estrutural e interna do EU, que se apresentariam pelo funcionamento psíquico, nas relações objetais e na vida de modo geral. Segundo WINNICOTT (1993b, 1994i, 1994j) as conseqüências neste sentido seriam a exacerbação da atividade mental, com a substituição do sentir pelo pensar; a dissociação do corpo com a realidade psíquica; e a dificuldade de se estabelecer a discriminação EU-OUTRO. Estas questões puderam ser observadas pelo levantamento das características de funcionamento psíquico do paciente com pânico (adolescente e adulto).

Além dos conceitos destes autores, podemos entender, segundo TSCHIRNER (1993), que este modo de funcionamento psíquico se perpetuaria no decorrer do desenvolvimento egóico, pelas 'ações externas', de 'pessoas reais'⁷, que seria feita com o impedimento das crianças, adolescente e/ou adultos (com pânico principalmente), de fazerem experiências do mundo e do EU, baseada em seu próprio potencial e recursos. Neste caso, as experiências do EU e do mundo, seriam feitas com o cumprimento das REFERÊNCIAS rígidas impostas por estas 'pessoas reais' a elas. O cumprimento e a submissão às REFERÊNCIAS rígidas e externas, impediriam o desenvolvimento de seu próprio EU, proporcionariam dependência das PESSOAS-REFERÊNCIAS e das REFERÊNCIAS, além de contribuir para a manutenção da estrutura falso EU (self), e para o desenvolvimento egóico baseado neste modo de funcionamento.

Estas REFERÊNCIAS norteariam a constituição da identidade da pessoa, que também daria sentido de existência e segurança. As 'ações de pessoas reais', das PESSOAS-REFERÊNCIA proporcionariam a ilusão de ser amado e protegido, em virtude das REFERÊNCIAS de 'amor', contidas nos cuidados técnicos. Esta condição dificultaria o processo de independência destas pessoas, tanto das PESSOAS-REFERÊNCIA, como das REFERÊNCIAS.

Este modo de constituição de identidade e de funcionamento psíquico proporciona para estas pessoas, desde a infância, a necessidade de serem acompanhados e instruídos por PESSOAS-REFERÊNCIA; dificuldade e até mesmo incapacidade de localizarem internamente, quais são seus desejos, recursos e potencialidades; como também, dificuldade de relacionar suas propostas e objetivos de vida com o bom, com o prazer, desejo e recursos próprios. O "desejo" destas pessoas é sempre relacionado à necessidade de segurança e garantia de sobrevivência, e pela necessidade de cumprimento das REFERÊNCIAS. Suas escolhas são feitas por meio de argumentos lógicos, sensatos, coerentes, racionais, baseados na necessidade de cumprimento do desejo das PESSOAS-REFERÊNCIAS e de suas REFERÊNCIAS.

⁷ Como objeto real, podemos entender aquele objeto que faz parte da realidade compartilhada, e não aquele que faz parte da realidade psíquica do sujeito.

Os pacientes com pânico, na idade adulta, apresentam organização e desenvolvimento egóico, pois toda e qualquer situação e(ou) atividade, com o sentido de produtividade e de relação com a realidade pode ser bem compreendida e desempenhada por eles. Porém, apresentam uma condição paradoxal de identidade e sentimentos; enquanto mantêm uma aparência de pessoa integrada e integral, podemos observar um funcionamento psíquico paralelo, um estado de dependência e fragilidade emocional precária e primitiva, com sentimentos de desamparo, insegurança e caos.

Entendemos que a aparente organização egóica destas pessoas, acontece em virtude de REFERÊNCIAS, pois estas que lhe davam suporte amparo e identidade, e também pelas PESSOAS-REFERÊNCIA, pois sua presença proporciona apoio, segurança e garantia. Podemos compreender este funcionamento psíquico como ilusório para compreender que o OUTRO daria e manteria sua segurança, mas, podemos observar também, que além de ilusório ele é defensivo, pois tendo o desejo do OUTRO referido e compreendido como próprio, este mantém sua identidade e seu sentido de existência e segurança, pois sem o OUTRO não existe um EU, não existe desejo, identidade e sentido de existência.

O tipo de funcionamento psíquico que estas pessoas apresentam na adolescência e na idade adulta, ocorreria, portanto, em virtude de um processo iniciado na infância (ou antes de seu nascimento), em função do significado que estas pessoas têm no contexto familiar; se configuraria pelas 'atuações' e interpretações (e até mesmo coerções) que foram (e são) dadas por pessoas, que se transformaram em PESSOAS-REFERÊNCIA, pelo vínculo que elas mantêm. Este tipo de relação que estabelecem com suas famílias apresenta-se também nas demais relações que estabelecem com outras pessoas atuais e na relação transferencial com o terapeuta, e com os demais profissionais que elegem para ajudá-los a tratar de seus sintomas.

Estas podem ser entendidas como as 'razões externas típicas', que contribuiriam para a constituição da identidade e funcionamento psíquico característico destas pessoas. Porém, existem também 'razões internas', às quais podemos atribuir a continuidade de desenvolvimento egóico, baseado no Falso EU (self) e nas REFERÊNCIAS, que elas apresentam:

- Pelo temor de perderem as REFERÊNCIAS, pois uma vez internalizadas, estas passam a operar como próprias, dando sentido de identidade e existência. A perda destas implica na perda de identidade e na sensação de morte.

- Pelo temor de perderem ou serem abandonados pelas PESSOAS-REFERÊNCIA, caso suas REFERÊNCIAS não sejam cumpridas, pois estes pacientes entendem, ilusoriamente, por suas REFERÊNCIAS e da família que são amados, cuidados e protegidos por elas;

- Pela necessidade de sobrevivência física, principalmente no caso dos adolescentes, pois o abandono da PESSOA-REFERÊNCIA implica na perda dos ‘cuidados’ e da manutenção técnica que recebem;

- Pela integridade psíquica, pois o Falso EU (self) dá proteção e defesa contra experiências traumáticas, ‘agonias primitivas’, sentimentos de desintegração, caos e morte;

- Pela necessidade de segurança e garantia, pois o desenvolvimento e manutenção do Falso EU (self), impede a experiência da realidade, por meio de um EU, que é frágil, caótico e insipiente. O rompimento do Falso EU (self) traria fragilidade e insegurança, na relação da pessoa consigo mesma e com o mundo externo.

Este tipo de funcionamento psíquico característico compromete suas relações afetivas. As PESSOAS-REFERÊNCIA não são referidas por estes pacientes como pessoas amadas, mas como necessárias. Neste sentido, qualquer pessoa pode ser ‘amada’, não por uma condição afetiva e de prazer, mas por uma questão de necessidade de manutenção externa e interna das REFERÊNCIAS, para manter a composição de seu falso EU (self), ou para manter seu EU na condição de EU-OUTRO.

O afastamento do OUTRO, enquanto estiver dando amparo, suporte e segurança, e exercendo a função de PESSOA-REFERÊNCIA, não é sentido como perda de afeto, solidão e luto.. O afastamento da PESSOA-REFERÊNCIA significa para estes pacientes, a perda total ou parcial de si mesmo e de identidade, o que ameaça sua garantia de sobrevivência e existência, e proporciona a experiência de pânico, aniquilamento e morte.

Podemos relacionar esta condição a sintomatologia do 'abandônico', pertencente ao quadro clínico de 'síndrome de abandono', conforme proposto por *GUEX (1950). Segundo este autor, este quadro seria procedente de um processo pré-edipiano, que não corresponderia necessariamente a um abandono real sofrido na infância, mas a uma reação à atitude afetiva da mãe, que a criança interpretaria como 'recusa de amor' ou 'falsa presença da mãe'. Neste caso, predominaria 'a angústia de abandono e a necessidade de segurança'. No indivíduo adulto, ela seria caracterizada pela 'necessidade ilimitada de amor', 'uma procura da segurança perdida'.

Podemos relacionar esta condição do paciente com pânico, a uma 'angústia de abandono' e ao sentimento de 'desamparo', que ocorreria em virtude da 'falhas afetivas maternas', dadas pela predominância de cuidados técnicos, "handling", e(ou) por substituição aos cuidados afetivos, "holding", como conceitua WINNICOTT (1990f, 1990i, 1988). Segundo este autor, esta falha ambiental, proporcionaria marcas traumáticas primitivas e comprometeria a constituição e apropriação do Verdadeiro EU (self). Esta condição pode também ser relacionada à idéia de LAPLANCHE (1992), quando este entende que o 'estado de desamparo', seria 'o protótipo de uma situação traumática geradora de angústia'.

Assim sendo, podemos entender que o paciente de pânico não apresentaria 'angústia de separação', conforme proposto por BOWLBY(1993), pois não haveria, desde a infância apego, angústia e temor de separação das PESSOAS-REFERÊNCIA.

Estas pessoas puderam no decorrer da vida, e podem ser trocadas no momento atual, quando são vistas e tidas como 'erradas' e(ou) inconvenientes. O temor e a ansiedade manifestados por estas pessoas é o de serem abandonados pelas PESSOAS-REFERÊNCIA, enquanto dão REFERÊNCIAS, segurança e, enquanto seus REFERENCIAIS dão sentido à identidade. Podemos observar este dado, quando estes pacientes trocam constantemente de REFERÊNCIA e de PESSOAS-REFERÊNCIA, sem culpa e luto, e também quando apresentam-se com uma organização egóica e identidades distintas, como se fossem

* GUEX, G. apud LAPLANCHE E PONTALIS – Vocabulário de Psicanálise. Trad. Pedro Tamen, 2ª ed., São Paulo, Martins Fontes, 1993.

OUTRAS PESSOAS, que correspondem sempre a com a identidade da PESSOA-REFERÊNCIA à qual estão demonstrando 'apego'.

Desta forma, podemos entender que a 'ansiedade de abandono', mencionada por estas pessoas como uma constante em suas vidas, seria mobilizada desde a infância e permaneceria até a adolescência e idade adulta, ante a possibilidade de infração às normas e regras determinadas pelas REFERÊNCIAS, e pelo temor de serem abandonados pelas PESSOAS-REFERÊNCIA que dão apoio à sua identidade.

Deste modo, a relação do paciente com pânico com as PESSOAS-REFERÊNCIA dar-se-ia de tal forma, que a possibilidade de afastamento destas suscitaria uma angústia de abandono e não de separação. Além disto, a culpa e a ansiedade de abandono não é mobilizada diante da possibilidade de cometerem danos às pessoas amadas, mas sim tantas e todas as vezes em que há iminência de transgressão às suas REFERÊNCIAS. Por outro lado, a obediência às REFERÊNCIAS e a aquiescência às PESSOAS-REFERÊNCIAS acontecem para poderem ser vistos, 'amados', 'apoiados', e não serem abandonados por elas. Visto desta forma, a angústia de abandono não comprometeria apenas a organização do EU destas pessoas, mas a organização egóica e a formação superegóica, principalmente no que se refere à compreensão e ao 'uso' que fazem de sua agressividade.

Os pacientes com pânico, associam e relatam freqüentemente que a manifestação de impulsos e condutas agressivas, manifestadas em qualquer situação, e dirigida a qualquer objeto e pessoa, sempre foi interpretada e significada pelas PESSOAS-REFERÊNCIA, segundo suas normas de REFERÊNCIA moral e superegóica, como 'maldade' e(ou) falta de amor. Sendo assim, as REFERÊNCIAS de amor, ódio e(ou) agressividade, são constantemente relacionada por elas, à ausência de agressividade. Deste modo, a repressão da agressividade não é feita para poupar pessoas por amá-las, mas do ponto de vista externo esta ocorre em virtude da ameaça de punição e abandono. Do ponto de vista interno, esta repressão é feita para não perderem o suporte, apoio e segurança dada pelas PESSOAS-REFERÊNCIA para que possam ser 'bem-vistos', 'aceitos' e 'amados', e também pelo temor de punição do superego, via culpa, para não perderem a REFERÊNCIA interna de 'bondade', que dá sentido de existência e identidade.

A exclusão do componente agressivo da relação com as PESSOAS-REFERÊNCIA não permitiria o estabelecimento de uma relação baseada em afeto, amor, satisfação, desejo, de ansiedade de separação e perda, mas proporcionaria uma relação baseada em conveniência, obediência e cumprimento do certo e errado contido nas REFERÊNCIAS. Deste modo, ante a menor possibilidade e(ou) tendência de não cumprimento das REFERÊNCIAS, primeiramente as PESSOAS-REFERÊNCIA exerceriam sua agressividade contra a própria pessoa sob ameaça de abandono, e mais tarde o superego (constituído por estas) o faria contra o próprio ego via punição e culpa e ansiedade de abandono.

A tentativa de exclusão e(ou) de repressão da agressividade traria como consequência a impossibilidade de objetivação e de separação do OUTRO; de exercício do amor baseado em culpa e reparação; de distorção da própria identidade; e também gera um fator econômico, com sentido quantitativo de acúmulo do componente agressivo da libido. Para WINNICOTT (1975f, 1990g, 1993a), o exercício da agressividade proporcionaria a passagem da relação de objeto, para o 'uso' dos objetos; o processo de desilusão proporcionaria a independência e a autonomia; a possibilidade de experimentar e fazer escolhas na vida baseadas em desejo e prazer e no próprio EU (self); a capacidade de auteridade, de separação, de amor e de reparação; e o desenvolvimento da 'capacidade de estar só' e o desenvolvimento de confiança na bondade interna. Desse modo, a exclusão do componente agressivo proporcionaria dificuldade de se estabelecer uma confiança em sua capacidade de amar, no amor das pessoas por eles; a ansiedade pelo abandono e o desenvolvimento de recursos reparatórios, baseados no próprio EU (self).

Não somente a agressividade e o amor, mas outros impulsos naturais como a sexualidade, também estão constantemente avaliados, norteados, e muitas vezes significados e impedidos de serem desenvolvidos e satisfeitos por meio de interpretações dadas pelas REFERÊNCIAS das PESSOAS-REFERÊNCIA. Desse modo, podemos entender que a experiência da 'vida secreta' seria uma saída geralmente encontrada por estas pessoas, e poderia ser feita para que o exercício e a manutenção de seus próprios impulsos de amor, agressividade, sexualidade e manutenção tanto da experiência de seu EU, como do escoamento e da regulação econômica do aparelho psíquico e de experiência

de prazer. Em virtude da ‘vida secreta’, estas pessoas conseguem, por um lado, serem bem vistos, aceitos e cumprirem socialmente as REFERÊNCIAS para manter a segurança e o apoio dado pelas PESSOAS-REFERÊNCIA e, por outro lado, podem também, de alguma forma, manter a experiência de si mesmo, de seus impulsos e desejos.

Porém, agindo desta forma, a dissociação de identidade é inevitável; a condição de FAZER pode ser desenvolvida e até mesmo exacerbada, mas a condição de SER pode ficar prejudicada; e os impulsos que fazem parte do EU, que só podem ser exercidos em uma “vida secreta”, ficam pouco desenvolvidos na experiência com a realidade. A experiência do EU vivida predominantemente por meio da vida secreta, de forma caótica e aleatória, proporciona sentimentos de culpa e ‘maldade’ interna; sensações de que algo terrível possa acontecer; possibilidade de um perigo iminente, e temor de sofrerem algum tipo de privação, dolo e abandono. Em virtude destes sentimentos presentes, desde a infância, estes pacientes, quando adolescentes e(ou) adultos, promoveriam ‘tomadas de providências’.

Do ponto de vista de organização do EU (self), podemos compreender as conseqüências de “tomadas de providências, utilizando o conceito de ‘transicionalidade’ de WINNICOTT (1975c,1993e). Estas ‘tomadas de providências’ impedem a transicionalidade, ou seja, a possibilidade de fazer sua inserção no mundo pela experiência de suas potencialidades, recursos e impulsos numa área neutra de experiência. Sem esta área ‘transicional’, ou ‘intermediária’; sem a experiência da agressividade e outros impulsos, a ‘entrada no mundo’ só pode ser feita pela submissão às REFERÊNCIAS, às PESSOAS-REFERÊNCIA e suas determinações. Sendo assim, a repressão dos impulsos e as escolhas seriam feitas mediante a aquiescência às REFERÊNCIAS e não às experiências.

Do ponto de vista egóico e da relação com os objetos da realidade, estas ‘tomadas de providências’ geralmente impedem o brincar, o lazer, o prazer, o relaxar, como também promovem excesso de estudo e de trabalho, em virtude da necessidade de serem vistos, aceitos, e para terem garantias de segurança e sobrevivência. A ‘entrada no mundo’ se iniciaria por medidas defensivas contra o sofrimento primitivo, e seu desenvolvimento aconteceria pelo cumprimento das REFERÊNCIAS e determinações superegóicas para evitar a culpa, o sofrimento, o desprazer e o abandono. Esta organização defensiva do ego

daria a este um caráter neurótico, que estaria relacionado a ‘perigos e perdas’ e mobilizando um sentimento de medo na relação do ego com os objetos. Esta pode ser vista como uma ‘angústia crônica característica’ que os pacientes com pânico relatam ter sido constante em suas vidas desde a infância.

Porém, a angústia aguda, manifestada durante os ataques de pânico - que eclodem repentinamente, de um momento para outro, difere radicalmente dos sentimentos de angústia crônica e de abandono (embora estas também se intensifiquem neste momento) presentes desde a infância até a idade em que estes eclodem. Embora os pacientes com pânico não consigam fazer relação entre a eclosão dos ataques com qualquer situação e(ou) condição externa que estejam vivendo atualmente, podemos observar, ouvir relatos e obter associações destes pacientes, que nos permitem listar alguns fatores que estão geralmente presentes no momento em que os ataques eclodem⁸.

- O questionamento e a descoberta da vida vivida sob normas ‘adequadas’ de conduta contidas nas REFERÊNCIAS que norteiam suas vidas. Esses questionamentos podem ocorrer pela análise destas durante o processo psicoterápico, mas acontecem principalmente durante a crise de identidade da adolescência, (o que coincide com a maioria das referências teóricas e de relato de pacientes sobre o primeiro momento de deflagração de ataques de pânico) em virtude da relação do adolescente com seus pares, o que proporcionaria um modo de compreensão do mundo e de oposição às REFERÊNCIAS que norteiam sua identidade e da sua família.

- A experiência de uma situação de ameaça e(ou) abandono real, de PESSOAS-REFERÊNCIA atuais e também pelo temor de abandono experimentado na relação transferencial mantida com o psicoterapeuta. A interpretação desse modo de funcionamento proporciona associações com outros fatos e episódios presentes no histórico de vida dessas pessoas.

⁸ Nem todos esses fatores estariam presentes ao mesmo tempo no momento de eclosão dos ataques com todas as pessoas. Podemos observar alternância de um e outro fator em cada caso ou em cada momento, mas em todos os casos sem exceção, podemos observar um ou alguns desses fatores necessariamente estão presentes antes, ou durante e/ou após a eclosão e recorrência dos ataques de pânico.

- A experiência de um amor generoso e(ou) a comparação e a sobreposição da experiência de afeto atual proporcionam uma associação do tipo de relação que mantiveram e mantêm com as PESSOAS-REFERÊNCIA originais, o que pode proporcionar o mesmo efeito do abandono.

- A descoberta de não ter vivido a vida segundo seus próprios referenciais, desejos e recursos; que seu EU é constituído por um EU-OUTRO; de não saber qual é sua identidade, sua própria maneira e experiência de ser um EU;

- A descoberta do tipo de amor e o cuidado técnico e não-afetivo que recebem e(ou) receberam proporciona a compreensão de que não foram amados como são, mas foram aceitos e ‘amados’ apenas condicionalmente. A descoberta de que “ser amado” dependeria do cumprimento das REFERÊNCIAS e, portanto, de continuar sendo um EU-OUTRO, proporciona o sentimento de abandono.

Qualquer um desses questionamentos e descobertas acontecem em virtude de experiências vividas com objetos atuais, mas estes são freqüentemente remontados, consciente e(ou) inconscientemente ao que FREUD (1976i) definiu de ‘angústia frente a um perigo real’, “Realangst”, ou seja, como um objeto e(ou) situação atual que recuperaria uma(s) outra(s) experiência(s) anterior(es); e ao conceito de ‘objeto transformacional de self’ proposto por BOLLAS (1992b), quando um objeto e(ou) uma experiência atual poderiam não somente evocar e ser revivida com a mesma intensidade da primeira, mas ser também transformada..

Se as REFERÊNCIAS e o cumprimento destas seriam responsáveis pela manutenção do Falso EU (self); e sua organização se deve à reação contra as ‘agonias primitivas’ experimentadas por um EU (self) insipiente e caótico, podemos pensar que estes questionamentos e descobertas proporcionariam a falência das REFERÊNCIAS; o ‘colapso’ das defesas, que sustenta o falso EU (self) (WINNICOTT 1994b); e a reexperiência da situação traumática primitiva que estaria congelada sob as REFERÊNCIAS e defesas.

Entendendo desta forma, os ataques de pânico podem ser vistos também, como uma falência das REFERÊNCIAS, o que proporcionaria a perda da segurança que deu e dá suporte ao indivíduo como um EU; e revelaria a relação até então mantida com os objetos e situações do mundo externo e, conseqüentemente, da constituição de sua identidade, as defesas egóicas e a estrutura Falso EU (self) se desmontariam; e a reexperiência de caos psíquico, das 'agonias primitivas', de aniquilamento, morte iminente, falta ou precariedade de coesão psicossomática seriam re-experimentadas.

Assim sendo, podemos entender que não seriam os conteúdos sem significação e representação, por eles mesmos, que gerariam terror e pânico. Pelo contrário, caso haja um contato com seu verdadeiro EU (self), com seu próprio potencial, há a possibilidade de experiência, quando qualquer conteúdo sem significação pode ser representado, significado e transformado no contato com outros objetos significativos da realidade. A submissão e a aquiescência aos conteúdos com significação rígida, pré determinados por uma contextualidade; baseados no desejo, na experiência de OUTROS e em REFERÊNCIAS com regras definidas e significados rígidos, é que podem impedir o contato com o próprio potencial e desejo e conseqüentemente impedir e(ou) deturpar o contato, a experiência e o desenvolvimento de seu verdadeiro EU (self) e de sua capacidade de transformar e significar a si mesmo e a realidade. Neste modo de pensar, as REFERÊNCIAS externas definiriam a condição própria e precária de SER do indivíduo.

Em outras palavras, sem as REFERÊNCIAS, haveria uma implosão da estrutura psíquica constituída e construída sobre uma 'falta básica', pela 'falha ambiental afetiva' e esta lacuna revelaria a distorção inicial em termos de sua organização psíquica estrutural. Além disso, as situações atuais não seriam por si mesmas responsáveis pela deflagração dos ataques de pânico, mas estas desencadeariam um processo associativo, evocando, portanto, as experiências traumáticas primitivas sofridas nos primórdios da vida que não puderam ser representadas e transformadas porque não houve espaço para experiência, apenas para o cumprimento de REFERÊNCIAS.

Sendo assim, embora haja uma organização egóica, defensiva e neurótica presentes no funcionamento psíquico do paciente com pânico, os ataques de pânico atuais não estariam relacionados com as angústias e sintomas neuróticos proporcionados pelas

defesas egóicas. O pânico estaria relacionado com as 'agonias primitivas' sem representação, que foram experimentadas como traumáticas no momento primário do desenvolvimento psíquico, e que seriam reexperimentadas no momento atual, como o foram em primeira instância. Esta reexperiência seria novamente traumática, pois atravessariam o escudo protetor e as defesas egóicas, uma vez que estes perderam a organização defensiva que era sustentada pelas REFERÊNCIAS. Por essa razão, a reexperiência do trauma primitivo e primário seria feita no momento atual, sem representação e defesa, com todos os sentimentos de horror, desintegração e morte que estavam sob defesa.

Com a perda das REFERÊNCIAS, com o colapso das defesas egóicas e com a falência do falso EU (self), o indivíduo teria a experiência do 'entre', da 'transicionalidade', do paradoxo, e acionaria 'defesas paradoxais' conforme o conceito de ROUSSILON (1994a). Assim sendo, podemos entender que:

- O indivíduo não perderia sua organização egóica, sua capacidade de defesa e funcionamento psíquico egossintônico com a realidade, mas também passaria a ter contato com o verdadeiro EU (self) caótico, ou seja, o indivíduo faria suas próprias experiências, e ao mesmo tempo se submeteria às REFERÊNCIAS de OUTROS e das PESSOAS-REFERÊNCIA.
- Haveria o desencadeamento do sentimento de culpa por não conseguir aderir totalmente às REFERÊNCIAS, mas isto traria um alívio e prazer por poder ser ele mesmo, fazer suas experiências e descobrir seus potenciais e referenciais.
- Haveria a necessidade de abandonar o OUTRO para ser um EU, como também haveria o temor de ser abandonado pelo OUTRO por ainda não conseguir ser um EU-sem-o-cuidado-do-OUTRO.
- A reexperiência das 'agonias primitivas' e da dissociação 'psico-somática' proporcionariam sensações de morte que, por sua vez, desencadeariam desejo e medo de morrer. Porém, a possibilidade de experimentar a vida de outra maneira proporcionaria o medo da morte.

- O pânico se apresentaria como um sintoma no sentido de sofrimento e angústia, mas também e ao mesmo tempo como uma possibilidade de encontro com a saúde e com a vida e organização do verdadeiro EU (self).

O pânico proporciona a experiência da transicionalidade e do paradoxo, mas estes não podem ser resolvidos e(ou) solucionados, podem apenas proporcionar experiências. Porém, existem cobranças externas para que a pessoa tome uma posição pela adesão às REFERÊNCIAS e ao OUTRO, para 'voltar a ser o que era antes', o que pode gerar um boicote externo ao paciente dessas experiências, de ser um EU. Por outro lado, existe uma cobrança interna em virtude do sofrimento gerado por essa condição, proporcionando boicotes da pessoa para consigo mesma, que são feitos pela 'tomada de providências' a fim de aliviar os sintomas e o sofrimento. Podemos listar algumas situações e 'tomada de providências' que essas pessoas⁹ geralmente executam para aliviar a insegurança interna desencadeada pelo paradoxo.

- O ataque de pânico ocorreria em virtude da reexperiência de traumas primitivos, que seriam evocados por meio de um processo e não de uma situação específica. Assim, compreendemos que sua eclosão pode ter início em qualquer lugar e a qualquer momento. Do mesmo modo, as situações externas, os lugares e os momentos em que os ataques de pânico ocorreram, proporcionam uma expectativa ansiosa, pois passam a funcionar como estímulos externos que desencadeiam o processo que proporciona a reexperiência traumática original (FREUD 1976i; BOLLAS 1992b). Sendo assim, ao invés de reverem sua condição interna, algumas pessoas passam a atribuir às situações externas a 'causa' desses ataques e, conseqüentemente passam a evitá-las. Porém, como o processo é interno e não externo, mesmo evitando os lugares e situações externas, os ataques continuariam ocorrendo da mesma forma em outros lugares. Os pacientes passam a restringir cada vez mais sua autonomia e independência, mas, de qualquer modo, não conseguem evitar novos e recorrentes ataques de pânico.

⁹ As questões aqui listadas são geralmente apresentadas pelo paciente com pânico. Porém, nem todas ocorrem ao mesmo tempo; nem todos os pacientes apresentam todas elas o tempo todo, pode haver alternância entre um e outro modo de apresentação; algumas podem ser observadas com frequência em alguns pacientes e outras podem ser observadas em outros pacientes.

- Podemos observar que o paciente com pânico apresenta sensibilidade aumentada e expectativa ansiosa, não somente diante de todo e qualquer excesso de estímulo externo, mas também frente aos estímulos internos e corporais. Essa sensibilidade corporal aumentada pode ser entendida como a ‘despersonalização’ (WINNICOTT 1994b), que estava sob defesa, mas que seria revelada e reexperimentada no momento atual como dissociação e até mesmo desintegração ‘psico-somática’. Muitas dessas pessoas passam a representar o pânico no corpo (COSTA-PEREIRA 1996,1997), ou melhor, como ‘uma doença no corpo’, o que faz com que promovam busca de ‘tratamento para o corpo’ e ‘realizem’ (no sentido de tornar real) a dissociação do corpo com a realidade psíquica. Porém, esses “tratamentos para o corpo” geralmente trazem alívio, mas não eliminam os sintomas físicos, pois a estrutura psíquica dissociativa continuaria operando, o que torna o corpo um objeto persecutório, pronto a atacá-lo a qualquer momento.

- Muitas pessoas passam a exercer a defesa primitiva contra a sensação de SER caótico, exacerbando as atividades mental, física e(ou) intelectual, ou seja, passam a FAZER para restaurar o equilíbrio e a segurança de SER. Muitas vezes, essas pessoas atribuem os ataques de pânico ao estresse físico e(ou) mental de um FAZER excessivo que proporcionou o pânico, pois não conseguem perceber que as atividades funcionam como defesa e dificuldade de SER. Porém, o FAZER não pode restaurar a condição de SER, por ser de outra ordem e procedência. Sendo assim, os ataques de pânico continuam ocorrendo, mesmo que as atividades sejam diminuídas;

- Algumas pessoas negam suas descobertas e compreensões sobre seu histórico de vida e sua condição de funcionamento psíquico baseados em REFERÊNCIAS, tentando restaurar seu funcionamento psíquico e identidade baseada em REFERÊNCIAS. Ao assumir as REFERÊNCIAS, restaurando o Falso EU (self), aderindo ao OUTRO-EU, resolve-se o paradoxo, o que traz alívio imediato da angústia e muitas vezes dos ataques de pânico. No entanto, essa resolução é geralmente transitória, pois as descobertas e as experiências já realizadas não permitem essa adesão por muito tempo, e novamente outros questionamentos e ataques de pânico voltam a ocorrer.

- A cada novo questionamento e adesão a REFERÊNCIA; a cada estimulação sentida como insuportável e interpretada como desencadeadora de novos ataques de pânico; a cada experiência traumática recorrente, observamos que essas pessoas passam a reagir e se a defender 'tomando novas e outras providências', ou seja, trocando e se 'apegando' de forma constante, insistente e desesperada a novas e outras REFERÊNCIAS e PESSOAS-REFERÊNCIA, para suporte e garantia de existência, segurança e restauração de identidade e alívio de seus sintomas. Com as trocas, mudanças e novas adesões, obtidas pela 'nova' REFERÊNCIA, o funcionamento psíquico egossintônico com a realidade e a constituição da identidade dependente das REFERÊNCIAS e das PESSOAS-REFERÊNCIA se restauram, assim como a eclosão e reincidência dos ataques de pânico diminuem de intensidade e até mesmo cessam.

- Após a recorrência de ataques de pânico, estas pessoas promovem um círculo de busca, de procura, de substituição de uma REFERÊNCIA pela outra de uma PESSOA-REFERÊNCIA pela outra. Com isso, podemos observar que esses pacientes apresentam um outro tipo de ansiedade característica que podemos denominar de ANSIEDADE DE REFERÊNCIA, caracterizada pela busca insistente de REFERÊNCIAS e o temor de perdê-las, pois perder as REFERÊNCIAS, ou ficar entre uma e outra, significa para essas pessoas ter de enfrentar o paradoxo, cair em um abismo sem REFERENCIAL.

Os freqüentes questionamentos, descobertas e mudanças constantes e contrastantes de identidade e REFERÊNCIAS, assim como a dificuldade de adesão a elas e às PESSOAS-REFERÊNCIA coincide com a observação que podemos fazer da presença constante de ANSIEDADE DE REFERÊNCIA, e das recorrências e cronicidade de ataques de pânico. A condição egóica organizada e desenvolvida apresentada até então por estas pessoas costuma diminuir, pois elas passam a apresentar um funcionamento psíquico predominantemente regredido, frágil e dependente, semelhante a crianças muito novas e inexperientes, gerando dificuldade de operacionalizar até mesmo certos aspectos práticos da vida. Estes questionamentos e descobertas proporcionam a revisão ou até mesmo a necessidade de mudanças tanto internas como externas e os conduzem a conseqüências importantes.

- Há possibilidade de contato e experiência com seu verdadeiro EU (self), com sentimentos, emoções e desejos que até então estavam impedidos pelas REFERÊNCIAS - que compunham o falso EU (self), de serem experimentados. Com isso, há possibilidade de conhecimento, reconhecimento e desenvolvimento de suas próprias condições e potencialidades, ou seja, de se conduzirem na vida de uma maneira auto referente. Além disso, tanto o ódio como a sexualidade e outros impulsos, que não podiam ser exercidos (ou o eram somente pela 'vida secreta') podem agora, depois da descoberta e revisão das REFERÊNCIAS, serem experimentados e concebidos. Mas o verdadeiro EU (self) não apropriado surgiria de forma frágil e incerta no contato com a realidade

- A revisão e o abandono das REFERÊNCIAS que sustentaram seu falso EU (self), e que norteiam e nortearam seu funcionamento psíquico e identidade, até então, podem desencadear sentimentos de desamparo, insegurança e 'perda de identidade', porque toda sua vida foi organizada e estabelecida dentro de um padrão de Falso EU, de EU-OUTRO e de defesas.

- Mudar a constituição da identidade baseada no EU-OUTRO e em REFERÊNCIAS, pode significar a possibilidade de serem abandonados e repudiados pelas PESSOAS-REFERÊNCIA das quais dependeram e necessitaram, (ou ainda dependem e necessitam) para manterem muitas vezes, sua 'saúde mental'. Além disto, os próprios pacientes, muitas vezes sentem necessidade de romperem e abandonarem um determinado modo de vida, situações, profissões, casamentos, relações, REFERÊNCIAS, e PESSOAS-REFERÊNCIA com as quais mantiveram e(ou) mantêm vínculos importantes estabelecidos durante toda a vida, que só foi possível em virtude desse modo de funcionamento psíquico.

Alguns pacientes enfrentam, mas muitos deles desistem desta empreitada por razões internas, externas e pelos boicotes (igualmente internos e/ou externos). Podemos citar como exemplo de desistência os casos clínicos mencionados no anexo deste trabalho, pois não foi possível para eles levar adiante este processo. Eles desistiram não só da psicoterapia, mas principalmente da possibilidade de serem eles mesmos, de pensarem e agirem conforme seus próprios desejos e possibilidades. Em ambos os casos houve boicotes externos, isto é, foram obrigados a desistir desse processo e a aderirem às REFERÊNCIAS

da família. No caso II, houve, sem dúvida, boicote externo, mas o interno também foi determinante, pois José, enquanto permaneceu no processo psicoterápico boicotava o tratamento o tempo todo por não se sentir preparado para enfrentar as mudanças internas e externas. No caso II, também houve boicote externo, mas como adolescente e dependente (em todos os sentidos) ela não tinha autonomia para arcar com o possível abandono das PESSOAS-REFERÊNCIA.

Observamos uma reação típica em paciente com pânico quando ele descobre as condições externas a que esteve submetido e passa a resignificar sua condição interna. Ele passa a culpar o ambiente daquilo de que se culpava, a sentir raiva e a dirigir sua agressividade, que não antes não podia ser sentida e(ou) dirigida, ou era feita para si mesmo, pelo sentimento de culpa, às pessoas e situações que o frustram e(ou) o frustraram, ou que não atendem e(ou) atenderam às suas necessidades.

Podemos citar como exemplos o caso de Vanda e da minha amiga. Elas conseguiram superar os paradoxos, os desafios internos e puderam ter, também, uma vida auto referente, mas foram abandonadas - pelo marido no caso de Vanda e pelas mães em ambos os casos. Porém, esse abandono foi bilateral (no sentido interno e externo e também dos outros para com elas e delas para com outros). Quando descobriram que o tipo de 'amor', 'carinho' e 'cuidado' que recebiam era técnico e não afetivo, houve mobilização de raiva (e muitas vezes ódio), e um rompimento e abandono interno com relação às PESSOAS-REFERÊNCIA.

Porém, quando descobriram que os 'cuidados' que recebiam, além de não serem condizentes com suas necessidades, eles eram condicionais ao cumprimento das exigências e REFERÊNCIAS da família e, para recebê-los, elas deveriam se transformar em outras pessoas que não elas mesmas, esta descoberta proporcionou mais do que raiva, mas a necessidade de rompimento e abandono externo para impedirem a atuação direta, sistemática e coercitiva da família e de suas REFERÊNCIAS, em suas vidas. Sendo assim, elas entenderam que deveriam 'tomar providência' para o rompimento externo, afastando fisicamente estas pessoas para que não "morressem" ¹⁰.

¹⁰ Entendendo a "morte" neste sentido, não como morte física, mas a morte como possibilidade de se constituírem em um EU, de serem elas mesmas

3.9. A ANGÚSTIA E O TIPO DE NEUROSE SUBJACENTE AO PÂNICO

Com os dados expostos, podemos entender que vários tipos de angústia estariam presentes nos pacientes com pânico durante seu processo de vida e de pânico:

- A primeira seria experimentada por eles ainda como lactentes, no momento de organização de um EU (self). Em virtude da falta de cuidados afetivos, o EU (self) passaria por experiências traumáticas, sem representação e objeto, por ser invadido por estímulos, “impingements” experimentados como caos, morte e desamparo aos quais teve de reagir e se defender. Estas invasões proporcionariam ‘agonias primitivas’, como foi proposto por WINNICOTT (1994b,1988). Estas ansiedades primitivas e traumáticas seriam decorrentes de falhas ambientais no suprimento de suas necessidades afetivas relativas à sua concepção de EU (self), de sua concepção como pessoa e seriam anteriores à organização egóica, à pulsionalidade e à capacidade de representação e defesa, como também anteriores à relação com os objetos e com a realidade.

- A segunda seria a ‘angústia de abandono’ e de ameaça de sobrevivência. Para proteger seu verdadeiro EU (self) estas pessoas organizariam um Falso EU (self) para proteger o verdadeiro EU (self) dos traumas sofridos. A organização e o desenvolvimento egóico poderiam acontecer satisfatoriamente com o impedimento de desenvolvimento do verdadeiro EU (self), que permaneceria oculto para não ser novamente traumatizado. Estes impedimentos continuariam a exercer sua função num segundo momento, por meio da ação externa dos pais e de suas REFERÊNCIAS, como objetos e situações reais e concretos; pelas PESSOAS-REFERÊNCIA eleitas por eles, como substitutas destes; e pela ação interna das REFERÊNCIAS rígidas internalizadas. Estas REFERÊNCIAS internalizadas, a obediência às PESSOAS-REFERÊNCIA e suas REFERÊNCIAS funcionariam como amparo, apoio e defesas. Isto conduziria o processo de desenvolvimento e organização egóica e daria sentido de existência, proteção, amor e identidade a essas pessoas. A angústia, então, seria mobilizada diante do perigo de perda destas REFERÊNCIAS e de abandono das PESSOAS-REFERÊNCIA, pois esta perda significaria o ‘colapso’ de defesas erguidas para evitar sentimentos de insegurança, desproteção e desamparo, o que poderia colocar em risco sua possibilidade de existência, sobrevivência e identidade como também

a reexperiência dos traumas e ansiedades primitivas. Durante a infância, a atividade egóica se apresentaria em desenvolvimento e organização, porém com características predominantemente neuróticas e defensivas. Desta forma, podemos entender que a ansiedade e a angústia apresentadas por estes pacientes na infância seria neurótica, pois elas se referem ao medo simbólico, à atividade pulsional (interna e inconsciente) à relação com os objetos internos e externos à atividade defensiva do ego na tentativa de elaborar conflitos conscientes e inconscientes e com a realidade.

- A terceira angústia seria aquela vivida pela reexperiência das 'agonias primitivas', que seria vivida nos mesmos moldes das originais, nos ataques de pânico que aconteceriam com o 'colapso' das defesas que compõem falso EU (self), ao serem questionadas e quebradas as REFERÊNCIAS. Esta se apresentaria quando o ego estivesse suficientemente organizado e desenvolvido, capaz de perceber, questionar e compreender o contexto de submissão às REFERÊNCIAS familiares e de outras PESSOAS-REFERÊNCIA); a condição de cuidados técnicos e condicionais ao invés de afetivos; a condição interna de falta de contato com seu verdadeiro EU (self), com seus próprios desejos, potencialidade e a condição de desamparo a que está e esteve submetido. Os questionamentos e descobertas do tipo de funcionamento destas relações e de seu próprio funcionamento psíquico seriam desencadeados pelas situações e pelos objetos aparentemente inócuos, mas que seriam evocativos e desencadeantes atuais na idade adulta e/ou na adolescência. Estas situações atuais, forneceria a compreensão da condição de abandono afetivo e desamparo psíquico, que sempre sofreram e sofrem, que viveram e vivem. Esta compreensão deflagraria sentimentos de raiva, perda de identidade e organização defensiva, o que proporcionaria a reexperiência das 'agonias primitivas' e a sensação de inexistência e morte. Esta quebra de defesa revelaria um estado pré-defensivo e permitiria o contato com o verdadeiro EU (self) insipiente, frágil, caótico e imaturo que viveria um estado de desintegração, despersonalização, e seria reexperimentado como traumático novamente.

- O quarto tipo de angústia seria a ANGÚSITA DE REFERÊNCIA, que surgiria com a cronicidade de recorrência de ataques de pânico. Esta funcionaria como defesa e tentativa de restabelecimento da condição e funcionamento psíquico baseado em REFERÊNCIAS e de relação com PESSOAS-REFERÊNCIA.

O paciente com pânico apresentaria, assim, várias angústias com predominância de algumas delas em determinados momentos. Durante o período de eclosão e recorrência de ataques de pânico, as ansiedades presentes seriam distintas das neuróticas, pois seriam revivências das “agonias” relativas à organização do EU (self) e não do ego. Sendo assim, estas seriam irrepresentáveis e indescritíveis; não compreensíveis nem dimensionadas pela condição racional e intelectual; e sentidas novamente como invasivas e traumáticas. Podemos compreender esta irrepresentabilidade na maneira como os pacientes com pânico buscam motivos para a “causa” do pânico, e como eles os encontram, transferencialmente, no processo psicoterápico.

Essas pessoas procuram no presente os motivos desencadeantes dos ataques de pânico e não os encontram. Mesmo se reportando às situações mais remotas que suas lembranças (no sentido mnêmico) possam alcançar; mesmo por meio da psicanálise “standard”, baseada nos aspectos regressivos topográficos, do consciente para o inconsciente, das interpretações feitas ao material associativo trazido pelo paciente, observamos ser difícil encontrá-las, pois são aspectos não representáveis pela palavra. Porém, pela relação transferencial, dada principalmente pelos aspectos regressivos no sentido da dependência, principalmente da dependência relacionadas com as REFERÊNCIAS, revividas com o analista, e na análise, estes motivos podem ser vistos.

No que se refere aos sentimentos de medo, estes podem ser descritos, atribuídos e associados pelos pacientes, mesmo simbolicamente, a situações, descrições e palavras. Com relação ao pânico, por seu caráter e origem, estes pacientes não encontram palavras suficientes para definir e descrever com exatidão a dimensão de seus sentimentos. Conseguem apenas viver a experiência. Como diriam os pacientes: ‘Somente quem já passou pela experiência pode saber do que se trata’. Sendo assim, o pânico pode ser descrito como uma ansiedade primitiva e psicótica.

Porém, não podemos definir o funcionamento psíquico do paciente com pânico como psicótico, pois existe uma organização egóica, defensiva, sem dúvida, pois seu ego foi organizado e desenvolvido defensivamente, sobre uma base falsa de experiência, mas egossintônica com a realidade. Estes pacientes conseguem fazer uso da realidade e dos objetos de forma coerente e satisfatória. No entanto, esta é uma situação paradoxal, pois se experimentariam ansiedades psicóticas e neuróticas ao mesmo tempo.

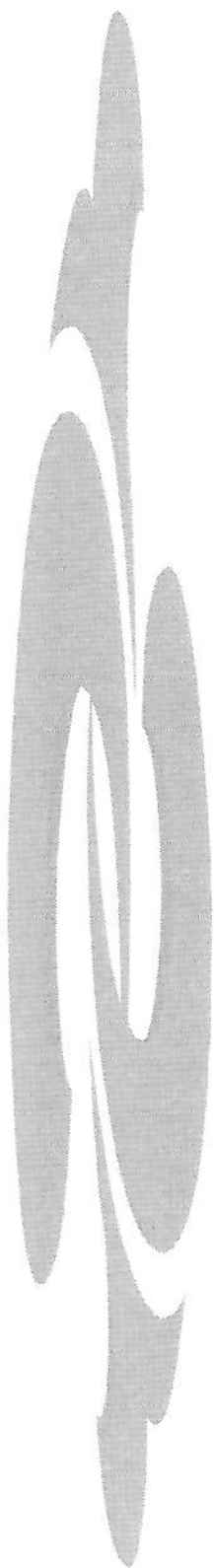
A evitação das situações e lugares onde os ataques ocorreram, é geralmente compreendida por essas pessoas como injustificáveis, ou seja, eles têm crítica sobre o absurdo do receio, e sobre o medo desproporcional que sentem pela situação evitada. Por não conseguirem encontrar outra justificativa para a ocorrência dos ataques, lançam mão da razão que se encontra mais à mão, mas não perdem a crítica. Isto é diferente de um funcionamento psicótico, pois neste caso, não haveria crítica sobre a justificativa nem, muitas vezes, existiria a própria justificativa.

O paciente de pânico apresenta ‘tudo’ ao mesmo tempo: medo (no sentido simbólico e determinado pelo contato com a realidade); pânico (no sentido automático, de tomada de susto sem representação); e receio (no sentido de evitação e expectativa ansiosa de ser acometido por um ataque de pânico). Podemos entender que o medo seria oriundo do caráter de estrutura defensiva do ego, em função das experiências traumáticas vividas em primeira instância na organização do EU (Self). Este sentimento estaria relacionado ao caráter neurótico, ao funcionamento psíquico baseado no FAZER compulsivo, na ‘tomada de providências’ para garantias e sobrevivência, e na rigidez dada pelos apegos às REFERÊNCIAS. Assim, o medo teria uma determinação simbólica em relação à realidade externa, com ‘tomada de providências’, para suprir a falta de segurança interna.

O receio que se apresenta, seria decorrente de uma experiência vivida na situação atual e real, pelas experiências de ataques de pânico recorrentes, em virtude das experiências traumáticas vividas, em segunda instância, na idade adulta. As evitações são atribuídas a esse receio. O caráter fóbico, atribuído teoricamente a esse receio e evitação, nada mais é do que um aspecto descritivo e não funcional, pois as evitações apresentadas pelo paciente não se referem a um medo no sentido simbólico, com caráter neurótico, mas ao receio de que um outro ataque possa ocorrer. Estes, sem dúvida, ocorrem em qualquer lugar e a qualquer momento. Assim, podemos entender que a angústia subjacente a estas evitações seria de outra ordem das angústias presentes nas fobias neuróticas ou simbólicas. Estas segundas seriam referentes ao medo, aos objetos (substituídos, deslocados e projetados) e às defesas, ao passo que o receio e as evitações do paciente de pânico estariam presentes para evitar um ataque de pânico.

Desta forma, não podemos atribuir à evitação do paciente um caráter neurótico ou supradeterminado, presentes nas neuroses fóbicas “standard”. As razões para a evitação que o paciente de pânico faz das situações em que os ataques ocorreram, podem ser entendidas como de caráter atual, por estarem baseadas no presente e por terem uma razão de ser, pois estas seriam provenientes da possibilidade de reexperimentar as sensações de desintegração psíquica que pode acontecer pelos ataques de pânico.

Tanto a eclosão como a recorrência e a evitação dos ataques de pânico podem ser atribuídas às neuroses traumáticas (conforme FREUD (1976j2), pois estas não seriam simbólicas nem representadas. A exposição às situações onde quer que o pânico (ou Pã) tenha sido experimentado, proporcionaria as mesmas sensações físicas e psicológicas do trauma original. Sendo assim, a única defesa possível, neste caso, seria a evitação e(ou) a fuga de situações ou lugares que evoquem a situação traumática (original e a sua reexperiência atual) para evitar os sentimentos oriundos desta, até que o paciente possa elaborar internamente sua condição psíquica. Tendo em vista estas condições características e típicas presentes no funcionamento psíquico do paciente com pânico, podemos entender que estamos diante de um fenômeno original, de uma psicose distinta das psicose “standard”.



4. CONCLUSÃO

Conclusão não seria a palavra mais adequada a ser utilizada neste momento pois, na verdade, minhas observações, estudos e pesquisa sobre o pânico, que já duram alguns anos, não terminam aqui. Este trabalho trata de uma reflexão da autora sobre dados obtidos pela relação transferencial mantida com os pacientes com pânico, seus familiares e com o meio médico e psicanalítico.

Temos de levar em conta que as reflexões e posições mencionadas neste trabalho significam uma forma possível de escuta e interpretação que se pode ter e fazer do funcionamento psíquico desses pacientes, segundo alguns referenciais teóricos e pelas idéias dos autores citados. Pelos dados obtidos, algumas questões puderam ser esclarecidas e elaboradas e outras com certeza, continuam incompreensíveis.

Além disso, após ter terminado a elaboração deste trabalho, pude relacionar outras características apresentadas pelo paciente com pânico tais como: competitividade, senso de humor e senso estético que precisam e valem a pena ser examinadas. A análise dessas outras características poderá confirmar os aspectos já levantados, mas poderá favorecer questionamentos e levantar questões para a reelaboração, resignificação, transformação e modificação destas. Deste modo, não podemos entender estas conclusões como definitivas pois em função desses e de outros dados, e observações que têm sido obtidos e que podem ser feitas, a apresentação de questões e dúvidas podem surgir e continuar a merecer atenção, estudo e pesquisa..

Pela escuta e observações feitas destes pacientes e analisaram-se algumas características presentes em seu modo de funcionamentos psíquico. Pela análise e interpretação feitas dessa escuta e observação, pôde ser compreendido que qualquer perda de referência provocada por um fato surpreendente e inesperado como, por exemplo um acidente, a perda de alguma pessoa, objeto e situação importante pode provocar susto e deflagrar angústia aguda sob a forma de pânico com todas as repercussões físicas características. Neste caso, tendo passado o acontecimento, tendo se recobrado do susto, a pessoa pode se recompor e continuar sua vida.

Entretanto, por meio da escuta analítica, pela observação, e pelas características de funcionamento psíquico levantadas do paciente com pânico, entendemos que este tipo de angústia ocorria com eles, com todas as repercussões físicas, sem que aparentemente nenhum acontecimento externo estivesse ocorrendo no momento. Assim, pudemos compreender que havia algumas diferenças importantes nas várias possibilidades de compreensão da manifestação de susto e acesso de angústia.

Pôde ser observado que a angústia como acesso, o susto e o pânico apresentados sob a forma de ataques seria provocado por uma perda de REFERÊNCIA, que é distinta de uma perda de referência. Uma coisa seria o susto provocado pela perda de referência. A pessoa pode eleger e(ou) escolher outro referencial e continuar a vida com os mesmo ou outros significados e sentidos. Outra coisa seria o susto provocado pela perda de uma REFERÊNCIA que faz parte da constituição da identidade de uma pessoa, que norteia seu modo de funcionamento psíquico, as relações com situações e pessoas que dão sentido e significado à sua vida. Neste caso, com esta perda, perde-se muitas vezes o sentido da vida.

A descoberta de um modo de funcionamento psíquico e de identidade norteados por REFERÊNCIAS de OUTROS e assumido ilusoriamente pela pessoa como próprio; de ter sido 'concebido, amado, cuidado e criado' por REFERÊNCIAS da família e não por desejo; de ter estabelecido relações com pessoas por REFERÊNCIAS e não afeto; de ter constituído sua identidade por normas e não por experiência, proporciona além do susto, horror e pânico, a perda da identidade baseada nestas ilusões significativas enfim, norteou sua vida e sua existência como pessoa.

Além disto, por fazer parte de uma família cuja identidade foi constituída por REFERÊNCIAS, estas pessoas podem ter sido concebidas por REFERÊNCIA e não por desejo, o que pode ter proporcionado privações afetivas, experimentadas como traumáticas, em um momento da vida, quando ainda não podiam se defender.

Neste caso, o susto, o horror e o pânico advindos da perda dessas REFERÊNCIAS, seria infinitamente distinto e intenso. Com a perda dessas REFERÊNCIAS perdem-se a identidade, o sentido da vida e existência como um EU;

perde-se a ilusão de que baseou sua vida em suas próprias potencialidades e recursos; perde-se a ilusão de ter sido amado, cuidado e aceito por pessoas que são importantes e significativas em sua vida. Além disso, a perda das REFERÊNCIAS atuais possibilita a reexperiência dos traumas inconscientes primitivos, e sem representação, que estava encoberta por elas.

Neste sentido, podemos compreender que haveria diferenças significativas entre um acesso de angústia, provocado por um susto gerado por uma situação externa e inesperada que qualquer pessoa pode experimentar a qualquer momento, e um acesso de angústia que aconteceria em uma situação de revisão de REFERÊNCIAS que pode ocorrer durante o processo psicoterápico de algumas pessoas; e do acesso de angústia sem que nenhum acontecimento externo importante tenha acontecido, ou que possa ser atribuído, mas que seria mobilizado em virtude de descobertas feitas pelos fatos da vida, que traria à tona um modo de vida norteado por REFERÊNCIAS dadas por PEESOAS-REFERÊNCIA, e que estas estariam sendo cumpridas para poderem ser 'vistos, amados, cuidados e aceitos', ou até mesmo para não serem abandonados pelas pessoas de quem necessitam para manterem o sentido de sua identidade, de segurança e garantia de sobrevivência e de vida.

Deste modo, mesmo entendendo que a angústia e(ou) o susto possam ser considerados como perigos que o ego deve enfrentar, podemos entender que teríamos angústias com qualidades e características distintas entre si. A angústia de abandono manifestada por essas pessoas de forma crônica pode estar relacionada a um processo neurótico e relacionado com a organização egóica e com os objetos. Entretanto, a angústia como acesso, o susto e a 'tomada de pânico' apresentado por elas sob a forma de ataques de pânico, estariam relacionados com situações traumáticas e aconteceriam em dois momentos: no início da vida, quando seriam experimentadas angústias primitivas sem representação e objeto, em virtude de falta de suprimento afetivo; e no momento atual, durante a eclosão dos ataques de pânico, pela reexperiência destas primeiras em virtude do 'colapso de defesas' que teriam sido acionadas contra elas.

Deste modo, os ataques de pânico seriam um sintoma apresentado pelos pacientes de pânico na adolescência e na vida adulta, decorrente de um processo de vida, no qual estariam contidos elementos traumáticos primitivos, que eclodiriam em algum momento por fatores internos e(ou) por externos evocativos, sem que necessariamente algo drástico e externo, no momento atual, pudessem estar ocorrendo.

A experiência desses ataques de pânico, no momento atual, seria sentida novamente como traumática, quando a pessoa, apesar de apresentar organização egóica desenvolvida, lançaria mão de mecanismos defensivos primitivos contra elas, como: dissociação do corpo da realidade psíquica; exacerbação de atividades físicas e mentais; 'necessidade', 'apego' e também a troca insistente de REFERÊNCIAS E PESSOAS-REFERÊNCIA, para se sentirem apoiado e seguro; e atribuição e evitação dos lugares onde quer que estes ataques tenham ocorrido.

No entanto, se levarmos em conta os dados e as interpretações feitas, no decorrer deste trabalho, podemos entender que o pânico pode ser considerado um processo para o encontro de si mesmo, de seu verdadeiro EU (self), com seus próprios desejos, potencialidades e recursos, ou seja, podemos entender que o pânico seria um sintoma no sentido de elaboração e não de paralisação do desenvolvimento psíquico.

Porém, a reorganização psíquica leva tempo (no sentido interno e cronológico), pois implica em experimentar a vida e experimentar-se em situações e relações que não puderam ser consideradas, antes das descobertas, das perdas de REFERÊNCIA e da eclosão dos ataques de pânico.

Além disso, conhecer e exercer seus próprios potenciais e desejos implica em um custo emocional muito alto. Por um lado, significa suportar angústias, ataques de pânico, insegurança e desamparo em virtude de um EU inseguro e caótico, que começa a surgir. Por outro lado, significa ter de modificar muitas relações e situações que permaneciam estáveis até então. Por outro lado, as descobertas implicam em mágoa, ressentimento e, muitas vezes, ódio e rompimento com pessoas e situações que foram importantes e significativas, até então, não só pelo sentimento, mas também porque nem sempre essas pessoas e situações podem compreender e permitir a reconfiguração da vida que o paciente de pânico tenta empreender.

Tenho observado que muitas pessoas (nem todas) conseguem levar adiante o processo de questionamentos e de descobertas; revisar seu modo de funcionamento psíquico; integrar seus vários aspectos psíquicos e de identidade e também corporais que se encontravam até então dissociados; descobrir seus próprios desejos, potencialidades e recursos; basear-se menos nos referenciais de outras pessoas (profissionais de saúde mental inclusive) que os 'suportam'; ter uma linha de conduta mais coerente e condizente consigo mesmo (auto-referencial) com seus potenciais e desejos.

Porém, observa-se que, mesmo conseguindo empreender mudanças e transformações em seu funcionamento psíquico e situações de vida, os sentimentos de desamparo, de desproteção, de insegurança e sofrimento decorrentes dessa condição estrutural do psiquismo e a condição neurótica de defesa permanecem presentes, apresentam-se na relação com as pessoas e as situações e no processo psicoterápico, mesmo quando cessam as manifestações de ataques de pânico.

Neste sentido, entendo que temos pelo menos três fontes de pesquisa importantes a serem empreendidas: a continuidade de levantamento e aprofundamento de análise das características de funcionamento psíquico apresentado por essas pessoas; a elaboração de formas de tratamento e, principalmente, de prevenção.

Acompanhando o modo de funcionamento psíquico do paciente de pânico, pode-se compreender que inúmeras são as dificuldades e complexidades que envolvem a compreensão e atendimento dessas pessoas. Estas dificuldades justificam, de alguma forma, as inúmeras controvérsias e polêmicas a respeito do assunto, que podemos encontrar na literatura e também nos depoimentos dados pelos profissionais.

Observa-se também que muitos profissionais não encontram dificuldades para compreender, diagnosticar e tratar o pânico. Entre eles, podemos citar os que possuem formação teórica e técnica, mas que apresentam funcionamento psíquico baseado em REFERÊNCIAS, como os pacientes e suas famílias; e(ou) aqueles profissionais que não possuem informação teórica e técnica suficiente para compreender a complexidade do fenômeno e do funcionamento psíquico dos pacientes. Sendo assim, estes dois grupos de profissionais geralmente enquadram o fenômeno nas teorias e técnicas pré-existentes,

ouvidas, sugeridas e 'legitimadas', e fazem com que os pacientes se submetam a elas (teorias e técnicas) e a eles (os profissionais) pelos tratamentos "standard".

Com este dado, podemos entender que um paciente com pânico, atendido por um profissional que tem seu funcionamento psíquico baseado em REFERÊNCIAS, teria seu 'tratamento' repetindo a mesma função patogênica do ambiente que promoveu este tipo de funcionamento do paciente. Ao tentar tratar-se o paciente teria nessa relação de ajuda repetida à situação original de onde partiram suas dificuldades.

Além da dificuldade de compreensão do paciente por razões internas dos profissionais, outro dado observado foi a tendência de tratarmos destes pacientes, segundo seus aspectos aparentes, percebidos em um determinado momento. Esses aspectos podem ser descritos e quantificados. Pela descrição e quantificação desses aspectos, podemos compreender e(ou) interpretar seus sintomas e condutas, 'diagnosticá-los' e 'caracterizá-los'.

Na exposição deste trabalho entendemos que, quando essas pessoas nos procuram pedindo ajuda em função de seus sintomas de pânico, elas apresentam um modo de funcionamento psíquico extremamente complexo e paradoxal. Por ser paradoxal, ora um aspecto se apresenta de uma forma, ora de outra totalmente distinta e muitas vezes estes aspectos contraditórios se apresentam conjuntamente.

Sendo assim, a compreensão do paciente com pânico, baseada somente nos aspectos descritivos e quantitativos e observados em determinado momento, pode ser vista como um dos fatores geradores de polêmica e controvérsias teóricas, o que pode proporcionar não somente a dificuldade de compreensão do fenômeno, mas também seu tratamento, pois a descrição e a quantificação muitas vezes podem abranger um aspecto aparente, mas não funcional.

Podemos entender que uma coisa é a descrição e na quantificação de um fenômeno aparente e momentâneo; outra coisa é compreendê-lo em sua dinâmica interna, sob várias vertentes e perspectivas; outra coisa ainda é acompanhá-lo longitudinalmente para compreender sua evolução e dinâmica, pois nas atitudes, nas relações e no

funcionamento psíquico do paciente com pânico, assim como em seus sintomas e no modo como eles o administram e pelas 'tomadas de providências' que empreendem para aliviá-los, estão embutidas razões e questões que a mera descrição ou causalidade linear não dão conta de compreendê-lo, ou que geram uma compreensão distorcida a respeito do mesmo.

A atribuição de 'etiologia orgânica' dada a partir da ocorrência e recorrência de ataques de pânico, baseadas em fatores aparentes, descritivos e repetitivos que se apresentam pela incidência de manifestações corporais associadas a eles, assim como a remissão dos ataques por via de medicação, podem questionáveis e com certeza merecem maiores e mais aprofundadas pesquisas por pelo menos duas razões:

- A descrição e a quantificação dessas manifestações (dos ataques e repercussões físicas) não são suficientes para compreender o funcionamento psíquico dessas pessoas, pois independentemente da ocorrência e(ou) recorrência dos ataques de pânico, o funcionamento psíquico característico está necessariamente presente.

- A remissão dos ataques de pânico pode ocorrer sem medicação ou sob medicação; os ataques de pânico, podem ocorrer com a mesma frequência e severidade e, independentemente do uso da medicação, o funcionamento psíquico característico e a 'angústia crônica e neurótica' não se altera.

Sendo assim, podemos entender que com base na causalidade linear de causas orgânicas e(ou) psicológicas não é possível a compreensão da complexidade do funcionamento psíquico desses pacientes, além disso, determina e agrava um tipo de dissociação, que já se encontra presente de forma patológica no paciente.

Do ponto de vista psicanalítico, pode-se observar por este trabalho, que o pânico pode ser abordado e compreendido em seus aspectos econômicos, como o foi por FREUD no final do século passado, como 'neurose de angústia'; em seus aspectos psicodinâmicos, abordado também por FREUD como 'histeria de angústia' e por muitos outros autores citados neste trabalho; e também abordado como um sintoma de desamparo e trauma primitivo, ou seja, em seus aspectos afetivos, como o foi por WINNICOTT e por outros autores também mencionados, através do qual este trabalho foi embasado e também norteado.

Entretanto, embora tenha dado ênfase e atenção aos aspectos afetivos (ou falta destes), presentes no paciente com pânico, pude observar que todos estes aspectos estão presentes em seu modo de funcionamento psíquico, e que todas essas abordagens (desde que não sejam tomadas como absolutas) podem ser úteis para a compreensão da dinâmica psíquica dessas pessoas e podem colaborar para a elaboração de um modo de intervenção condizente com sua condição e organização psíquica.

Porém, pôde ser observado que a dificuldade não se situa apenas na compreensão do modo de funcionamento psíquico destes pacientes. O tipo de informação dada ao paciente, pela mídia e(ou) em consultas clínicas; e o tipo de tratamento a ser indicado, também pode ser visto como outra dificuldade a ser levada em conta.

Sem dúvida alguma, no atendimento e no acompanhamento longitudinal de inúmeras pessoas, e da supervisão de casos atendidos por outros terapeutas, pôde ser observado que a condição interna dos pacientes é fundamental para a evolução do quadro (no sentido de superação e/ou de cronicidade). Porém, como se observou, a compreensão e a interferência do meio externo, do contexto em que esses pacientes estão inseridos também é importante em virtude de seu funcionamento psíquico baseado em REFERÊNCIAS e PESSOAS-REFERÊNCIA.

Deste modo, a divulgação feita pela mídia das explicações acerca dos fatores etiológicos e de tratamentos, assim como as REFERÊNCIAS dadas pelos profissionais durante a consulta e tratamentos, precisam ser vistas no mínimo com cautela e prudência, pois estamos tratando de uma população suscetível a REFERÊNCIAS e REFERENCIAIS.

A prudência e a cautela também devem ser tomadas não somente em relação às informações, divulgações, orientações e medicações, mas também em relação ao tratamento psicanalítico. As compreensões psicanalíticas “standard”, muitas vezes baseadas somente no mundo interno, mostram-se muitas vezes insuficientes para a compreensão da psicodinâmica do paciente. As técnicas psicanalíticas “standard”, mostram-se igualmente insuficientes não somente para a compreensão, mas principalmente como intervenção no modo de funcionamento psíquico, pois as interpretações muitas vezes funcionam como invasivas, o que proporciona resistência e abandono do processo.

Deste modo, do ponto de vista psicanalítico, uma outra fonte de pesquisa importante, além do levantamento mais apurado das características do funcionamento psíquico do paciente com pânico, seria a pesquisa sobre um “setting” e técnicas adequadas, adaptadas às suas características e às necessidades desses pacientes, para favorecer não somente a compreensão de seu funcionamento psíquico, mas principalmente de seu desenvolvimento.

Do ponto de vista de prevenção, a indicação de que as pessoas tenham apenas os filhos que desejarem para poderem contê-los e aceitá-los como são e promoverem o desenvolvimento de suas potencialidades, pode ser vista no mínimo como utópica. Porém, podemos orientar pais sobre a necessidade que as crianças têm de serem vistas, contidas, compreendidas e amadas como pessoas únicas e originais, e até mesmo distintas deles mesmos.

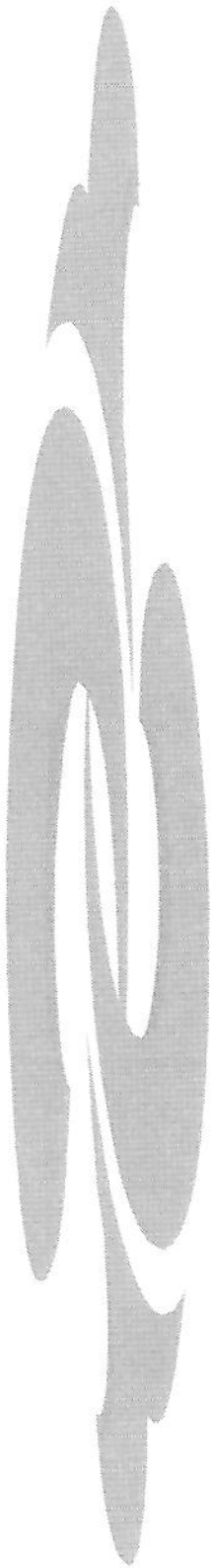
Quanto aos adultos, podemos utilizar os versos de Raul Seixas, em sua canção ‘Metamorfose’:

Eu prefiro ser essa metamorfose ambulante.

Do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo.

Sobre o que é o amor,

Sobre o que eu nem sei quem sou.

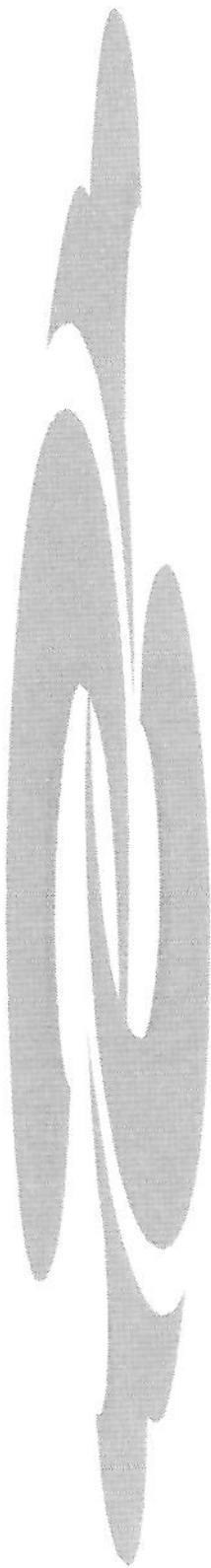


5. SUMMARY

A certain type of psychic function, specific anguish and neurosis, would be subjacent to the symptoms presented by patients who suffer panic attacks, according to what was observed in the longitudinal, transference, and analytical listening contexts, during the psychotherapeutic process of these people and according to the analysis of this material, carried out through the psychoanalytical reference, based on the concepts created by S. FREUD, D.W. WINNICOTT and REFERENCES, from previous research done by the author.

We concluded that these people presented a psychic function, a kind of anxiety and a neurotic process, different in configuration and structure when compared to the standard psychoneurotic pictures, due to the precarious environment situation in relation to the affective necessities that happened during their whole life process. Hence, the current panic attack would be a symptom caused by a life process, but it would have a positive value, since after its onset, these people usually develop an identity based on their own resources and potentials, which were until then, guided by a false SELF, or by ANOTHER-SELF, kept by strict REFERENCES, indicated and maintained by REFERENCE-PEOPLE, which have been followed strictly, since childhood.

WE also concluded that the onset of panic attacks were associated to the fear of being abandoned by the REFERENCE-PEOPLE, and by the possibility of losing these REFERENCES, since the latter provide them with guarantees, security and identity, which maintain the defenses that support, organize and keep their false SELF. The recurrence of the panic attacks is frequently associated to the adhesion and/or substitution of a REFERENCE or REFERENCE-PERSON by another/others, including the search for professionals and drug therapy to treat the panic attacks.



6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABADI,P.D.-Más acá del principio del placer: ser. **In: ENCONTRO LATINO AMERICANO SOBRE O PENSAMENTO DE WINNICOTT**, 3, Gramado, 1994. **Anais**. Rio Grande do Sul, 1994. v.2, p.292:294.
- ABRAM,J.-**The Language of Winnicott: a dictionary of Winnicott's use of words**. London. Karnac Books,1996. 377p.
- ABU,R.-Não entre em pânico! **Rev. Opção**, 82:19-20, 1996.
- ALVAREZ,A.-**A Companhia Viva: psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderline, carentes e maltratadas**. Trad. Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994. p.71-77.
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, DSM-III. **Diagnostic and statistical manual of menal disorders**, 3rd edition. Washington DC, DSM-III Library, 1980.
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, DSM-III-R. **Diagnostic and statistical manual of menal disorders**, 3rd edition revised. Washington DC, DSM-III-R Library,1987.
- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, DSM-IV. **Diagnostic and statistical manual of menal disorders**, 4rd edition. Washington DC, DSM-IV Library,1994.
- BAILLY,A.-**Dictionnaire Grec Français**. Paris, Librairie Hachette, 1950.
- BALINT,M.-**A Falha Básica: aspectos terapêuticos da regressão**. Trad. Francisco Frank Settineri. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993. p.16-20;147-158.
- BARANGER,W -Métodos de objetivación en la investigación psicanalítica. **Rev. Uruguay de Psicoan.**, v. 3(1), 1959.
- BION,W.R.-**A theory of thinking**. **Int. J. of Psucho-Anal.**, 43:306-10, 1962.
- BION,W.R. - **Os Elementos da Psicanálise**. Trad. Jayme Salomão e Paulo Dias Corrêa. Rio de Janeiro, Zahar, 1966.

- BION, W.R.-**Second thoughts**. *Int. J. of Psycho-Anal.*, 110-9, 1967.
- BLEGER, J.-O problema metodológico em psicologia. In: _____-**Psicologia da Conduta**. Trad. Emília de Oliveira Diehl. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989a. p.155-70.
- BLEGER, J.-Sentido da conduta. In: _____-**Psicologia da Conduta**. Trad. Emília de Oliveira Diehl. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989b. p.85-91.
- BLEICHMAR, H.-**Angústia e Fantasma**. Trad. Francisco Franke Settineri. Porto Alegre, Artes Médicas, 1988. p. 67-92.
- BOLLAS, C.-**A Sombra do Objeto**. Trad. Rosa Maria Bergallo. Rio de Janeiro, Imago, 1992a. p.13-46.
- BOLLAS, C.-Uma Teoria para o Self verdadeiro. In: _____-**Forças do Destino**. Trad. Rosa Maria Bergallo. Rio de Janeiro, Imago Editora, 1992b. p. 19-35.
- BOWLBY, J.-Attachement et perde. In: QUINODOZ, J. – **A solidão domesticada**. Trad. Francisco Franke Settineri, Porto Alegre, Artes Médicas, 1993. p.109
- BRAZIL, H.V.-O Discurso Psicanalítico no Contexto Social. In: _____ coord.-**Psicanálise: problemas metodológicos**. Rio de Janeiro, Editora Vozes, 1975 p.9-20. [Proceeding of INTERNATIONAL FORUM OF PSYCHOANALYSE, Zurich, 1974].
- CAETANO, D.-**Como enfrentar o pânico**. Campinas, Ícone; Editora da UNICAMP, 1987.
- CASSORLA, R.M.S.-Transtorno de pânico: considerações psicanalíticas. **Bol. Nov. Pulsional**, 84:57:68, 1996.
- COSTA-PEREIRA, M.E.-A Questão psicopatológica do pânico examinada à luz da noção metapsicológica de “desamparo”. **Bol. Nov. Pulsional**, 84:7-27, 1996.
- COSTA-PEREIRA, M.E.-**Contribuição à psicopatologia dos ataques de pânico**. São Paulo, Lemos Editorial, 1997.

- COSTA-PEREIRA, M.E.-**Distúrbio de pânico: contribuições para uma abordagem Psicodinâmica**. Campinas, 1989 (Dissertação de Mestrado-Unicamp).
- COSTA-PEREIRA, M.E.-**Etude methapsychologique de la detresse: contribution a la psychopathologie des attaques de panique**. Paris, 1995. (These de Doctorat Universit Paris VII).
- DAVIS,M. & WALLBRIDGE,D.- **Limite e Espaço: uma introdução à obra de D.W.Winnicott**. Trad. Eva Nick. Rio de Janeiro, Imago Editora,1982.
- DELACOUR,E.P.-The facilitating Enviroment. **In: FROMM,M., SMITH,B. editors. - Clinical application of Winnicott's theory**. Madison Connecticut, I.U.P. inc., 1989.
- ETCHEGOYEN,R.H.-**Fundamentos da técnica psicanalítica**. Trad. Cícero Fernandes, 2^a ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1989. p.51-120.
- FEINSTEIN,A.R.-Clinical Judgment and Experiments of Clinical Therapy **In: _____ Judgment Malabar**. Flórida, Robert E. Krieger Publishing Co, 1967
- FERREIRA,A.B.H.-**Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1995. p.424;478
- FIGUEIRA,S.A.-Comentário-Invariância: fascinante metáfora. **In: Correio da FEPAL**, São Paulo, SBPC, 1988. p.83-90. [Proceeding of CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE PSICANÁLISE, Interpretação: a invariância do Método nas várias teorias e práticas clínicas, 17, São Paulo, 1988].
- FRÁGUAS JR, R.-Transtorno de Pânico. **In: _____, ed. - Psiquiatria e Psicologia no hospital geral: A clínica dos transtornos de pânico**. São Paulo, Lemos Editorial & Gráficos Ltda, 1994.
- FREUD,A.-Problems of infantile neurosis: a discussion. **In: WINNICOTT,D.W. - Da Pediatria à Psicanálise**. Trad. Jane Russo, 4^a ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1993f. p.492.

- FREUD,S.-A dinâmica da transferência. **In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas.** Trad. Jayme Salomão, v.XII, Rio de Janeiro, Imago,1976g3. p. 133-148.
- FREUD,S.-A dissolução do complexo de Édipo. **In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas.** Trad. Jayme Salomão, v.XIX, Rio de Janeiro, Imago,1976m3. p.217-228.
- FREUD,S.-A Interpretação dos Sonhos. **In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas.** Trad. Jayme Salomão, v.IV;V, Rio de Janeiro, Imago,1976d.
- FREUD,S.-Além do princípio do prazer. **In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas.** Trad. Jayme Salomão, v.XVIII, Rio de Janeiro, Imago,1976l1. p. 17-90
- FREUD,S.-A organização genital infantil: uma interpolação da teoria da Sexualidade. **In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas.** Trad. Jayme Salomão, v.XIX, Rio de Janeiro, Imago,1976m2. p. 179-188.
- FREUD,S.-Conferências introdutórias sobre Psicanálise. **In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas.** Trad. Jayme Salomão, v.XVI, Rio de Janeiro, Imago,1976i. p. 457-480.
- FREUD,S.-Estudos sobre Histeria. **In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas.** Trad. Jayme Salomão, v.II, Rio de Janeiro, Imago,1976b. p. 311-364.
- FREUD,S.-Formulação sobre os dois princípio do funcionamento mental. **In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas.** Trad. Jayme Salomão, v.XII, 1976g2. p. 277-290.
- FREUD,S.-Inibições, sintomas e ansiedade. **In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas.** Trad. Jayme Salomão, v. XX, Rio de Janeiro, Imago,1976n. p. 107- 200.
- FREUD,S.-Introdução à Psicanálise e as neuroses de guerra. **In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas.** Trad. Jayme Salomão, v.XVII, Rio de Janeiro, Imago,1976j2. p. 259-264.

- FREUD,S.-Novas conferências introdutórias sobre Psicanálise. **In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas.** Trad. Jayme Salomão, v.XXI, Rio de Janeiro, Imago, 1976o. p.103-138.
- FREUD,S.-Observações sobre o amor transferencial: novas recomendações sobre a técnica psicanalítica e da teoria da psicoterapia. **In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas.** Trad. Jayme Salomão, v.XIV, Rio de Janeiro, Imago,1976g7. p. 208-221.
- FREUD,S.-O caso Schreber: notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranóia (Dementia paranóides). **In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas.** Trad. Jayme Salomão, v.XII, 1976g1. p. 23-110.
- FREUD,S.-O ego e o id. **In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas.** Trad. Jayme Salomão, v.XIX, Rio de Janeiro, Imago,1976m1. p. 23-90.
- FREUD,S.-O estranho. **In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas.** Trad. Jayme Salomão, v.XVII, Rio de Janeiro, Imago,1976j1. p. 275-314.
- FREUD,S.-O inconsciente. **In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas.** Trad. Jayme Salomão, v.XIV, Rio de Janeiro, Imago,1976h2. p. 191-252.
- FREUD,S.-O método psicanalítico de FREUD. **In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas.** Trad. Jayme Salomão, v.VII, 1976e1. p. 257-266
- FREUD,S. - Os instintos e suas vicissitudes. **In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas.** Trad. Jayme Salomão, v.XIV, Rio de Janeiro, Imago,1976h3. p. 137-168.
- FREUD,S.-Projeto para uma Psicologia científica. **In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas.** Trad. Jayme Salomão, v.I, Rio de Janeiro, Imago,1976a. p. 381-393.
- FREUD,S.-Psicanálise 'silvestre'. **In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas.** Trad. Jayme Salomão, v.XI, Rio de Janeiro, Imago,1976f. p. 207-216.

- FREUD,S.-Psicologia de grupo e a análise do ego. **In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas.** Trad. Jayme Salomão, v.XVIII, Rio de Janeiro, Imago,1976l2. p. 91-184.
- FREUD,S. - Recordar, repetir e elaborar. **In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas.** Trad. Jayme Salomão, v.XII, Rio de Janeiro, Imago,1976g6. p. 193-207.
- FREUD,S.-Repressão. **In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas.** Trad. Jayme Salomão, v.XIV, Rio de Janeiro, Imago,1976h4. p. 169-190.
- FREUD,S.-Sobre a Psicanálise. **In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas.** Trad. Jayme Salomão, v.XII, Rio de Janeiro, Imago,1976g4. p. 265-276.
- FREUD,S. - Sobre a psicoterapia. **In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas.** Trad. Jayme Salomão, v.VII, Rio de Janeiro, Imago,1976e2. p. 267-282.
- FREUD,S.-Sobre o início do tratamento: novas recomendações sobre a técnica da Psicanálise I. **In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas.** Trad. Jayme Salomão, v.XII, Rio de Janeiro, Imago,1976g5. p. 164-192
- FREUD,S.-Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada neurose de angústia. **In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas.** Trad. Jayme Salomão, v.III, Rio de Janeiro, Imago,1976 c. p. 107-142.
- FREUD,S.-Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. **In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas.** Trad. Jayme Salomão, v.VII, Rio de Janeiro, Imago,1976e3. p. 129-250.
- FREUD,S.-Um caso de paranóia que contraria a teoria psicanalítica da doença. **In: Edição Standard Brasileira das Obras Completas.** Trad. Jayme Salomão, v.XIV, Rio de Janeiro, Imago,1976h1. p.297-310.
- GIOVACCHINI,P., org.-**Táticas e Técnicas Psicanalíticas.** Porto Alegre, Artes Médicas,1997.

- GOMES,L. & PASTORE,K.-Pressão demais. **Rev. Veja**, 29:88-95, 1998.
- GOMES,P.B. -Aspectos psicanalíticos da angústia: a angústia em Freud. **In: FRÁGUAS JR,R. ed.- Psiquiatria e Psicologia no hospital geral: A clínica dos transtornos de pânico.** São Paulo, Lemos Editorial & Gráficos Ltda, 1994. p.27-33.
- GREEN, A.-A Psicanálise diante da oposição da história e da estrutura. **In: BRAZIL,H.V. , coord.-Psicanálise: problemas metodológicos.** Rio de Janeiro, Editora Vozes, 1975 p.100-112. [Proceeding of Revue Générale des publications françaises et étrangères, tomo 19:194, 1963].
- GREEN, A.-Narcisismo de vida, narcisismo de morte. Trad. Claudia Berliner. São Paulo, Escuta, 1988. p.247-282.
- GUNTRIP,S.- My experience of analysis with Fairbain and Winnicott. **Internat. Journal of Psycho-Analysis**, 2:195,1975.
- GUSDORF,G.-Mito e Metafísica. Trad. Hugo di Primo Paz. São Paulo, Editora Convívio, São Paulo, 1980. p.28.
- HANNS,L.-Dicionário comentado do alemão de Freud. Rio de Janeiro, Imago, 1996. p.62-79.
- HERMMANN,F.-O campo e os dois. **In: _____ - Os andaimes do real: uma revisão crítica do método da Psicanálise.** São Paulo, EPU, 1979. p.53-98.
- HUGES,J.-Reformulando o território psicanalítico: o trabalho de Klein, W.Fairbain e D.Winnicott. Revinter, Rio de Janeiro, 1998.
- HUTTEN,E..H.-Método Científico e Psicanálise, **In: BRAZIL,H.V,coord.-Psicanálise: problemas metodológicos.** Rio de Janeiro, Editora Vozes, 1975 p.21-40.
- KAPLAN, H.S.-A nova terapia do sexo. **In: MOREIRA,R.L.B.D.- Evitação fóbica associada a distúrbios de pânico: abordagem Integrada.** **Rev. Bras. de Medicina**, 50(7):737-740, 1993a.

- KAPLAN,H.S.-O desejo sexual. **In:** MOREIRA,R.L.B.D.- Evitação fóbica associada a distúrbios de pânico: abordagem Integrada. **Rev. Bras. de Medicina**, 50(7):737-740, 1993b.
- KHAN, M.-Entre L'Idole et L'Ideal. **Nouv. Rev. de Psychan.**, 13. Trad. Suzana Alves Viana e Denise Vieira Lee [No prelo], 1976.
- KHAN,M.-Distorção do ego, trauma cumulativo e o papel da reconstrução na situação Analítica. **In:** _____ - **Psicanálise teoria técnica e casos clínicos**. Rio de Janeiro, Franscisco Alves, 1977a
- KHAN, M.-O Conceito de trauma cumulativo. **In:** _____ - **Psicanálise teoria técnica e casos clínicos**. Rio de Janeiro, Franscisco Alves, 1977b.
- KLEIN, D.-Anxiety reconceptualized. Compr Psychiatry. **In:** COSTA- PEREIRA,M.E. - **Distúrbio de pânico: contribuições para uma abordagem Psicodinâmica**. Campinas, 1989 (Dissertação de Mestrado-Unicamp).
- KLEIN,D.-Delineation of two-drugs responsive syndromes. **In:** COSTA-PEREIRA, M.E. - **Distúrbio de pânico: contribuições para uma abordagem Psicodinâmica**. Campinas, 1989 (Dissertação de Mestrado-Unicamp).
- KLEIN,D.-Psychiatric reations patterns to imipramine. **In:** COSTA-PEREIRA,M.E. - **Distúrbio de pânico: contribuições para uma abordagem Psicodinâmica**. Campinas, 1989 (Dissertação de Mestrado-Unicamp).
- KLEIN,M.-Early stages of the oedipus conflit. **In:** MITCHELL,J. edit-**The selected Melanie Klein**. London, Penguin Books, 1986.
- LAPLANCHE,J.-A **Angústia**. Trad. Álvaro Cabral, 2ª ed. São Paulo, Martins Fontes, 1993 p.1-236.
- LAPLANCHE E PONTALIS.-**Vocabulário de Psicanálise**. Trad. Pedro Tamen, 2ª ed. São Paulo, Martins Fontes, 1992 p.26-27; 296-304; 315-319; 394-396; 514-527.

- LITTLE, M. - **Ansiedades psicóticas e prevenção**. Trad. Maria Clara De Biase Fernandes. Rio de Janeiro, Imago, 1992.
- LOPEZ, B.M.-Las Invariantes del Método analítico en las diferentes teorías y prácticas Psicoanalíticas. In: **Correio da FEPAL**. São Paulo, SBPC,1988 p.53-67. [Proceeding of CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE PSICANÁLISE, Interpretação: a invariância do Método nas várias teorias e práticas clínicas, 17, São Paulo, 1988].
- MAHLER,M.S.-Problems of infantile neurosis: a discussion. In: D.W.WINNICOTT- **Da Pediatria à Psicanálise**. Trad. Jane Russo, 4ª ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1993f.p.492.
- MAVROMATAKI, M.-**Mitologia Griega**. Atenas, Ediciones Xaitali, 1997. p.118-120.
- MELTZER, D.-Terror, Perseguição, Pavor: uma dissecação das ansiedades Paranóides. In: SPILLUS,E.B., ed. -**Melanie Klein hoje: desenvolvimento da teoria e da técnica**. Trad. Belinda Haber Mandelbaun, Rio de Janeiro, Imago, 1991. p.234-242.[Proceeding of Internat. Journal of Psycho-Analysis, 49:396-400; e CONGRESSO PSICANALÍTICO INTERNATIONAL, 25, Copenhagen,1967].
- MENDES, J.P.-**Construção e Artes das Bucólicas de Virgílio**. Brasília, Editora da Universidade de Brasília, 1985
- MENDILAHARSU, S.A.-Teoria en Psicoanálisis. In: **Correio da FEPAL**. São Paulo, SBPC,1988 p.68-82. [Proceeding of CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE PSICANÁLISE, Interpretação: a invariância do Método nas várias teorias e práticas clínicas, 17, São Paulo, 1988].
- MEZAN,R.-FREUD: A trama dos conceitos. In: OSÓRIO,C.M.S- **Doença do Pânico**. **Rev. Psiq.**, 9(2):90-93, 1987
- MORA,J.F.-**Dicionário de filosofia**. Barcelona, Alianza Editorial, 1982.

- MOREIRA,R.L.B.D.-Evitação fóbica associada a distúrbios de pânico: abordagem Integrada. **Rev. Bras. de Medicina**, **50(7)**:737-740, 1993.
- NEMIAH, J.- Anxiety: signal, symptom and syndrom. **In: ARIET,S. -American handbook of psychiatry**. 2ª ed. NY, Basic Books, 1975.
- NEWMAN,A.-Fear of Breakdwon. **In: Winnicott Studies**, 3. London, The Squiggle Foundation, 1988a
- NEWMAN,A.-The Breakdown that was: Winnicott and the fear of breakdown. **In: Winnicott Studies**, **5**:37-47. London, The Squiggle Foundation, 1988b.
- NEWMAN,A.-The Breakdown that was: part two, There is no such a thing as a baby. **The Winnicott Studies**, **6**:39-47. London, The Squiggle Foundation, 1988c.
- NEWMAN,A.-**Non-compliance in Winnicott's words**. London, Free Association Books Limited, 1995.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-**Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Trad. Dorgival Caetano, Porto Alegre, Artes Médicas, 1993. p.3;130-139.
- OSÓRIO,C.M.S-Doença do Pânico. **Rev. Psiq.**, **9(2)**:90-93, 1987.
- OUTEIRAL,J. -**Adolescente Borderline**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.
- OUTEIRAL,J. -**Adolescer**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.
- OUTEIRAL,J. org. -**Clínica psicanalítica de crianças e adolescentes**. Rio de Janeiro, Revinter, 1990.
- OUTEIRAL, J. -**Meros Ensaios**. Rio de Janeiro, Revinter, 1999.
- OUTEIRAL,J. & GRAÑA,R. org.. -**Donald Winnicott: estudos**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1991.

- OUTEIRAL, J. & ABADI, S. -**Donald Winnicott na América Latina: teoria e técnica e Psicanalítica**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1996.
- PINSENT, J. -**Mitos e Lendas da Grécia Antiga**. Edições Melhoramentos e Editora da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1976.
- QUINODOZ, J.M. -**A Solidão domesticada: A angústia de separação em Psicanálise**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993. p.85-94.
- RASCOVSKY, A. -**El Filicidio: La agresión contra el hijo**. Barcelona, Paidós, 1981.
- RIBEIRO, I. -A partir de um tópico sobre término da Análise, **In: BRAZIL, H.V. coord. – Psicanálise: problemas metodológicos**. Rio de Janeiro, Editora Vozes, 1975. p.79-99.
- RIBEIRO, J.C. -**Vocabulário e Fabulário da Mitologia**. São Paulo, Livraria Martins Editora, 1962.
- ROUSSILON, R. - Paradoxe et continuité chez Winnicott: la défense paradoxal. **In: BITTENCOURT, A.M.- O Paradoxo em Winnicott. ENCONTRO LATINO AMERICANO SOBRE O PENSAMENTO DE WINNICOTT, 3. Anais. Vol.2. Gramado, Rio Grande do Sul, 1994a. p.328-334**
- ROUSSILON, R. -Du paradoxe incontentable au paradoxe contenu. **In: BITTENCOURT, A.M.- O Paradoxo em Winnicott. ENCONTRO LATINO AMERICANO SOBRE O PENSAMENTO DE WINNICOTT, 3. Anais. Vol.2. Gramado, Rio Grande do Sul, 1994c. p.328-334**
- ROUSSILON, R. - Paradoxe et mentalisation du négatif. **In: BITTENCOURT, A.M.- O Paradoxo em Winnicott. ENCONTRO LATINO AMERICANO SOBRE O PENSAMENTO DE WINNICOTT, 3. Anais. Vol.2. Gramado, Rio Grande do Sul, 1994b. p.328-334**

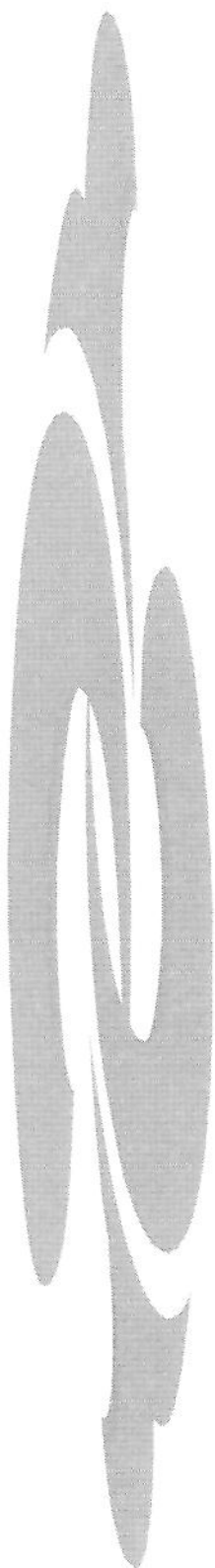
- SOARES,C.N. -Transtornos Dissociativos e Somatoformes. In: FRÁGUAS JR,R.ed. - **Psiquiatria e Psicologia no hospital geral: A clínica dos transtornos de pânico.** São Paulo, Lemos Editorial & Gráficos Ltda, 1994. p.75-84
- SOULI,S. -**Mitologia Griega.** Atenas, Toubis Ediciones, 1997
- TRINCA,W. -**A Personalidade Fóbica.** Campinas, Papirus, 1992
- TSCHIRNER,S.C.-**Compreendendo os pais para compreender uma criança.** São Paulo, 1993. (Dissertação de mestrado-PUCSP)
- TUSTIN,F. -**Autismo e Psicose Infantil.** Trad. Isabel Casson, Rio de Janeiro, Imago, 1975. p.92
- TUSTIN,F. -**Barreiras autistas em pacientes neuróticos.** Trad. Maria Cristina Monteiro, Porto Alegre, Artes Médicas, 1990. p.82
- TUSTIN, F.-**Estados Autísticos em Crianças.** Trad. Joseti Marques Xisto, Rio de Janeiro, Imago, 1984.p.94
- VALLER, E.H.R.-**A teoria do desenvolvimento emocional de D.W.Winnicott.** Rev. Bras. de Psican., vol.24(2):155-170, 1990
- VIEIRA,M. – Retorno do exílio. Rev. Veja, 37:14-15, 1995
- WINNICOTT,D.W. - A Capacidade para estar só. _____ - In: **O ambiente e os processo de maturação.** Trad. Irineo C.S. Ortiz, 3ª ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1990a. p. 31-37.
- WINNICOTT,D.W.-A criatividade e suas origens. In: _____ -**O Brincar e a Realidade.** Trad. Jose Octácio de Aguiar Abreu e Vaneide Nobre. Rio de Janeiro, Imago, 1975a. p.95-120.
- WINNICOTT,D.W. -**A família e o desenvolvimento do indivíduo.** Trad. Jane Correia. Belo Horizonte, Interlivros, 1980.

- WINNICOTT,D.W.-Agressão e sua relação com o desenvolvimento emocional. _____ -
In: Da Pediatria à Psicanálise. Trad. Jane Russo, 4ª ed.. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1993a. p.355-376
- WINNICOTT,D.W.-A importância do setting no encontro com a regressão na Psicanálise.
In: WINNICOTT,C.; SHEPHERED,R.; DAVIS,M., orgs. -Explorações Psicanalíticas. Trad. Jose Octavio de Aguiar Abreu, Porto Alegre, Artes Médicas, 1994a. p. 77-81
- WINNICOTT,D.W. - A integração do ego no desenvolvimento da criança. _____ - **In: O ambiente e os processo de maturação.** Trad. Irineo C.S. Ortiz, 3ª ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1990b. p. 55-61.
- WINNICOTT,D.W. - A mente e sua relação com o psique-soma. _____ - **In: Da Pediatria à Psicanálise.** Trad. Jane Russo, 4ª ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1993b. p. 409-426.
- WINNICOTT, D.W.-Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão dentro do setting psicanalítico. _____ - **In: Da Pediatria à Psicanálise.** Trad. Jane Russo, 4ª ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1993c. p.459-482.
- WINNICOTT,D.W.-A um correspondente americano. **In: _____ -O Gesto Espontâneo.** Trad. Luis Carlos Borges, São Paulo, Martins Fontes, 1990c. p. 159-160.
- WINNICOTT,D.W. - Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. _____ - **In: O ambiente e os processo de maturação.** Trad. Irineo C.S. Ortiz, 3ª ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1990d. p. 79-87.
- WINNICOTT,D.W.-Desenvolvimento emocional primitivo. _____ - **In: Da Pediatria à Psicanálise.** Trad. Jane Russo, 4ª ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1993d. p.269-286.
- WINNICOTT,D.W. - Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro Self. _____ - **In: O ambiente e os processo de maturação.** Trad. Irineo C.S. Ortiz, 3ª ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1990e. p. 128-139.

- WINNICOTT,D.W -Medo do colapso [Breakdown]. In: WINNICOTT,C.; SHEPHERED,R.; DAVIS,M., orgs. -**Explorações Psicanalíticas**. Trad. Jose Octavio de Aguiar Abreu, Porto Alegre, Artes Médicas, 1994b. p. 70-76.
- WINNICOTT,D.W.-Melanie Klein: Sobre o seu conceito de inveja. In: WINNICOTT,C.; SHEPHERED,R.; DAVIS,M., orgs.-**Explorações Psicanalíticas**.Trad. Jose Octavio de Aguiar Abreu, Porto Alegre, Artes Médicas, 1994c. p. 340-347
- WINNICOTT,D.W. -**Natureza Humana**. Trad. Davi L. Bogomoletz. Rio de Janeiro, Imago, 1990f.
- WINNICOTT,D.W.-Notas sobre retraimento e regressão. In: WINNICOTT,C.; SHEPHERED,R.; DAVIS,M., orgs. -**Explorações Psicanalíticas**. Trad. Jose Octavio de Aguiar Abreu, Porto Alegre, Artes Médicas, 1994d. p.116-118.
- WINNICOTT,D.W.-Objetos e fenômenos transicionais. In: _____ -**O brincar e a realidade**. Trad. Jose Octávio de Aguiar Abreu e Vaneide Nobre. Rio de Janeiro, Imago, 1975b. p.13-46.
- WINNICOTT,D.W.-O brincar: a atividade criativa do Eu (self). In: _____ -**O brincar e a realidade**. Trad. Jose Octávio de Aguiar Abreu e Vaneide Nobre. Rio de Janeiro, Imago, 1975c. p.79-94.
- WINNICOTT,D.W.-O brincar: uma exposição teórica. In: _____ -**O brincar e a realidade**. Trad. Jose Octávio de Aguiar Abreu e Vaneide Nobre. Rio de Janeiro, Imago, 1975d. p.59-78.
- WINNICOTT,D.W.-O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva. In: WINNICOTT,C. et al., org. -**Explorações Psicanalíticas**. Trad. Jose Octavio de Aguiar Abreu, Porto Alegre, Artes Médicas, 1994e. p.151-156.
- WINNICOTT,D.W.-O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família. In: WINNICOTT,C.; SHEPHERED,R.; DAVIS,M., orgs. - **Explorações Psicanalíticas**. Trad. Jose Octavio de Aguiar Abreu, Porto Alegre, Artes Médicas,1994f. p. 102-115.

- WINNICOTT,D.W. – O desenvolvimento da capacidade de se preocupar. _____ - **In: O ambiente e os processo de maturação.** Trad. Irineo C.S. Ortiz, 3ª ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1990g. p. 70-78.
- WINNICOTT,D.W.-O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. **In:** _____ - **O brincar e a realidade.** Trad. Jose Octácio de Aguiar Abreu e Vaneide Nobre. Rio de Janeiro, Imago, 1975e. p.153-161.
- WINNICOTT,D.W. -**Os bebês e suas mães.** Trad. Jefferson Luiz Cmargo, São Paulo, Martins Fontes, 1988.
- WINNICOTT,D.W.-O uso de um objeto e relacionamento através de identificações. **In:** _____ -**O brincar e a realidade.** Trad. Jose Octácio de Aguiar Abreu e Vaneide Nobre. Rio de Janeiro, Imago, 1975f. p. 121-132.
- WINNICOTT,D.W.-Preocupação materna primária. _____-**In: Da Pediatria à Psicanálise.** Trad. Jane Russo, 4ª ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1993f. p.491-498
- WINNICOTT,D.W. – Provisão para a criança na saúde e na crise. _____ - **In: O ambiente e os processo de maturação.** Trad. Irineo C.S. Ortiz, 3ª ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1990h. p. 62-69.
- WINNICOTT,DW.-Psicose e cuidados maternos ._____-**In: Da Pediatria à Psicanálise.** Trad. Jane Russo, 4ª ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1993g. p.375:387
- WINNICOTT,D.W.-Recordações do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. _____ - **In: Da Pediatria à Psicanálise.** Trad. Jane Russo, 4ª ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1993h. 313-340.
- WINNICOTT,D.W.-Retraimento e regressão. _____-**In: Da Pediatria à Psicanálise.** Trad. Jane Russo, 4ª ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1993i. p.427- 436.

- WINNICOTT,D.W.-Sobre as bases para o self no corpo. **In:** WINNICOTT,C.; SHEPHERED,R.; DAVIS,M., orgs. -**Explorações Psicanalíticas**. Trad. Jose Octavio de Aguiar Abreu, Porto Alegre, Artes Médicas, 1994g. p.203-211.
- WINNICOTT,D.W -Sobre os elementos masculinos e femininos ex-cindidos encontrados em homens e mulheres. **In:** WINNICOTT,C.; SHEPHERED,R.; DAVIS,M., orgs. - **Explorações Psicanalíticas**. Trad. Jose Octavio de Aguiar Abreu, Porto Alegre, Artes Médicas, 1994h. p.133-143.
- WINNICOTT,D.W. - Teoria do relacionamento paterno-infantil. _____ - **In:** **O ambiente e o processo de maturação**. Trad. Irineo C.S. Ortiz, 3ª ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1990i. p.38-54.
- WINNICOTT,D.W -Transtorno [disorder] psicossomático I: a enfermidade psicossomática em seus aspectos positivos e negativos. **In:** WINNICOTT,C.; SHEPHERED,R.; DAVIS,M., orgs. -**Explorações Psicanalíticas**. Trad. Jose Octavio de Aguiar Abreu, Porto Alegre, Artes Médicas, 1994i. p. 82-90.
- WINNICOTT,D.W -Transtorno [disorder] psicossomático II: notas adicionais sobre transtorno psicossomático. **In:** WINNICOTT,C.; SHEPHERED,R.; DAVIS,M., orgs. -**Explorações Psicanalíticas**. Trad. Jose Octavio de Aguiar Abreu, Porto Alegre, Artes Médicas, 1994j. p. 91-93.
- WINNICOTT,D.W.-Variedades clínicas da transferência. _____-**In:** **Da Pediatria à Psicanálise**. Trad. Jane Russo, 4ª ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1993j. p.483-490.
- WINOGRAD,B. - El Método Analítico. **In:** **Correio da FEPAL**. São Paulo, SBPC,1988. p.22-36. [Proceeding of CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE PSICANÁLISE, Interpretação: a invariância do Método nas várias teorias e práticas clínicas, 17, São Paulo, 1988].



7. ANEXOS

CASO I

1.1. APRESENTAÇÃO

A apresentação deste caso foi feita no item Sujeitos, Pg..

1.2.ENCAMINHAMENTO

Em função do baixo rendimento pedagógico que a adolescente vinha apresentando, a coordenadora da escola onde X estudava chamou-a, juntamente com sua mãe, para conversarem. Ao ser questionada sobre isto, X respondeu para a mãe e para a coordenadora que seu baixo desempenho escolar era devido à uma dificuldade de prestar atenção às aulas por estar se sentindo mal. Nesta conversa, X comentou que já havia se queixado sobre este "sentir-se mal" com a mãe, mas que esta não deu muita atenção para sua queixa.

A coordenadora entendeu que a adolescente estava aflita e encaminhou-as (mãe e filha) para uma consulta com uma psicóloga de sua confiança - em uma clínica psicológica onde atendiam duas psicoterapeutas a fim de que fosse feita uma avaliação psicológica de sua condição emocional. Mãe e filha saíram da escola e dirigiram-se para a clínica psicológica indicada.

Chegando ao andar térreo do edifício do consultório, procuraram pelo nome da psicóloga indicada, mas quem as atendeu foi a outra psicóloga. A mãe solicitou que fossem atendidas imediatamente, ao que a psicóloga atendeu. Agarrada no braço da mãe, sem soltar, as três subiram as escadas até o andar de cima.

A psicóloga pediu para conversar primeiro com a mãe, a sós, e que a adolescente aguardasse sozinha na sala de espera do consultório.

T: *"Como é para você aguardar minha conversa com sua mãe?"*

X: *"Tudo bem, eu aguardo".*

1.3. RELATO DAS SESSÕES

Primeira entrevista com a mãe

Mãe: *"Não entendo o que está acontecendo. Eu, meu marido e meus três filhos temos um relacionamento ótimo! A X foi nossa primeira filha, ela tem dois anos e meio de diferença com a segunda irmã e do irmão caçula, cinco anos. A X teve babá, foi cuidada por ela, porque eu tive dificuldade de cuidar dela."*

T: *"Que dificuldade foi esta?"*

Mãe: *"Eu trabalhava fora, até que minha segunda filha tivesse dois anos. Parei de trabalhar para cuidar das meninas porque a pessoa que cuidava delas foi para outro Estado. Eu não confiava em mais ninguém para cuidar das meninas. Aí nasceu meu terceiro filho. Atualmente é que faço um trabalho filantrópico. Quando fico sabendo que há uma creche com problemas e dificuldades, vou até lá, organizo, resolvo e, quando está tudo bem, saio. Quando tem outra creche precisando de mim, vou também, organizo e saio, e assim por diante."*

Aos 11 anos, X percebeu que tinha uma altura inferior a de seus colegas porque era sempre a primeira da fila na escola. Ela quis fazer um tratamento endocrinológico para crescer, eu atendi seu pedido. Notei que nessa época ela começou a sentir-se mal."

Nos últimos dias, ela não está conseguindo ir à aula, estudar e fazer provas. Eu não cobro nada dela. Já disse que se ela não quiser estudar mais, é só dizer que eu deixo ela parar. Assim, eu não tenho mais que continuar pagando o preço da escola. Ela pára de estudar, vai trabalhar meio período e tudo bem."

Ela tem dezesseis anos, está no terceiro colegial, é uma aluna que sempre tirou cinco e meio e seis, sempre esteve na média..., nunca foi excelente aluna..., eu nunca cobre que ela fosse..., tudo bem..."

Vou comentar um caso, não sei se isso é importante ou não, mas talvez possa ter influenciado, acho que é importante... Eu fui adotada. Minha mãe não é minha mãe verdadeira. Minha mãe mesmo, morreu quando eu era pequena. Fui dada para uma família que só tinha filhos homens. Quem fez questão de me adotar foi meu pai adotivo,

para ter uma filha mulher. Minha mãe adotiva, nunca me quis e nunca me deu atenção. A condição para minha adoção foi que eu jamais poderia ter contato com minha família biológica. Conteí isso para X quando ela tinha onze anos, não sei se isso influenciou no que está acontecendo com ela agora."

Obs.: A terapeuta observou, nesta entrevista, que a mãe fez questão de apresentar a família como "uma família sem problemas", pois as necessidades dos filhos eram sempre atendidas. Por este motivo, não podia compreender que as dificuldades da adolescentes seriam procedentes de qualquer dificuldade e(ou) responsabilidade dos pais. A terapeuta observou que a mãe se referia às dificuldades e pedidos de X com hostilidade, e que contava os fatos de sua vida sem demonstrar qualquer tipo de emoção. Em seguida, a terapeuta chamou a adolescente.

1ª sessão

X Entrou agitada na sala de atendimento, sentou-se, cruzou as pernas, e mexeu no tênis o tempo todo (amarrando-os e desamarrando-os sem parar).

X: *"Me sinto muito mal, muito mal mesmo. Alguma coisa me dá um medo muito grande. (fala chorando). Não posso sair de casa. Se saio me sinto muito mal. Não sei dar nome ao que sinto. Sei que , apavorante. Na escola não consigo me fixar na aula. Não quero que as pessoas e meus amigos percebam como estou me sentindo. Eu não falo para as pessoas o que eu sinto. Não quero que tenham dó de mim. Prefiro não ir aos passeios porque tenho receio de me sentir mal. Por exemplo, se tem um bailinho, eu não vou porque tenho receio de me sentir mal. Se tem um passeio da escola, eu também não vou por causa desse medo. Mas minha irmã vai. Não vou com ela porque sei que vou atrapalhar porque se eu me sentir mal, tenho que voltar e se eu volto, ela tem que voltar também. Então não vou. Não vou, mas fico esperando que ela volte para me contar como foi".*

X despediu-se e marcou-se o horário das 17:00 hs para o dia seguinte.

Obs.: A terapeuta observou nesta primeira sessão com X que ela precisava falar sobre seus medos. *"Parecia possuída por medos"* - comentou a terapeuta. Observou também que X encontrava-se extremamente insegura e envergonhada pela condição emocional em que se encontrava e que demonstrava intenso sofrimento.

2a sessão

No dia seguinte, X chegou no consultório às 16:00 hs junto com a irmã para confirmar o horário da sessão. Às 17:00 hs, voltou com a mãe. Ao entrar, parecia mais tranqüila.

X: *"Acredito que meu problema seja emocional porque eu não consigo falar. Hoje, pela manhã, me senti mal na aula. Isto geralmente acontece quando os professores estão explicando matéria nova e eu fico achando que vou ter dificuldade para entender. Não consigo me fixar. No sábado eu fui a um baile com uns amigos e comecei a me sentir mal. Quando percebi que as coisas iam piorar, pedi para minha irmã chamar meu pai para ir nos buscar. Acho que uma coisa mexeu comigo, quando minha empregada, à tarde, comentou o caso de um rapaz que havia falecido em maio/91. Quando ela contou, eu comecei a me sentir mal e entrei em crise. Odiei a empregada, porque eu achava que isto não acontecia com os jovens, nem comigo nem com os mais chegados. Isto só acontecia com os outros... Você vê, no final do ano, faleceram duas amigas minhas e eu não sofri tanto. E a empregada fala de um rapaz que eu nem conhecia e como é que eu sofri tanto agora? Faleceu também minha avó, mas eu não senti. Também, ela não me tratava como neta... Esta avó é mãe adotiva da minha mãe. Ela só queria bem a um neto mais velho e a minha irmã, o resto não existia. Esta avó fazia com que meus pais brigassem, entrassem em conflito. Eu digo isso para todos, eu não escondo de ninguém que não gostava da minha avó. A outra avó não cheira e nem fede. O mérito dela, foi ela ter um reconhecimento no fato de ter batalhado para criar os filhos e dar a eles uma vida melhor, mas só por aí. Não é uma avó legal".*

T: *"E o que seria uma avó legal?"*

X: *"Seria aquela que liga para as crianças, que pergunta se precisa de ajuda quando alguém adoece, que fica sempre junto em qualquer situação. Não falo isso pro meu pai porque sei que ele ficaria chateado. Da mãe da minha mãe eu falo, não tenho receio.*

Meu pai tem um comércio e eu trabalhei com ele nas férias. Fazia cálculos, estava bem. Percebo que essas crises acontecem mais em período de aula do que em férias. Fui para a praia, não me senti mal, pude aproveitar. Logo no Carnaval, tive uma crise, e a partir daí continuei me sentindo mal e piorei em maio. Aí veio uma crise muito forte. Tentei fazer aeróbica porque me disseram que era bom para relaxar, mas acabei abandonando o curso porque me sentia muito mal. Tenho vontade de fazer patinação por prazer, não como a aeróbica que me mandaram fazer, mas tenho medo de fazer, ficar pior e ter que abandonar. E tem a faculdade que está perto. E eu tenho que decidir o que fazer, porque eu não decidi ainda. Estou muito confusa... (chora muito). Já estamos em setembro, tenho que fazer inscrição para o vestibular e ainda nem sei o que fazer. Nem sei ainda se vou passar de ano!"

Obs.: X, neste momento, estava muito agitada, aflita e chorava muito.

T: *"Você está me falando das coisas que tenta fazer e que não está conseguindo. Para você, tudo tem que sair certinho, você não aceita falhas. Você não pode experimentar, começar fazer alguma, sentir que tem dificuldade e abandonar. Você tem que ir com a certeza de que vai dar certo"*.

Terminada a sessão, X dirigiu-se à mãe, que estava sentada na sala de espera, despediram-se e foram embora.

Obs.: A terapeuta observou que X apresentava uma cobrança interna intensa e percebia que não podia cumprir com o REFERENCIAL ideal, proposto por ela mesma. Nesta sessão, podemos observar também, que X tentava compreender sua condição emocional, mas não conseguia pois esta se apresentava contraditória e até mesmo paradoxal. X tentava compreender os significados contidos nas REFERÊNCIAS de sua família e a atitude das PESSOAS-REFERÊNCIA à sua volta. X pedia ajuda, mas não conseguia compreender o que significava ser ajudada, nem que recursos internos e externos dispunha para que isto ocorresse.

3a sessão

A terapeuta observou que X estava sozinha na sala de espera, e que estava muito aflita. A Ao ser chamada, X entrou na sala de atendimento, jogou-se no divã e em seguida sentou-se.

X: *"No final de semana não me senti bem. Houve momentos que eu pude aproveitar, mas na maioria não. Não pude aproveitar minha juventude"...*

T: *"Você fala como se estivesse velha"...*

X: *"Mas eu não aproveito mesmo. Tenho que esperar minha irmã para saber as novidades do teatro e do cinema. Eu não consigo dormir enquanto ela não chega. Eu sou diferente de todos os meus amigos, mas não quero que tenham pena de mim. Só falo que estou mal quando não consigo segurar sozinha. Minha mãe não acredita que eu esteja tão mal assim. Nunca ouvi falar de alguém que tivesse isso"...*

T: *"Você me parece um bebê invadido de estímulos que não consegue discriminar".*

X: *"Lembro que isto começou aos 11 anos quando tirei duas notas vermelhas. Sempre tive nota na média, nunca fui uma Rui Barbosa, mas me senti muito mal de ter tirado estas duas notas vermelhas. Isto nunca tinha acontecido. Nesta época, comecei a sentir uma sensação de não me sentir em meu próprio corpo. Estou sentindo isto neste momento".*

X ficou agitada. Esfregava as pernas com as mãos, chorava, e parecia sofrer muito. A terapeuta relatou, que sentiu uma sensação forte de choro sufocado, e teve a sensação de que X necessitava ser pega no colo. A terapeuta entendeu que estas sensações poderiam ser reativas à um tipo de comunicação compreendida contra-transferencialmente e falou:

T: *"Parece que você está sentindo uma coisa muito ruim... de mal-estar, de vontade de chorar e que se assim o fizer as coisas vão desabar"...*

X: *"Não. Não sinto isso".*

X deu esta resposta, olhando fixamente para a terapeuta como que aguardando alguma reação desta e disse:

X: "Estou sofrendo".

T: "Me fala do seu passado".

Após solicitar este relato da paciente ("me fala sobre seu passado"), a terapeuta percebeu que sua solicitação ficou fora de contexto, que esta serviu para fugir da situação de angústia que se apresentava naquele momento, porque a própria terapeuta não a estava suportando. Entretanto, observou que a paciente sorriu e se aliviou com a solicitação.

X: "Era gostoso, a gente brincava".

X permaneceu pensativa e sorrindo por alguns instantes e falou:

X: "Estou bem agora. Estou em meu corpo".

T: "Você está sentindo uma série de coisas ruins, mas esconde, ninguém pode saber disto. Você diz sua mãe não entende, mas você também não conta. Parece que você sente que tem coisas muito ruins, porcaria mesmo, por isso tem que esconder. Você não quer precisar de ninguém. Você não quer ajuda para aprender andar, tem que aprender sozinha. Que ajuda que você não quer, ou qual ajuda você quis muito e não teve"?

X: Respondeu chorando. "Eu quis ajuda, eu pedi ajuda. Desde os 11 anos que eu sinto essas coisas. Quando eu sinto, peço ajuda para minha mãe. Quero a presença dela nesses momentos. A presença da minha mãe é importante. Mesmo que ela não diga nada, não importa, a presença dela é importante. Minha mãe nunca está, e se está não quer atender meu pedido, não acredita em mim. É dela que eu preciso, que eu confio. Ela é importante nestas horas".

T: *"Parece que a sua mãe não corresponde com a mãe que você quer ter ou precisaria ter. Ela não pode ou não consegue dar o que você precisa".*

X: *"Eu gostaria que minha mãe compreendesse o que eu estou sentindo e sofrendo. Eu não estou conseguindo fazer nada... nem me alimentar direito, não consigo comer"...*

T: *"Você gostaria que eu conversasse com ela"?*

X: *"Sim, por favor, seria ótimo".*

T: *"Eu gostaria de falar com ela. Primeiro para pedir a ela para levar você ao médico e fazer uma avaliação clínica. Segundo, para poder colocá-la a par do que acontece com você, ou seja, que você está precisando da ajuda dela, da presença dela, que você não está fingindo. Além disso, eu gostaria de saber mais dados sobre seu nascimento, desenvolvimento, de eventuais doenças que você tenha tido, de como foi sua vida até aqui. O que você acha"?*

X: *"Eu quero".*

A sessão foi encerrada.

Obs.: Nesta sessão, X demonstrou como tentava fugir da situação insuportável de angústia que a invadia. Disse, também, que necessitava da presença e do carinho de sua mãe para contê-la. A terapeuta conseguiu compreender a angústia e aflição da adolescente e pensou que se comunicasse sua compreensão à mãe da adolescente, esta poderia compreendê-la da mesma forma que a terapeuta, e poderia ajudá-las (X e terapeuta) no processo psicoterápico.

Segunda sessão com a mãe

A terapeuta solicitou a presença de ambos os pais. Alegando motivo de trabalho, o pai não compareceu. Veio somente a mãe.

T: *"Chamei você aqui para saber de alguns dados sobre o desenvolvimento de X. Gostaria de saber como foi até então".*

Mãe: *"X foi uma filha desejada, programada e seu desenvolvimento foi normal. Houve um problema. X nasceu com displasia congênita de bacia. Teve que usar um aparelho durante um ano mais ou menos, até começar a andar. Ficou sem movimentação nas pernas até um ano. Durante esse tempo a babá cuidou. Era ruim de pegar a criança no colo por causa do aparelho. Assim, ela ficava mais no berço do que no colo".*

T: *"Como foi quando ela tirou o aparelho"?*

Mãe: *"Não teve problema nenhum para andar".*

T: *"Gostaria de pedir à senhora que fizesse uma avaliação clínica de X"....*

Mãe: *"Já a levei a um clínico geral. Fez todos os exames, e tudo deu negativo. O médico disse que ela está bem, só que ele queria receitar uns remédios muito fortes. Imagine que eu vou dar remédio forte para minha filha! Fui procurar outro médico de minha confiança. Ele me indicou um médico que exerce medicina alternativa. Uma medicina hindu".*

T: *"Como é feito esse tratamento"?*

Mãe: *"É um tratamento natural. Ela tem que tomar de manhã, em jejum suco de limões. Essa dosagem deve ser aumentada gradativamente. A alimentação deve ser uma sopa de legumes com ervas. O tratamento deve ter início pelo intestino. Tem que começar por uma limpeza orgânica, para seguir outros passos depois. X começou esse tratamento há uma semana e temos retorno daqui a seis dias para avaliar como ela está".*

T: *"X tem comentado que precisa muito da sua presença. Ela tem sofrido muito e sente-se melhor com a sua companhia".*

Mãe: *"Tenho notado que ela tem solicitado muito minha presença. Algumas vezes não tenho atendido, porque acredito que se eu ficar dando muita atenção a ela nesse sentido, ela não vai sair de onde está. Dar muito carinho, eu acho, impede o crescimento. Acho também que eu já dei muito de mim para meus filhos e acabei me anulando em função disto. A mãe tem que dar um limite para isto. Eu também tive carinho da minha mãe mas queria muito mais".*

Em seguida, a mãe passou a falar sobre sua própria vida, sobre como ela ajudava as pessoas das instituições carentes, promovendo bingos, e outras formas de conseguir dinheiro para ajudar as crianças. Desviou o assunto e não quis mais fornecer e(ou) comentar sobre a filha. Encerrou-se a sessão.

Obs.: Nesta entrevista, a terapeuta relata ter tido a impressão de que a mãe não conseguia perceber como a filha se sentia nem do que ela precisava. Parecia, segundo a terapeuta, que ela se colocava à disposição da filha, como fazia nas creches e instituições carentes: para dar informações, orientações e REFERÊNCIAS. Havia disponibilidade da mãe para ajudar a filha, mas somente do ponto de vista técnico e REFERENCIAL, ou seja, levar a médicos, suprir necessidades físicas, mas não havia disponibilidade de suprimento emocional. Além disso, para a mãe, era imprescindível que a filha cumprisse as determinações dadas pelas REFERÊNCIAS, que ela entendia como 'corretas'. A terapeuta observou que ela não conseguia mostrar e também que não adiantava orientar a mãe de que sua filha tinha outras necessidades, quando estas não estava dentro das REFERÊNCIAS da mãe.

4a Sessão

X: *"Passei muito mal este final de semana. Fui buscar ajuda na mulher espírita porque vira que mexe estou com "encosto". Vou lá para aliviar. Chegando lá, a mulher recebeu um espírito dizendo que era uma criança que queria me ajudar e estava me atrapalhando. Voltei para casa pior do que fui. Minha mãe proibiu que eu procurasse este tipo de ajuda".*

T: *"Como foi que você chegou até lá"?*

X: *"Foi a empregada que me levou. Meu pai propôs que fossemos pescar para eu me sentir melhor, mas eu não fui porque não tinha ido à aula. Então eu pensei: se eu não estava bem para ir à aula, não poderia estar bem para passear.*

Quando estou muito mal, tento pensar em outras coisas. Estou tentando encontrar um jeito de me sentir menos mal. Vejo novela e isso me distrai. Consigo me sentir menos mal. Eu não sinto as pernas, o corpo. Se eu tenho que ir a algum lugar, não sinto o corpo indo. Só a cabeça guia".

T: *"Parece que você tem que ter a sensação do corpo inteiro o tempo todo".*

X: *"Quando estou mal só tenho razão, não sinto. Só a cabeça funciona. Meus pais é que são fortes. Eles nunca demonstram se estão sofrendo ou não. Nas situações mais difíceis eles mostram o rosto calmo, dizendo: "está tudo bem".*

T: *"Você vê seus pais como heróis. Parece que você entende que aqueles que não demonstram sentimentos são fortes. Este para você é um comportamento correto, de gente forte. Isto você não está podendo fazer".*

Segundo a terapeuta, X permaneceu em silêncio, absorta, na maior parte do tempo da sessão. Parecia que estava se sentindo mal, mas não mencionou. Parecia que estava imersa em sensações e pensamentos, e não ouvia o que estava sendo dito.

Encerrou-se a sessão.

Obs.: X mostrou claramente nesta sessão, sua dissociação psico-somática, e como tentava fugir da angústia mobilizada por esta, 'distraindo-se'. Mostrou, também, como se posicionava quanto aos seus sentimentos e com relação às pessoas, ou seja, quando não correspondia com o que esperavam dela, punia-se, evitando ter prazer e buscava ajuda para ser uma "pessoa forte", utilizando as REFERÊNCIAS dadas por PESSOAS-REFERÊNCIA.

5a Sessão

X: *"Estou me sentindo mal. Não consegui ir à escola hoje. Meu pai está"....*
(pensou um pouco na palavra que ia usar).

T: *"Você já o viu desta forma"?*

X: *"Não. Eu o vejo desesperado"* (enche os olhos de lágrima emocionada). *"Ele diz que não faz mal que eu perca o ano. Ele só queria que eu reagisse, que eu fosse à escola, mesmo que eu voltasse por não estar bem, mas que eu tentasse ir. Ele me falou que teve muitas dificuldades, que ele enfrentou e conseguiu vencer na vida. Mas eu sabia que não ia me sentir bem, então não fui. Estou me sentindo mal, não estou sentindo o corpo, as pernas, estou com a sensação de irrealidade, como é que eu posso ir à aula? Fui fazer compras com a minha mãe. Ela ia sair, eu pedi para ela não ir, mas ela disse que tinha que ir. Então fui junto. Fomos ao mercado e eu consegui pesar as frutas sozinha, sem ficar olhando se minha mãe estava por perto ou se havia ido embora. Mas não é sempre assim. As vezes eu não consigo. Tenho que estar junto com alguém. Quando estou mais ou menos, consigo substituir minha mãe por alguém conhecido em quem confio. Mas quando estou muito mal só consigo ficar com minha mãe. Não faço nada sozinha".*

T: *"Você me parece uma criança que precisa da mãe para seus primeiros contatos com a vida: aprender a andar, experimentar tudo através dela".*

X: *"Até meu irmão que é mais novo que eu consegue fazer tudo o que tem vontade. Eu tenho tudo, não tenho dificuldades mas não consigo aproveitar".*

T: *"Você falou-me do seu pai, que teve muitas dificuldades para vencer. É desta dificuldade que você me fala"?*

X: *"É esta mesmo. Minha mãe é quem consegue tudo. Com sua ajuda conseguiu reerguer algumas creches. Tem um ideal e vai até o fim com eles. Eu não tenho nenhum ideal. Minha mãe teve uma vida muito difícil. O meu pai (ato falho), quer dizer, meu avô, quando adotou a minha mãe queria uma filha mulher e minha avó queria salvar um casamento e minha irmã (ato falho), quer dizer minha mãe serviu para isso. Minha avó não foi boa mãe. Deixava minha mãe só e ia viajar. Não foi boa mãe. Minha mãe sofreu e mesmo assim conseguiu".*

T: *"Sua mãe apesar de ter sofrido muito, conseguiu superar. Você apesar de ter tudo, não está conseguindo. Parece que você sente assim. No entanto há um ponto em comum: você e sua mãe sentem-se abandonadas. Com a diferença que você pode dizer isso para alguém, aqui dentro p.ex..., e sua mãe nunca pode admitir isso, por ter a missão de ser forte. Sua mãe teve três abandonos. A mãe biológica que morreu; o pai biológico que a doou, e a mãe adotiva ausente. Apesar dessas dificuldades, você acha que ela superou tudo. Parece que para começar a viver as dificuldades, você tem que ficar órfã também".*

X: *"Gostaria de ter mais sessões por semana".*

Encerrou-se a sessão e a terapeuta ficou de ver horários. X ligou cancelando a sessão seguinte porque tinha consulta com o médico hindu e pediu reposição da sessão. Assim foi feito.

Obs.: Nesta sessão, X mostrou quais eram as REFERÊNCIAS que constituíam sua identidade e quais eram as PESSOAS-REFERÊNCIA que as mantinham: seu pai, que teve dificuldades e as superou; e sua mãe que foi abandonada e nem por isso sofreu como ela estava sofrendo. Observou-se (pelos atos falhos) que X reconhecia inconscientemente sua condição de abandono e desamparo e que não podia nem sabia ficar só. Precisava ser cuidada por sua mãe, mas na falta desta, ou de suas REFERÊNCIAS, tentava suprir sua necessidade emocional e afetiva por qualquer outra PESSOA-REFERÊNCIA que as fornecesse. Podemos compreender seu pedido de mais sessões como uma tentativa transferencial de ser suprida emocionalmente pela terapeuta.

6a sessão

X: *"Fui ao médico na quarta-feira. Ele receitou alguns medicamentos para fazer na farmácia de manipulação".*

T: *"Para que são esses medicamentos"?*

X: *"Não sei. Ele disse que começariam fazer efeito daqui a uns doze dias".*

T: *"Efeito de quê"?*

X: *"Não sei. Desta vez eu confiei no médico. O consultório dele é como uma miniatura de um templo. Lá dá uma paz muito grande. Tem incenso, sons, cheiros. Gostei muito".*

Parou de falar. Pensou um pouco e disse:

X: *"Hummm, deixa ver do que eu vou falar. Minha avó, mãe do meu pai mora com meu outro tio. Esse tio trabalhava com meu pai em sociedade. Meu pai fazia a parte de compra e entrega, e meu tio cuidava da parte administrativa. Percebi que tinha algumas coisas erradas. Meu tio fazia umas anotações estranhas. Eu desconfiava que meu pai estava sendo lesado. Minha mãe também imaginava isso, mas não podíamos falar com meu pai sobre isso, porque ele não acreditaria, ou ficaria magoado. Meu pai e meus tios são muito unidos. Estamos sempre juntos, mas meus primos, filhos desses tios, são muito "machões", eles sabem de tudo, eles fazem de tudo e eu e meus irmãos somos comparados com eles o tempo todo. Meus primos fazem, e nós temos de fazer também. Apesar disto, tenho melhor relacionamento com estes primos do que com os primos por parte da minha mãe. Minha mãe não é unida com os irmãos dela.*

Sabe, por causa dos meus problemas, dos meus medos, perdi minha melhor amiga. Ela ficou estranha comigo, foi se distanciando, e perdemos a amizade. Agora, só posso contar com minha mãe e minha irmã."

Encerrou-se a sessão.

Segundo a terapeuta, apesar das queixas, X parecia menos angustiada e mais confiante nesta sessão, pois falava e se expressava de forma solta e até mesmo alegre.

Obs.: Nesta sessão, X mostrou como era crítica, e que percebia, que as coisas funcionavam além das aparências (as traições). Porém, não fazia uso de sua percepção, de suas próprias referências. X aderiu às REFERÊNCIAS (do médico, dos primos, da mãe e da irmã e de outros). Com isto, sentia-se melhor.

7ª Sessão

X: *"Estou me sentindo melhor. Não estou com a sensação de estar fora do corpo".*

T: *"Vamos aproveitar que você está melhor hoje, para comentar o que conversei com sua mãe. Um fato que eu considere importante que sua mãe comentou é que até um ano de vida mais ou menos, você ficou imobilizada, com as pernas fixas, por causa de um aparelho que usou nas pernas, em função de uma displasia de bacia congênita".*

Segundo a terapeuta, X ficou surpresa com este comentário, pois sua mãe nunca fizera referência a ele, ela não sabia deste fato. Seus olhos brilharam como se tivesse sido feita uma grande revelação. Com esta surpresa, pareceu tanto para a terapeuta quanto para X que essa era uma chave importante para o conhecimento do mistério de seus sentimentos. Com isso, a terapeuta percebeu que ambas (terapeuta e paciente) buscavam uma explicação, algo concreto, uma REFERÊNCIA que pudesse fornecer algum tipo de compreensão para os motivos de seu sofrimento. "É como se tanto X como eu tivéssemos encontrado a chave do mistério" - comentou a terapeuta em supervisão.

X: *"Eu me lembro que dos 5 aos 6 anos eu usava uma bota na hora de dormir para imobilizar meus pés. De quando eu era bebê eu não me lembro e não sabia".*

Com esta 'nova' informação - ou com esta 'nova' referência - a terapeuta observou que X ficou perdida, sem saber o que pensar, sentir e como reagir. Isto foi observado pela terapeuta, não somente com relação às informações e referências, mas também com relação à sua reação quando era solicitado seu parecer sobre seus próprios

desejos e sentimentos, ou seja, sobre suas próprias referências. Nestes momentos, X parecia 'branca', 'vazia', 'oca', não sabia dizer se era bom ou ruim, ou até mesmo que tipo de sentimentos e/ou idéias (próprias) surgiam: X parecia não ter identidade e respondia apenas, que sentia-se perdida, insegura e também que sentia-se mal.

8a Sessão

X: *"Estou bem melhor. Sei disso porque meus pais precisaram sair e eu nem me opus nem quis ir junto. Fiquei apreensiva mas não desesperada".*

T: *"Geralmente é assim"?*

X: *"Eu gosto de sair de casa mas meu desespero aumenta só de pensar que posso me sentir mal. Preciso me sentir segura e em casa é o melhor lugar. Não gosto que ninguém saia, isso me deixa insegura. Caso alguém tenha que sair entro em desespero, grito, choro, peço para ninguém sair. Quando é inevitável me levam junto".*

T: *"E você vai bem, com eles"?*

X: *"Não, eu vou porque não tem outro jeito. Mas é um sofrimento. Sair de casa é muito sofrido para mim. Quando alguém sai é igual ou pior"...*

"Estou feliz. Não fui à escola hoje porque tinha provas. Sei que ia tirar nota péssima caso fizesse esta prova por que não estou conseguindo estudar e nem me fixar em nada. Desisti, porque se eu fosse fazer a prova e tirasse nota baixa, perderia minha chance. Não indo à escola agora, ficando em casa e estudando enquanto estou insegura, acho que posso me sair melhor, porque posso fazer prova substitutiva depois. Mas eu acho que não tenho chances este ano. Meu pai me cobrou a atitude de ir à aula. Ele acha que eu deveria ir mesmo que não passe de ano. Só o fato de ir já estaria bom para ele. Meu pai disse que meu irmão já foi reprovado duas vezes e que não aconteceu nada com ele. Fiquei muito brava com meu pai porque se repetir de ano não tinha problema para meu irmão, porque teria para mim?".

"Acho que estou melhor por causa do remédio. O médico deu doze dias para começar o efeito, mas já está acontecendo".

A terapeuta observou que sua melhora era visível, mas que ela atribuía essa melhora a um fator externo, ou seja: o remédio. A terapia e seus próprios recursos, segundo a terapeuta, estavam sendo desvalorizadas.

Obs.: Podemos observar que a medicação era uma REFERÊNCIA da mãe que servia como amparo e segurança pois gerava a ilusão de estar sendo cuidada por ela. Esta ilusão de apoio e segurança dada pela REFERÊNCIA da PESSOA-REFERÊNCIA mais importante de sua vida, proporcionava um adiamento do exame das questões familiares e do vínculo dela com a mãe que vinham sendo vistas até então. Além disso, a REFERÊNCIA e continência do pai, ao permitir que ela fosse reprovada na escola, trazia alívio da cobrança interna. Isto significava para X um amparo e apoio emocional. Pudemos compreender que a psicoterapia não estava necessariamente sendo desvalorizada, mas estava sendo invasiva, pois esta significava um acesso dela a ela mesma, aos seus próprios desejos, recursos e potenciais, o que proporcionava revisão de REFERÊNCIAS e de sua condição de estar sendo aceita condicionalmente e(ou) abandonada emocionalmente pela mãe. Esta revisão gerava insegurança e contato com sua condição de fragilidade e desamparo. Neste momento, X aceitou os 'cuidados' e REFERÊNCIAS dos pais, aderiu a elas e a revisão de sua condição familiar e de sua identidade constituída a partir das REFERÊNCIAS, estava sendo adiada. Porém, X não perdia a crítica: por que ela podia ser reprovada e o irmão não podia?

9a Sessão

X: "Está tudo mal. Não comigo, mas com a minha família. Minha avó paterna está muito mal. Ela sentiu-se mal no domingo, começou com a boca meio dormente e torta à noite. às 6:00 hs da manhã levaram ela ao médico. Não parecia que ela estava mal. Eu falei com ela ontem e não pareceu".

T: *"A situação da sua avó parece muito com a sua. Sua avó não liga para seus mal-estares. Você também não liga para os seus. Parece que tudo nessa família tem que ser muito intenso para ser de verdade. Parece que na sua família as pessoas tem que estar muito mal para serem vistas e cuidadas".*

X: *"Tenho medo que aconteça o pior. Minha avó teve derrame e ficou internada em um hospital particular. Não tinha plano de saúde. Minha avó deve estar sofrendo e muito tenho dó dela. Como deve ser ruim não saber se vai morrer ou não".*

T: *"Você está falando de um mal-estar que é seu. Quando está passando mal acha que vai morrer".*

X: *"Eu sei o que é".*

T: *"As sensações não são iguais. Sua avó pode não estar experimentando como você".*

X: *"Minha família está desestruturada com essa história e como eu vou fazer se eu precisar de apoio? Meu pai vai chegar muito mal do hospital".*

Como X não estava triste com esta situação, a terapeuta teve dúvidas se: X estaria suportando a dor de ver a avó doente, ou se ela estaria identificada com a mãe e consequentemente alheia à dor e ao sofrimento do outro (da avó no caso); se X estaria observando as coisas e pessoas de fora, pois era comum X apresentar este tipo de dissociação, ou se ela estaria observando sua dor no OUTRO, (ou no corpo, através da sensação de estar fora do corpo, do corpo como OUTRO-EU), pois esta condição de alheamento, de distanciamento do OUTRO, e de dissociação (muitas vezes de si mesma), proporcionava confusão (e até mesmo ausência) de sentimentos.

Houve falta na sessão seguinte. X telefonou e a comunicou.

10a sessão

X: *"Faltei à ultima sessão porque a minha avó estava muito mal e não tinha quem me trouxesse. Minha avó morreu. Essa avó dava carinho, mas pouco. Dava mais carinho para meus primos com quem ela morava. Dava mais carinho do que a avó, mãe da minha mãe. Esta avó unia a família, queria bem aos filhos, lutou para criar seus três filhos, eu a admiro muito por isto. A outra dava mais atenção ao filho mais rico, o mais velho, minha mãe ficava de fora como os outros também. Eles não formavam uma família unida. Vai ser difícil ficar sem esta minha avó, ir na casa dela e não encontrá-la. (Chora). Perdi muitas coisas, até um cachorro. Tive que mandá-lo embora pois mordida as pessoas. Ficava preso e muito bravo. Sofri muito quando ele foi embora. Não quis vê-lo quando foi, preferi ficar na escola. Agora tem outro menor, mas não é a mesma coisa".*

A terapeuta observou que X falou durante toda a sessão sobre perdas. Além da perda da avó, a questão que chamou a atenção da terapeuta, foi a associação que X fez da morte da avó, com a saída do cachorro da sua vida. A terapeuta não comunicou sua observação à ela, mas entendeu que parecia que nesta família, havia um significado implícito: aqueles que se rebelavam, que mostravam sua agressividade, tinham de ser excluídos e substituídos. Sendo assim, as perdas não ocorriam somente com a morte, mas a morte era sentida por X, quando havia exclusão.

X telefonou pedindo uma sessão extra.

11a sessão

X: *"Não consegui ficar na escola. Fui para casa e meu pai me bateu. Ele não se conforma com esta estória de eu não ir à escola. Me senti sozinha. Meu pai e meus irmãos estão me pressionando. Minha mãe tomou o meu partido. Cheguei na aula e tive a sensação de não estar no meu corpo. Tive medo de fazer alguma loucura. Como eu tenho a sensação de não estar no meu corpo, acho que posso tomar uma atitude que fuja do meu controle".*

T: *"Como é essa sensação de não estar no seu corpo"?*

X: *"Quando eu estou deitada sem ver meu corpo não consigo sentir que o tenho. Para dormir, preciso ficar com as pernas cruzadas, nunca separadas, ou de bruços, ou com as mãos entrelaçadas em volta da cabeça para sentir que ela está ali".*

Terminada a sessão, X pediu sessão extra.

A terapeuta percebeu que havia uma angústia muito intensa (nela e em X). Conseguiu apenas explicar a X, teoricamente, o que isto significava. Analisando sua atitude depois, a terapeuta entendeu, que sua atitude de explicar teoricamente o que seria a angústia - embora não tenha sido proposital, ou intencional - tinha um sentido de alívio e fuga de uma angústia presente.

Obs.: Ao perder o amparo, segurança, proteção mantidas até então pelas REFERÊNCIAS do pai, X tentou encontrá-las nas REFERÊNCIAS da mãe, mas sua mãe falhou novamente. Com isto, a angústia voltou a se manifestar e a dissociação se apresentou de forma intensa, mesmo estando sob 'medicação', o que até então lhe proporcionava apoio e segurança. Seu pedido de sessão extra pôde ser compreendido como uma solicitação, de X para a terapeuta, de amparo e proteção .

12a Sessão

Quando X entrou na sala de atendimento, a terapeuta teve a impressão, de estar vendo um bebê que começa a andar, pois a parte superior de seu corpo, estava projetada para frente, e as pernas não acompanhavam a parte de cima do corpo. Entrando pela sala, jogou-se no divã (como um ponto de apoio) e em seguida sentou-se.

X: *"Não consegui ficar na escola. Minha mãe teve que ir me buscar. Saí com minha mãe à tarde para comprar um aspirador de pó, porque não podia ficar longe dela. Minha mãe pediu para eu colocar uma correspondência no correio para o sorteio. Fui sem problemas, nem olhei para trás. Cheguei em casa, aí tive que ficar sozinha com a empregada. Chamei o filho dela (um garoto de 4 anos) e fiquei brincando com ele, vendo TV e me esqueci do meu corpo. Me senti útil porque alguém percebeu que fiz algo bom, pelo fato de eu ter ficado com o filho da empregada".*

T: *"Nos dois casos, tanto no colocar a correspondência no correio, como no caso do garoto, você sentiu que fez algo útil para as pessoas. Na verdade você não fez nada para o garoto, mas para você. O garoto foi quem quebrou seu galho, ficando com você. Na verdade você substituiu sua mãe pelo garoto".*

X: *"Quando eu não consigo sentir meu corpo, tenho tomado umas providências. Tenho começado a me olhar, tocar e tentar sentir. Se eu não olho, é como se eu não estivesse lá. Preciso o tempo todo ter a noção do corpo todo. Preciso pensar para mudar o passo. Eu não sinto minhas pernas quando caminho, fico com medo disso como já te disse".*

T: *"Me pareceu, quando você entrou de estar vendo um bebê cambaleando, e se jogando para não cair. Percebi mesmo essa sua dificuldade".*

X: *"Este problema todo da escola, de me sentir mal, aconteceu pela manhã. À tarde, como estava me sentindo melhor, depois de sair com a minha mãe e de ver TV com o garoto, tive vontade de ligar para uma amiga. Mas aí eu pensei: se eu não fui à aula, não mereço prazer algum. O que não vão dizer as pessoas? Como ela pode se divertir se não cumpriu sua obrigação? Quando eu saio na rua, no dia que não fui na aula fico observando se tem alguém conhecido para me reprimir".*

T: *"Nem precisa ter alguém, você mesma já faz isso".*

X: *"Me sinto falsa".*

Obs.: X percebeu sua dissociação e a falha de continência da mãe com relação ela, e defendeu-se tomando providências paradoxais: por um lado, interpretou sua dissociação como falsidade, sentiu-se culpada, reprimiu-se e puniu-se. Por outro lado, sua indiscriminação EU-OUTRO ficou evidente nesta sessão: X atribuiu aos OUTROS suas próprias acusações sobre ela mesma, deu ao OUTRO (filho da empregada) a proteção

A terapeuta compreendeu que a dificuldade de ir à aula significava para X, uma falta de apoio e segurança em sua própria identidade, porque sentia-se frágil para integrar-se sozinha, e também por ainda encontrar-se em um estado de dissociação e desintegração

intenso. A terapeuta compreendeu, também, que por serem os pais as PESSOAS-REFERÊNCIA mais importantes de sua vida, o cumprimento de suas REFERÊNCIAS eram importantes e fundamentais para ela. Sendo assim, por estarem as exigências e REFERÊNCIAS dos pais gerando uma situação tensa e difícil para todos (chegou inclusive a apanhar do pai para ir à escola), a terapeuta perguntou se X desejaria que ela conversasse com eles, para tentar esclarecer sua condição emocional e, se possível, orientá-los sobre uma melhor forma de ajudá-la. X aceitou prontamente a sugestão da terapeuta.

Terceira sessão com os pais

Nesta sessão, compareceram a mãe e o pai.

T: "Como está a X"?

Pai: *"Estou preocupado com a situação da minha filha. Eu não me conformo com o fato dela abolir a idéia de ir à escola. Tudo bem se ela for e voltar. Mas não ir, e achar que não vai conseguir sem tentar eu não aceito".*

O pai relatou vários fatos de sua vida. Resumidamente, disse que ficou órfão de pai muito cedo, e que teve de "ir à luta" para ganhar seu próprio sustento, desde muito pequeno. Entendia que "deu certo na vida" porque lutou muito, e também porque nunca desistiu diante das dificuldades, pois o tempo todo conseguiu ultrapassá-las. Era exatamente isto que ele queria transmitir à sua filha: que as conquistas eram resultado de perseverança.

A terapeuta observou que o pai parecia muito dedicado e carinhoso. Não era ausente. Perguntava à filha o que ela queria para sentir-se melhor. Ele se dispunha a levá-la para qualquer lugar, pescar inclusive, porque ele gostava muito de pescar e achava que isto faria bem a ela. Ele se prontificava a fazer qualquer coisa para ajudá-la, mas não se dispunha a abrir mão de certos valores e princípios que norteavam sua vida.

Mãe: "Eu acho que não deveríamos dar muita atenção a essas coisas de X. Acho que se dermos muito carinho, ela não vai crescer. Tenho mais dois filhos, estou sobrecarregada só com a X. E os outros? Minha outra filha não dá trabalho nenhum, é companheira, grudada em mim. X é grudada em dependência. Minha outra filha é grudada em ajuda, mas encontra soluções. X espera tudo de nós".

Os pais exemplificaram várias situações, que ocorriam no dia a dia da família, muito parecidas (objetivamente falando) com as que X relatava. Mas, os pais interpretavam as atitudes de X, presentes nestas situações, diferentemente daquilo que X tentava comunicar. Eles a entendiam como dependente e irresponsável, e diziam não aceitar esta condição.

T: "Acredito que seria necessário ter um pouco mais de paciência com X. Ela não me parece uma pessoa irresponsável. Acredito que o fato de não estar indo à escola não significa estar de "corpo mole". Ela está passando por um momento muito difícil. Ela não se sente bem realmente. Precisa da ajuda de vocês. Precisa ser vista e compreendida nas suas dificuldades e necessidades. Quando ela não quiser ir à escola, entendam esse gesto como uma dificuldade e não irresponsabilidade. Nesse momento tudo o que ela precisa é de carinho para se sentir inteira, ela mesma. Bronca não alivia o sofrimento, pelo contrário, faz com que sua exigência interna, que já é bastante intensa, se acentue ainda mais. X concorda e também exige dela mesma o que vocês estão pedindo. A questão é que ela não está conseguindo cumprir com as exigências externas e internas".

Pai: "Se for preciso fazer isto para minha filha melhorar, eu vou fazer".

Mãe: "Eu insisto que não deve ser desse jeito. Se a gente amolecer, ela vai se estragar inteira. Vai ficar irresponsável. Na vida temos de ir avante sempre, este é o meu lema. Não podemos nos preocupar com essas coisas de angústia e carinho."

Obs.: Pelo relato e posição dos pais, podemos compreender a necessidade que estes tinham de que X cumprisse as REFERÊNCIAS que legitimaram a vida e a identidade deles (pais). Porém, havia uma diferença: o pai tinha condições de avaliar, e(ou) reavaliar as suas REFERÊNCIAS, mas a mãe não se dispunha a isso.

13a Sessão

Esta sessão com X, foi iniciada com o relato da terapeuta, sobre o que foi conversado com seus pais. X ouviu atentamente, mas parecia "perdida", sem entender o que estava sendo dito. A descrição da maneira de funcionamento psíquico dos pais, baseado em REFERÊNCIAS, feita pela terapeuta, parecia ser uma grande surpresa para ela. A terapeuta esclareceu, que as dificuldades não eram só dela, mas que seus pais também tinham dificuldades. Ela podia muitas vezes não se sentir atendida, ou até mesmo não estar sendo vista, e até mesmo desamparada por eles. Mas isto se referia a um modo de compreensão que eles tinham da vida e não de maldade ou falta de preocupação por ela. X permaneceu ouvindo o que era dito, mas parecia não entender nem compreender a que a terapeuta se referia.

Associou-se suas dificuldades, exigências e seu modo de funcionamento psíquico baseado em REFERÊNCIAS aos de seus pais.

14a Sessão

X: "Meu pai está muito diferente. Ele tem me chamado todos os dias pela manhã e tem perguntado se eu posso ou não ir à aula naquele dia. Ele tem me perguntado nos finais de semana o que eu quero fazer. Antes era ele quem decidia".

T: "E sua mãe"?

X: "Ela de alguma forma faz o que meu pai faz. Mas parece que não está muito satisfeita com esse tipo de atitude".

T: "E você"?

X: "Estou conseguindo ir à aula. Tenho me exigido e conseguido. Consegui ir da porta da delegacia até o carro da minha mãe (mais ou menos uma quadra) sem olhar para trás. Estou muito feliz. Nas aulas, um dia estou melhor, outro pior, mas estou enfrentando meus medos. Estou podendo assistir às aulas, estou participando e entendendo. Tenho inclusive mostrado erros nos exercícios feitos pelo professor"! (relata estes fatos com muito entusiasmo).

"Comecei a ensinar meus amigos, até... Inclusive, tenho uma amiga, que está constantemente doente e desanimada. Como estou me sentindo bem, fico feliz por poder dizer a ela que há saída. O que me ajudou foi um livro do Lair Ribeiro que meu pai indicou, eu li e deu certo. Já posso escolher o que vestir, não preciso que os outros decidam".

T: "É importante você perceber que existem dois lados. Às vezes você se sente perdida, e em outros momentos, você se sente bem. Mesmo que um esteja sem controle, o outro também existe".

Obs.: X atribuía ao livro, a ajuda por estar se sentindo bem. Podemos compreender que, de alguma forma, isto se tratava de uma REFERÊNCIA. Porém, a terapeuta, na época, era ainda recém-formada e reconhecia que era muito difícil para ela interpretar a transferência, embora estivesse compreendendo que havia um discurso implícito, de desvalorização do trabalho que estava sendo realizado. Percebeu que havia algo entre elas, alguma questão no ar, mas não conseguiu discriminar, nem dizer a X, o que percebia.

15a sessão

X: "Estou podendo fazer coisas, muitas coisas. Fui ao clube, me senti um pouco mal, mas deu para ficar. Consegui ir para o chuveiro sozinha e não senti medo que fossem embora e me deixassem lá".

T: "Medo de ser abandonada".

X: "Minha mãe não presta muita atenção onde está andando. Ela não percebe se eu e meus irmãos estamos do lado dela. Nós é que temos que prestar atenção pra não nos perdermos dela. Lembro que no "shopping", nós sempre ficamos juntos atrás dela".

T: "Parece que você precisa ter a sensação de ter alguém te observando e cuidando o tempo todo".

X: *"Fiquei com muita raiva deles, da minha mãe, da minha irmã e do meu irmão. Eu estava em casa, no banheiro, e eles estavam saindo às escondidas para testar se eu conseguia ficar sozinha. Fiquei com muito ódio. Saí correndo e fui junto, mas não falei nada".*

T: *"Você sente que tem uma mãe que não te dá suporte, não te ajuda e não colabora com você, que sua mãe poderia ter evitado isto, ficando junto com você. Você entende que sua mãe poderia compreender que embora melhor, você ainda não pode ficar sozinha, que isto poderia ter sido respeitado. Talvez essa cobrança de sua mãe de "sempre avante" faça parte do funcionamento psíquico dela. Não quer dizer que ela queira te judiar. Talvez ela não possa te entender, parece que sua mãe está tentando experimentar você pelos limites dela e não pelos seus. O tempo de estar distante sozinha, depende de quanto você agüenta, suporta e não de quanto sua mãe gostaria ou precisaria que você agüentasse. Você me diz que quer encontrar o caminho pelos seus próprios limites, pelas suas próprias experiências e não pelos limites e experiências dos outros".*

X: *"Vou fazer aniversário esta semana e não sei como vou comemorar. Estou pensando em ir jantar com uns amigos, com meus primos, mas tenho medo de passar mal. Não sei como fazer. Não gostaria de fazer a festa junto com meus pais, com adultos, mas por outro lado, tenho medo de passar mal".*

Obs.: X estava tentando independência em todos os sentidos, inclusive de REFERÊNCIAS. Entretanto, percebia que ainda estava frágil e precisava de amparo.

16a Sessão

X: *"Fiz aniversário ontem. Foi muito bom. Saiu tudo bem. Fui a uma pizzaria com o pessoal, e foi muito bom. às vezes achava que ia passar mal, mas não passei. Fui durante o dia para o clube, tomei sol, fui ao banheiro e tomei banho sozinha, não fiquei com medo que as pessoas fossem embora".*

Obs.: Enquanto X descrevia com muita ênfase e entusiasmo estes fatos, a terapeuta relatou, que ficou pensando como X perdia tempo e vida com suas dificuldades internas. Na sua idade, quantas situações relativas à adolescência, quantas pessoas e locais prazerosos, não podiam ser desfrutados e experimentados por ela, de uma maneira automática e natural, pois sua preocupação estava sempre voltada, o tempo todo, para os pensamentos e preocupações de conseguir ou não permanecer onde estava, se ela estava agindo ou não de acordo com REFERÊNCIAS, se o pânico surgiria e como este seria suportado.

X: "Como teve o feriado, fui ao clube no dia seguinte e aproveitei de novo. Eu sempre quis fazer isto: fazer o que eu gosto. Estou conseguindo. Já que estava conseguindo ir ao clube, fui ao baile à noite. Passei mal. Tive queda de pressão e comecei a não sentir o corpo, coisas que há algum tempo eu não sentia mais. Voltei para casa e pedi para minha mãe ficar comigo mas ela não quis. Não adianta eu querer contar com minha mãe, ela nunca está disponível, nunca está presente".

Obs.: A terapeuta observou que X, até então, insistia em ter a mãe que ela idealizou, e fazia tentativas de realizar sua idealização. Neste momento, parecia que estava se desiludindo pois conseguia ver a mãe com seus limites e dificuldades. Isto gerava muita dor, sofrimento, mágoa e sentimento de perda. Parecia, também, que a intervenção e continência do pai com relação a ela tinha sido importante. Mas X percebeu que a mudança (até certo ponto) da atitude da mãe para com ela (de uma forma exigente e rígida para uma mais complacente) foi feita mediante a intervenção do pai.

17a Sessão

X: "Estou muito mal. Não estou sentindo o corpo, não estou presente nos lugares. Meus pais viajaram no domingo o dia todo. Eu não queria que eles fossem. Pedi a eles que não fossem mas foram mesmo assim. Eu fiquei em casa com meus irmãos passando mal. Na terça-feira não consegui fazer prova".

Obs.: As sessões eram realizadas às segundas-feiras, mas a terapeuta teve um problema de saúde e teve de desmarcá-la naquele dia. Deste modo, este comentário de X, foi assim interpretado pela terapeuta:

T: *"Parece que você foi abandonada duas vezes. Por seus pais no domingo e por mim na segunda-feira. Dois abandonos parece ser demais para suportar".*

X: *"Fiquei muito mal na terça-feira e fui ao médico hoje cedo. Fiquei muito mal depois que cheguei do médico. Minha mãe não ficou comigo. Ficaram meu pai e meus irmãos, mas não minha mãe. Estou em período de provas e estas provas são muito importantes. A professora disse que ia cair uma matéria, eu estudei e caiu outra"...*

T: *"Sua mãe em virtude das dificuldades dela, não pôde ficar com você, mas parece que você pôde contar com seu pai, seus irmãos e com você mesma. Sim, você pode se ajudar também, pois afinal de contas você já experimentou os dois lados. Ultimamente você tem se ajudado muito. Você tem conseguido estudar inclusive, coisa que nem sequer imaginava poder fazer. Além disso, teve lazer, freqüentou o clube, e outras coisas foram feitas. Esses são cuidados"...*

X: *"Na sexta-feira eu tenho uma prova importante e estou com medo de passar mal. Esta prova é de manhã, estou apavorada".*

T: *"Você quer vir aqui antes da prova? A prova é às 8:00 hs, eu posso te atender das 7:00 às 7:30"....*

Com essa sugestão da terapeuta, os olhos de X brilharam. Ficou muito satisfeita e respondeu:

X: *"Claro que eu venho! Eu quero muito, assim você me ajuda? Venho sim".*

Obs.: X precisava de ajuda, aprendeu a discriminar e solicitar o que precisava e queria que sua mãe o fizesse. Mas, podia compreendê-la e também substituir seu amparo pelo de outras pessoas. Com isto, passou a suportar várias coisas, menos o abandono e o desamparo proporcionado pela ausência da mãe.

18a Sessão

X chegou no consultório às 6:55hs.

X: "Minha mãe achou muito ruim de eu vir aqui hoje e não quis me trazer, mas meu pai me trouxe e está me esperando para me levar para fazer a prova. Ontem eu consegui estudar, estou melhor. Não entendo o que é isto. Pedi para minha mãe fazer um suco de laranja antes de vir para cá, e ela disse que não faria, pois se eu estava melhor, eu que fizesse sozinha. E o pior você não sabe, ela perguntou se meus irmãos queriam que ela fizesse o suco para eles".

X falou sobre isto com lágrimas nos olhos e disse novamente que não sabia o que acontecia.

Obs.: Pareceu que a mãe, não estava suportando que o pai e a terapeuta estivessem dando para X o que ela não conseguia ou não podia dar. A negação do suco, pareceu ter o significado de um boicote à tentativa de X de tornar-se independente de suas REFERÊNCIAS e de sua presença.

19a Sessão

Esta sessão foi realizada à tarde do mesmo dia da prova. Pela primeira vez, X entrou sorrindo.

X: "Consegui fazer a prova, fui bem. Às vezes me senti mal, mas deu para contornar. Estou muito contente. Sabe, tenho um amigo que está querendo namorar comigo. Sempre fui muito pequena. Com 11 anos de idade, fui ao médico para crescer, tomei remédio. Nunca me achei bonita, sempre me achei baixinha, diferente de todo mundo, porque eu era menor, não menstruava"...

T: "Parece que você está querendo entender porque esse garoto se interessou por você, visto que você não vê nenhum atributo em si para alguém gostar. Parece também que você está muito interessada por esse garoto. Isto significa de alguma forma, que você

começa a perceber o que sente e escolher o que quer ou não quer para si. Está claro que você pode e sabe o que quer, e pode fazer o que quer fazer. Tudo depende de quanto você pode assumir seus desejos".

Obs.: A terapeuta observou que X apresentava um olhar muito interessado, e estava atenta a tudo o que ela dizia. Pela primeira vez, apresentava expressão facial. Parece que X aderiu à terapeuta como PESSOA-REFERÊNCIA. Quando algum assunto não era compreendido, e(ou) quando X discordava de alguma afirmação da terapeuta, seu rosto expressava o que sentia e era coerente com o que dizia. Neste dia, X pareceu interessada e alegre com a perspectiva de saber e compreender sobre seus desejos e a possibilidade de realização

20a Sessão

X: "Parece que o rapaz não está mais interessado em mim. Isto me deixou muito triste. Também, não vou ficar pensando nisso, senão vou me sentir pior ainda. Pensei em ficar em casa, mas se fizer isso, vou ficar lá no quarto, sozinha sentindo mal-estar, não dá. Resolvi sair, me divertir e consegui. Peguei o carro no domingo e saí para paquerar. Nisso, encontrei com o rapaz e parei o carro para conversar com ele. Aí, ele me disse que queria ser apenas meu amigo".

T: "Parece amizade não é bem o tipo de sentimento que você desejaria despertar neste garoto. Mas além disso, o que você me conta, me faz lembrar uma situação interessante. Lembra-se de quando você se queixava de sua necessidade não satisfeita de ter seus pais sempre ao seu lado? Me parece que tê-los ao seu lado, implicaria em estar entre eles, isto é, eles nem poderiam namorar um pouco, sair sozinhos, com você junto... Dormirem com a porta do quarto fechada? Nem pensar. Será é que com isto, você pode entender agora, que está interessada em um garoto, a necessidade que seus pais tinham? Quer dizer, que muito do que você sentia como abandono pode não ter sido? Pode ser também que seus pais queriam estar juntos, entre eles mesmos, sem filhos, para poderem namorar um pouco. Não é bom estar junto com alguém de quem se gosta para namorar? Pois é...

X sorri, e aparentemente estava envergonhada. A sessão foi encerrada.

Obs.: A terapeuta achou estranho quando X comentou ter dirigido por uma estrada, pois ela tinha apenas 16 anos de idade. A terapeuta pensou como e por quê os pais haviam permitido este fato. Além disto, foi o pai, quem a ensinou a dirigir e a incentivava a fazê-lo sem carteira de habilitação. Com isto, a terapeuta lembrou-se, que em uma sessão, X havia comentado sobre uma disputa familiar entre o pai e seus irmãos - que era extensivo aos primos (sobrinhos): o pai e tios competiam entre si usando os filhos para saber que filho ia dirigir antes, ou melhor que o outro? qual deles sairia antes da escola? qual seria o melhor sucedido?

Com isto, a terapeuta entendeu que dirigir poderia ser uma das necessidades do pai (como também a necessidade de que X fosse impreterivelmente à escola, mesmo sentindo-se mal) que poderia estar ligada à disputa e competição do pai com sua família de origem. Deste modo, podia ser compreendido que também não havia necessariamente, por parte do pai, uma preocupação com a adolescente, pois dirigir na estrada, com 16 anos, implicaria em perigos e riscos sérios que sua filha poderia estar correndo - mas uma necessidade de cumprimento de REFERÊNCIAS.

Em virtude das dificuldades da mãe de compreendê-la e aceitá-la, a pedido de X, foi marcada uma sessão a mãe.

Quarta sessão com a mãe

A mãe chegou falando muito, e sobre ela mesma. Relatou a importância dos trabalhos filantrópicos que realizava, de quanto ela era importante, como organizava, cuidava e das instituições falidas, etc.. A terapeuta fez várias tentativas de interrompê-la, para falar sobre sua filha, mas a mãe mudava de assunto, continuando o relato de suas atividades assistenciais.

Em um determinado momento, mencionou, que percebia que sua filha estava melhor, mas que atribuía esta melhora ao tratamento médico (com limões e sopas com ervas). Insistiu em dizer que ainda estava firme em seu propósito de "Avante sempre" e que não mudaria sua conduta neste sentido. A mãe estava nitidamente hostil com a terapeuta, pois nem sequer ouviu qualquer tipo de intervenção. Como não foi possível conversar com ela, a sessão foi encerrada.

Obs.: A terapeuta compreendeu, pela atitude hostil da mãe para com ela, e por não aceitar qualquer intervenção da terapeuta, que esta veio à entrevista, disposta a mostrar como ela era competente e altruísta, e como o médico estava ajudando sua filha.

20a Sessão

X chegou à sessão visivelmente ansiosa. Mal entrou, fechou a porta e perguntou: "Como foi sua conversa com minha mãe"? Ao fazer esta pergunta, apresentava um olhar assustado e curioso. A terapeuta observou com isto, que parecia que X estava com medo - de algum tipo de reação por parte da terapeuta para com ela e, ao mesmo tempo, tinha curiosidade de saber o que havia acontecido na sessão com sua mãe.

T: "Eu entendi que sua mãe está disponível para dar todo suporte externo para você e para seus irmãos. Mas do ponto de vista afetivo, me pareceu que ela não dá e não tem o que dar neste sentido. Ela não pode dar mais do que está dando, porque ela acha que não é necessário. Para ela, não existe afeto, só necessidades a serem supridas. Acho que seria importante e interessante continuarmos só nós duas".

X: "Acho que é melhor mesmo. Não tem condição de ser diferente. Sabe, eu fiquei com medo da minha mãe quando ela voltou. O rosto da minha mãe estava muito diferente e eu fiquei assustada".

Obs.: A terapeuta observou, que X queria dizer alguma coisa, mas só conseguiu comentar que sua mãe não queria vir mais às entrevistas com a terapeuta. Isto sem dúvida ficou muito claro. Aparentemente, pela expressão e comportamento assustado de X, sua

mãe deve ter dito alguma coisa a respeito da terapeuta e do processo psicoterápico, pois X parecia, a princípio, assustada e com medo da terapeuta. Porém, quando foi bem recebida, e convidada a continuarem juntas, ficou aparentemente mais aliviada e continuou a sessão naturalmente.

X: "Está muito difícil na escola. Estou cheia de provas. Estou tendo que fazer as provas atuais e as anteriores que eu perdi. Foi uma concessão da escola, um extra, que conseguimos em função de meu mal-estar. Estou tentando recuperar, mas estou sempre atrasada. Mas este estar atrasada, não é somente na escola. Estou sempre atrasada em tudo. Não sou só eu, mas toda minha família que funciona deste jeito. Não entendo o porquê, mas todo mundo lá em casa vive atrasado e correndo. Assim estou eu, e na escola também. Eu fui atrasada para crescer, para namorar, para menstruar, para estudar"....

T: "Só que você está com dezesseis anos no terceiro colegial. Além disso, seus pais não têm estatura alta, então você tem estatura normal dentro dos padrões da família, aliás, você é até mais alta que sua mãe".

Obs.: A terapeuta tentou apontar para X, as disposições externas e genéticas da família. No entanto, parecia que X não se referia a estes padrões, mas às suas exigências acima do natural com relação às REFERÊNCIAS.

21a Sessão

X: "Estou vivendo um período de muito sufoco. Hoje fiz três provas. Estou muito insegura, não dá tempo para estudar tudo. Estou perdida. Não sei minhas notas, não sei qual minha situação escolar, de quanto eu preciso para passar de ano. Não sei nem calcular as notas para saber de quanto eu preciso. Perdi minha carteira de notas e não sei se estou ou não reprovada nas matérias. Se não estou reprovada, não sei de quanto eu preciso para ser aprovada".

T: *"O que você precisa neste momento é se organizar, tentar achar essa carteira, se não conseguir, ver com a escola como fazer. Calcule suas notas, enfim, organize sua vida. Veja o que é necessário e do que você dispõe. Precisa se organizar para sentir segurança. Só que isto você pode e deve fazer sozinha, pois só você pode saber do que você precisa".*

X: *"Este meu mal-estar começou quando eu tinha onze anos. Estava na sexta série. Eu tinha medo das pessoas. Queria dormir com meu irmão, pois com ele eu ficava melhor. Mas ele só tinha seis anos naquela época. Ele era forte, seguro, andava de bicicleta, não tinha medo de nada. Tinha até um garoto que eu gostei na quinta série. Estava tudo bem conosco e ele começou a me maltratar, colocando-me em situações ridículas e eu nunca perguntei o porquê. Nessa época, eu comecei a ficar pior. O gostar se transformou em ódio do garoto e até há pouco tempo eu ainda o estava odiando".*

Obs.: *X sentia-se perdida, mas dificilmente se perguntava ou questionava o porquê das coisas. Neste momento, isto começou a mudar. X questionava as REFERÊNCIAS, e parecia tentar organizar internamente seus sentimentos e sensações, juntamente com as descobertas que fazia, tentando situá-los dentro de seu processo de vida e familiar.*

1.4. DESLIGAMENTO

X faltou nas duas sessões seguintes, porém, antes de faltar, ligava e as justificava, dizendo que as provas se intensificaram e que ela não podia comparecer porque estava se dedicando muito aos estudos.

Houve as férias de dezembro, e X não retornou às sessões na data combinada. Em janeiro, a terapeuta telefonou para sua casa e falou com a mãe. Esta a informou, com voz hostil, que X estava bem, que havia passado de ano, que prestara vestibular e conseguira entrar na faculdade. A terapeuta comentou que gostaria de fazer pelo menos mais uma sessão com X para encerrar o trabalho que vinha sendo realizado. Sua mãe respondeu: *"Você ajudou, o médico ajudou, X está bem, e está acabado."* Nunca mais houve notícias sobre X.

1.5. DISCUSSÃO DO CASO I

1.5.1. Os motivos que mobilizaram a procura da psicoterapia

X não procurou nem pediu atendimento psicoterápico por livre e espontânea vontade e(ou) por necessidade própria. A adolescente foi levada pela mãe à psicóloga. A mãe, por sua vez, não procurou atendimento psicoterápico por compreender que sua filha necessitava de atendimento psicológico, mas sim, atendendo o pedido da coordenação da escola que X frequenta, em função do baixo rendimento escolar que apresentava. Tendo sido feita esta solicitação à mãe, esta a atendeu pronta e imediatamente.

Aparentemente, a mãe de X era uma mulher muito dedicada e cuidadosa com os filhos, e tinha uma aparência de ‘excelente pessoa e mãe’. Levava os filhos a médicos, à psicóloga, não dava remédios fortes para não prejudicá-los, colocava-os em boas escolas, trabalhava para ajudar no sustento da família, investia seu tempo em obras filantrópicas, ajudava pessoas, etc...

Desde bebê até a idade atual, podemos citar alguns exemplos de cuidados dispensados a X:

- Quando bebê, X precisou de um aparelho ortopédico em virtude de uma displasia congênita de bacia. X foi prontamente atendida em sua necessidade;
- Quando criança, necessitou de bota ortopédica, e esta foi providenciada;
- Enquanto trabalhava, sua mãe providenciou uma babá de sua confiança para cuidar da criança;
- Com a mudança da babá para outro Estado, a mãe parou de trabalhar para cuidar das crianças;
- X e os irmãos tinham suas necessidades de lazer supridas pois freqüentavam bons clubes e festas;

- Aos onze anos, X pediu um tratamento endocrinológico para crescer e foi atendida;

- Ao ser indicada uma psicóloga em virtude de suas dificuldades escolares, no mesmo dia sua mãe atendeu a solicitação da escola;

- Os pais não se preocupavam com a saúde da filha somente cuidando de sua alimentação, mas procuravam médicos para tratar de suas "doenças e/ou de seus sintomas", da melhor forma, buscando tratamentos alternativos para não lesá-la, e cumprindo os tratamentos indicados; não somente levava à psicóloga, mas compareciam às entrevistas devolutivas com a terapeuta, enfim, procuravam fazer o que fosse necessário para manter sua saúde na melhor forma;

- Os pais não se preocupavam somente com sua educação e cultura, mas a colocavam nas melhores escolas da sua cidade, iam às reuniões, atendiam às solicitações da coordenadora e providenciavam o que fosse preciso para suprir suas dificuldades escolares;

- Os pais providenciavam lazer (X tinha inclusive, com dezesseis anos, um carro à sua disposição para ir onde quisesse), permitiam que X frequentasse festas, usando boas roupas, eram sócios do melhor clube da cidade;

- A mãe, além das provisões necessárias para a sobrevivência e para o bem-estar da família, supria também necessidades das instituições, creches, e de quem quer que fosse carente;

- O pai trabalhava com afinco para suprir as necessidades da família.

Na família de X, as condições técnicas de cuidado e amparo eram previstas e efetuadas da melhor forma e aparentemente, o casal se preocupava com o bem-estar da filha. Entretanto, as condições emocionais e afetivas necessárias para seu desenvolvimento psíquico eram raramente providenciadas e foram supridas de forma precárias.

- Durante seu primeiro ano de vida, X pôde ser cuidada do ponto de vista médico e ortopédico, suas pernas foram imobilizadas, seu gesso foi trocado, mas não foi possível ser sustentada ao colo durante a fase em que isto seria muito importante. X, desde bebê esteve sozinha do ponto de vista emocional;
- Sua mãe compreendia que os cuidados que a babá dispensava eram suficientes para que suas filhas fossem 'bem cuidadas'. Ela não compreendia sua presença como necessária;
- A mãe não dava remédios fortes à filha para não prejudicá-la. No entanto, em virtude da indicação do médico hindu, sujeitava-a a tomar sucos de vários limões pela manhã em jejum (gerando uma gastrite inclusive), entendendo este procedimento como um 'cuidado';
- Mesmo tendo X se queixado de sintomas de angústia crônica durante toda a infância e de ataques de pânico eclodidos aos onze anos, a mãe não percebeu o sofrimento da filha. Somente aos dezesseis anos, sua mãe teve contato com o problema, mesmo assim, em função de uma reclamação de outros para com ela e pelo motivo de 'não ir bem na escola';
- Durante a ocorrência de ataques de pânico, mesmo sendo solicitada sua presença, a mãe tomou todas as providências técnicas, mas se negava a conter emocionalmente a filha com seu amparo;
- Sob insistência da psicoterapeuta para observar as necessidades emocionais da filha, a mãe reagia com hostilidade, alegando estar sobrecarregada com os cuidados que já dispensava.

Com o exposto, podemos entender que o sentido de busca de ajuda psicoterápica para a filha, não foi o de cuidado emocional - pois este não era compreendido como necessário - mas a psicoterapia tinha como objetivo conseguir sua competência e sucesso escolar. Tanto que tão logo se alcançou este sucesso, tendo X passado de ano e sido aprovada no vestibular, o tratamento psicoterápico foi imediatamente interrompido pela mãe com a seguinte frase: "*Você ajudou, o médico ajudou e está acabado.*" A mãe não permitiu sequer que uma sessão de desligamento fosse realizada, pois não pôde considerar o vínculo emocional que terapeuta e adolescente estabeleceram.

1.5.2. As REFERÊNCIAS que norteavam a identidade e o funcionamento da família de X

O atendimento psicoterápico de X, pela relação transferencial mantida com ela, foi possível observar alguns significados que permeavam e norteavam seu funcionamento psíquico. Além disso, foi possível manter uma relação transferencial com sua família, o que, de alguma forma, forneceu dados sobre a ação direta dos pais e das REFERÊNCIAS que norteavam esta relação e interferiam no seu funcionamento e desenvolvimento psíquico.

Logo no primeiro contato com a terapeuta, a mãe de X deu a primeira indicação sobre seu modo de funcionamento psíquico: "*Eu vou, organizo e saio*". Seu lema era: "*Avante sempre*". Sua mãe, afirmava que estava dando tudo o que podia à filha e queixava-se que "*X exigia demais*".

Que os pais davam de tudo à filha, podia-se observar, sem dúvida. Mas, a terapeuta notou outras questões peculiares como:

- X não tinha continência afetiva, pois mesmo enfrentando ataques de pânico e solicitando a presença da mãe nestas horas, ela não podia ser atendida; além disso, em nenhum momento, estes pais se queixaram ou demonstraram qualquer tipo de preocupação com uma menina de dezesseis anos que dirigia, sem carteira de habilitação para motorista, nas rodovias mais perigosas de São Paulo e talvez do país, chamadas inclusive de Rodovias da Morte;
- Os pais não procuraram psicoterapia por causa da angústia que a adolescente sentia, mas em função do 'bom desempenho escolar';
- Os pais (principalmente a mãe), em nenhum momento, demonstraram que podiam compreender e respeitar que a filha fosse uma 'pessoa que sentia', que tinha dificuldades, recursos e potenciais próprios. X era entendida como 'grudenta' e chegou a apanhar do pai por não conseguir ir à aula.

Sendo assim, a terapeuta chamou os pais para uma entrevista, para apontar as seguintes questões:

- A necessidade que a adolescente tinha de carinho e contenção afetiva, em virtude da angústia aguda atual;
- A necessidade de compreensão por parte deles, que X tinha seu próprio modo de ser, com dificuldades e recursos, além de estar passando pela fase da adolescência, com tudo o que isto implica.

Com estas observações da terapeuta, a mãe respondeu com hostilidade: "*Carinho demais estraga e impede o crescimento*"; "*Angústia, frescura*"; "*X deve ir avante sempre*".

Podemos relacionar a dificuldade que estes pais apresentavam em compreender que X tinha necessidades emocionais e afetivas, com o histórico de vida de cada um, e em virtude da relação que foi estabelecida com as famílias de origem de cada cônjuge:

- Se levarmos em conta que a mãe foi adotada porque precisavam de uma mulher na família, ou seja, que ela foi 'desejada' por uma questão de REFERÊNCIA de 'conveniência' e de 'boa aparência', e não por compreensão e por amor a uma criança, podemos entender que ela não experimentou nem conheceu o significado de uma relação afetiva. Sendo assim, ela não sabia o que era ser contida, não podia dar continência nem desenvolver vínculos no sentido afetivo. Desta forma, o pedido de cuidados afetivos que X fazia à mãe era algo que não podia ser suprido, pois este significado era desconhecido e não tinha sentido em sua vida. A mãe dava para as pessoas os 'cuidados' que recebeu e conheceu em sua família. Ela podia suprir, cuidar, ajudar e colaborar tanto com os filhos como com as várias crianças pobres e(ou) abandonadas, mas com o REFERENCIAL que dispunha, da mesma maneira como foi significada e atendida, de maneira técnica e conveniente. Sendo assim, podemos compreender que ela dava o melhor de si, o melhor que conhecia para as pessoas. Ela dizia que "*não teve carinho da mãe e sobreviveu*". Deste modo, podemos entender que esta mulher também não podia questionar o tipo de 'amor e cuidados' que recebera, pois este questionamento poderia proporcionar a desilusão de ter sido 'cuidada' e gerar muita dor e sofrimento.

- Se levarmos em conta que o pai descendia de uma família, no qual, segundo X, eram valorizados pela mãe do pai (avó de X) os filhos mais ricos porque estes eram entendidos como ‘melhor sucedidos’. Este sucesso era compreendido desta forma pois assim era cumprida a REFERÊNCIA da mãe de lutar, trabalhar e enfrentar dificuldades. O ‘bom desempenho’ dos filhos, era exibido pelo pai para os irmãos e para a sua mãe (havia inclusive uma competição entre ele e seus irmãos neste sentido) como um ‘sucesso pessoal’, pois era desta forma que estes sabiam e podiam ser valorizados e admirados. Desta forma, podemos entender que necessidades do pai também foram supridas pela família de origem de forma técnica, conveniente e aparente, e não afetiva. O pai de X também (como a mãe de X) tinha e cumpria a REFERÊNCIA de ‘força’ e de ‘boa aparência’ com todos, inclusive com sua mãe (avó de X), tanto que esta não pôde ser ‘vista’ nem cuidada afetivamente pelos filhos, mesmo durante o processo de sua morte (que ocorreu enquanto X estava sendo atendida em psicoterapia). Ele dedicava-se e tentava suprir as necessidades contidas na REFERÊNCIA de ‘aparência’ e ‘força’, pois este era o melhor que podia dar de si para seus filhos, para sua esposa, para sua mãe e irmãos. Foi assim que ele entendeu que ‘deu certo na sua vida’: porque ele cumpriu a REFERÊNCIA de sua mãe. Como distrair-se pescando, era sua forma de sentir-se bem, de aliviar sua angústia, por que a filha não podia seguir a REFERÊNCIA, como ele o fez?

Com estes dados, entendemos que a REFERÊNCIA de ‘boa aparência’ era uma exigência a ser seguida e cumprida tanto na família de origem de cada cônjuge, como na família atual que constituíram. Este significado rígido era comum na constituição de identidade de cada cônjuge individualmente; mantinha o sentido de complementaridade e união do casal; constituía a base de identidade da família atual; e norteava a identidade de cada um dos filhos.

Sendo assim, a compreensão e suprimento de ‘necessidades’ dentro desta família tinham em vista o cumprimento da REFERÊNCIA de ‘boa aparência’ e conveniência, para manter a identidade das pessoas envolvidas e obter legitimidade nas famílias (atual e de origem). Deste modo, afetos, sentimentos e cuidados afetivos eram significados como supérfluos, desnecessários e sem sentido. Estes eram substituídos e confundidos com cuidados técnicos para fazer com que a REFERÊNCIA se realizasse. ‘Ver

alguém' e(ou) 'ser visto por alguém' significava para X e sua família a satisfação de necessidades aparentes e concretas que era exercida de forma técnica e sem relação com aspectos emocionais e afetivos e tinha como objetivo o cumprimento da REFERÊNCIA de 'boa aparência' para que as pessoas continuassem "*Avante sempre*".

Os pais de X, podiam suprir as necessidades contidas no exercício do "*handling*", cf. WINNICOTT (1990e), ou seja, os cuidados técnicos necessários eram previstos e exercidos, principalmente aqueles concretos, visíveis e aparentes. Os pais podiam FAZER, cf. WINNICOTT (1975a).

Para a mãe de X, ir bem na escola tinha um significado importante e fundamental, pois estava contido na sua REFERÊNCIA de 'boa aparência'. Com a 'boa produção pedagógica de X', tanto mãe como filha poderiam ser vistas como competentes (a filha porque demonstrava uma 'boa produção' e a mãe porque colaborara com a filha).

Para o pai de X, o importante era que a filha fosse à escola, pois não ir poderia significar a transgressão da REFERÊNCIA de força e luta, além de denegrir sua 'boa aparência' junto à sua família de origem e à sociedade.

Sendo assim, podemos entender que cumprir com a REFERÊNCIA de 'boa aparência' seria o motivo implícito preponderante que levou os pais a procurarem ajuda psicoterápica para X, e o pedido subjacente que os pais faziam à psicoterapeuta.

As condições afetivas contidas no exercício do *holding*, cf. WINNICOTT (1990e), que seriam necessárias para o desenvolvimento psíquico e emocional das pessoas de quem os pais 'cuidavam' e com quem se relacionavam, eram precárias e até mesmo inexistentes.

Sua mãe não conseguiu SER para X desde seu nascimento, cf. WINNICOTT (1975a). Para suas 'doenças', assim como para seu desenvolvimento, X conseguiu ser suprida de modo técnico. Tudo o que podia ser FEITO, o foi.

O pai podia FAZER por ele mesmo, pelos outros e pelos filhos, mas não podiam SER nestas e para estas relações. Para ele, a competência, o cuidado, e o sucesso destas pessoas eram mantidos e medidos pelo desempenho do FAZER. Ele não respeitava nem considerava a condição interna de SER das pessoas

Durante o processo psicoterápico de X, observou-se um outro modo peculiar de funcionamento dos pais: eles mantinham um discurso explícito (com X e com a terapeuta) mas, transmitiam por meio de suas palavras, mensagens duplas, com significados implícitos, muitas vezes contraditórios com o aparente. Em outras palavras, uma coisa era o que eles diziam e apresentavam, e outra coisa era o que eles queriam dizer com suas palavras.

Os pais afirmavam que davam liberdade de escolha para sua filha, e que não se importavam nem cobravam suas decisões e escolhas. Porém, havia um processo subjacente:

- Não havia na relação mãe-filha e também pai-filha exame, crítica e estudo das situações para orientar X sobre decisões e escolhas;
- Havia um discurso explícito de liberdade e uma cobrança implícita pelo cumprimento da REFERÊNCIA de 'boa aparência' da família;
- X deveria ir "*Avante sempre*" e acertar sempre. O significado implícito de acerto era determinado automaticamente pelas REFERÊNCIAS, para o que deveria ou não ser feito. Em outras palavras, acertar significava que X deveria utilizar os recursos técnicos que os pais lhe forneciam para cumprir as REFERÊNCIAS.
- Não havia espaço para experiências de outros referenciais, nem de fracasso no cumprimento das REFERÊNCIAS. Suas próprias experiências e referências eram entendidas como 'erro'.
- Caso alguma experiência desse 'errado', ou seja, caso a filha não seguisse as orientações 'certas' contidas nas REFERÊNCIAS; caso apresentasse uma dificuldade oriunda de uma condição natural (de idade, de adolescência, e de potencial próprio) que infringisse as REFERÊNCIAS. Além disso isentavam-se de qualquer tipo de responsabilidade pela escolha feita por X.

- Caso cumprisse REFERÊNCIA e ‘acertasse’, ou caso a transgredisse e ‘errasse’, estas experiências não eram examinadas como aprendizagem. X não podia aprender com as experiências. Com o ‘erro’, X era acusada de incompetência e, com isto, era ameaçada de abandono (e muitas vezes era efetivamente abandonada). Além disso, tinha suspenso os ‘cuidados’ fornecidos em virtude de sua ‘desobediência’. Caso cumprisse a REFERÊNCIA e ‘acertasse’, X não conseguia ser reconhecida por eles como alguém bom e competente, pois o cumprimento da REFERÊNCIA era compreendido como ‘obrigação’. Nem o acerto nem o erro a transformavam em uma pessoa ‘visível’.

Este processo pôde ser observado transferencialmente primeiramente na entrevista inicial com a mãe, com relação ao seu comentário sobre sua aprovação, caso X desistisse dos estudos. Pelo seu discurso aparente, podemos entender que sua mãe dava liberdade de escolha à filha, quando ela dizia: *"Caso X não queira mais estudar, para mim tudo bem"*. No entanto, havia uma outra frase: *"Ela vai trabalhar e eu não tenho mais que pagar o preço da escola"*. Esta segunda frase pode ser entendida como um significado implícito de desprezo pela capacidade da filha e isenção de responsabilidade (não precisar gastar dinheiro, nem se responsabilizar por alguém que não tem competência para manter a "boa aparência" e cumprir a REFERÊNCIA), e também como uma ameaça de enviá-la ao trabalho e abandoná-la como punição e castigo.

Outro exemplo que pode ser citado é o pedido de tratamento endocrinológico para crescer, que X fez quando tinha onze anos. Como X passou a sentir-se mal após este tratamento, a mãe atribuiu a culpa pelo mal-estar ao tratamento e a X, e se isentou de responsabilidades pois havia apenas atendido ao pedido da filha. Porém, em nenhum momento antes da consulta, a mãe havia considerado junto a filha, seu pedido de ‘crescimento’. Nem depois da consulta as orientações e medicações indicadas pelo médico foram examinadas e(ou) discutidas.

Temos aqui exemplos, de mensagens com duplo sentido, com significados implícitos ao discurso explícito. Além disso, podemos entender que, ao mesmo tempo que X era incentivada para ir *"Avante sempre"*, para crescer e ser independente, quando tomava decisões baseada em seus próprios desejos e experiências e estas fracassavam, estas experiências não podiam ser entendidas como aprendizagem, mas como um ‘erro’ suscetível de acusação, punição, culpa e abandono.

Na entrevista inicial, sua mãe deu ênfase à uma preocupação sua, de ter revelado a X na idade em que seus sintomas iniciaram o fato dela (mãe) ter sido adotada. Aparentemente, tomando esta revelação literalmente, não haveria motivos para preocupação. No entanto, podemos questionar que tipo de conotação implícita poderia ter sido dada pela revelação explícita e que tipo de conexão X pode ter feito com outras situações que experimentava na vida e na família?

Por outro lado, compreendemos que, com relação ao tratamento com o médico hindu, houve outro processo. Tanto o tratamento, como os efeitos colaterais da ‘medicação’ indicada, nunca foram considerados, mencionados, criticados nem examinados. Este tratamento foi entendido como uma REFERÊNCIA que a mãe impôs a X, pois ela não tinha informações sobre o tratamento e seus efeitos. Sendo assim, ela a cumpria e determinava que X a cumprisse também, sem exame.

Podemos entender que uma vez admitida uma REFERÊNCIA, a mãe não podia reconhecer sua ignorância, desconhecimento e ‘erro’, pois ela precisava ter cumprida a REFERÊNCIA de ‘boa aparência’ e de ‘pessoa perfeita’. Sendo assim, quando admitia que estava ‘correta’, não admitia que qualquer pessoa pudesse questioná-la, pois havia possibilidade de denegrir sua ‘boa imagem e aparência’.

Com relação à psicoterapia, houve os dois processos: a procura da psicoterapia também não foi questionada e examinada entre mãe e filha, pois esta foi considerada uma REFERÊNCIA da coordenadora da escola, que ajudaria X a manter a REFERÊNCIA de ‘boa aparência’, por intermédio desta, ela teria uma boa produção pedagógica e passaria de ano. Além disto, procurar psicoterapia fazia parte da REFERÊNCIA de ‘mãe cuidadosa’, por este motivo a mãe assumiu, cumpriu, e fez com que X a obedecesse.

Porém, no decorrer do processo psicoterápico, observou-se que havia condições implícitas, ao pedido explícito de tratamento psicoterápico: este não poderia tocar em algo que não estivesse contidos nas REFERÊNCIAS da família e não deveria interferir nas rotinas, nos valores que as determinavam. Por exemplo: ir à aula era importante para o pai, pois ele mesmo mencionou a X e à terapeuta que o importante para ele era sua ida à escola e não passar de ano, e ele não conseguia entender, nem sequer imaginar, que X poderia

estar na escola sentindo-se mal. Ele no lugar dela, estaria bem caso fosse à aula, e por quê sua filha não estaria? Sendo assim, X teria de cumprir a REFERÊNCIA de ir à escola e fazer de conta que estava tudo bem. Com isto, ela manteria as aparências, como eles (mãe e pai) o faziam.

Lutar e enfrentar dificuldades era outra REFERÊNCIA fundamental para o pai, pois este era seu modo de significar e de conduzir a vida. Esta era uma das REFERÊNCIAS que mantinham sua identidade, seu modo de funcionamento psíquico e sua conduta. Ele não se importava se X seria ou não reprovada, mas, para ele, o importante era que ela enfrentasse, lutasse e tentasse. O pai não questionava qual seria o modo próprio de sua filha conduzir-se na vida.

Mesmo concebendo, mantendo e cumprindo as REFERÊNCIAS, poderíamos pensar que cada membro da família teria sua própria maneira de fazê-lo. Porém, não era isto que se observava: os pais determinavam que os filhos mantivessem as mesmas REFERÊNCIAS, as mesmas formas de executá-las e os mesmos modos de conduta para mantê-las.

Desse modo, podemos entender que os pais faziam um pedido paradoxal aos filhos: eles deveriam ser independentes, mas, ao mesmo tempo, deveriam ser dependentes dos significados e REFERÊNCIAS da família, para manter a mesma forma de concebê-las, mantê-las e cumpri-las. Em outras palavras, não havia espaço para diferenças: os filhos poderiam e deveriam ser explicitamente independentes, mas deveriam manter uma dependência implícita.

X tentava cumprir as REFERÊNCIAS atendendo aos pedidos paradoxais que os pais faziam a ela: tinha 'boa aparência', era independente, desenvolvia sua percepção, fazia 'tudo certo' e ao mesmo tempo obedecia e era dependente. Porém, sua dependência era explícita, pois X pedia companhia, presença e carinho dos pais. Eles interpretavam este pedido de proximidade explícito como 'grude'.

Além disso, X também cobrava a reciprocidade de carinho e afeto dos pais. Como carinho tinha um significado desconhecido pelos pais, com este pedido explícito, X questionava os pontos cegos da família. Mesmo cumprindo explicitamente as REFERÊNCIAS, X interferia e intervinha nos significados implícitos.

Conforme os pais relataram, os outros filhos do casal (os irmãos de X), tinham dificuldades também, mas não eram vistos como "problemáticos": eles não questionavam, não solicitavam carinho, não demonstravam dependência, nem interferiam nos valores fundamentais contidos nas REFERÊNCIAS que regiam a identidade e o modo de conduta da família. O irmão caçula repetiu de ano, mas foi à escola, não interferiu no valor fundamental do pai. A irmã fazia tudo que a mãe mandava sem questionar, mas era compreendida como autônoma e independente porque ela não pedia presença nem carinho.

Mesmo não aceitando que algo fosse diferente de suas REFERÊNCIAS, o pai pôde ouvir quando a terapeuta mencionou as necessidades e dificuldades de X. Ele pôde compreender os sentimentos e necessidades de sua filha (levando-a à terapia antes da prova); pôde perguntar do que ela precisava (se podia e queria ir à aula); deu oportunidade para que X experimentasse seu próprio referencial (estudar sem ir a aula e fazer a prova depois). Enfim, tentou mudar os REFERENCIAIS e atitudes de 'cuidados' que vinham sendo mantidos até então, atendendo às solicitações e orientações da terapeuta.

Com a compreensão e intervenção do pai, X mencionou sentir-se muito acolhida. Porém, esta atitude demonstrou que, de alguma forma, o pai tinha estado ausente da relação com os filhos até então, e que a tarefa de cuidar, criar e educar os filhos, tinha sido de sua esposa e que ela administrava como podia. A mãe, de alguma forma, tinha razões para se sentir sobrecarregada.

Sua mãe, mesmo com as observações e as intervenções da terapeuta, não conseguiu rever suas REFERÊNCIAS e, mais do que isto, sentiu-se perseguida pela intervenção afetiva da terapeuta e do marido com relação à sua filha. Além disso, a mãe tentou boicotar a disponibilidade da terapeuta e do marido para com a filha. Como exemplo, podemos citar o episódio do dia da prova. X precisava sentir-se acolhida e contida, para poder fazer uma prova importante numa manhã bem cedo. Solicitou a ajuda

da terapeuta, para atendê-la e contê-la antes da prova e esta a atendeu. X demonstrou sentir-se bem com esta ajuda e disponibilidade. Sua mãe, como boicote a esta ajuda, negou-se a levá-la, ao passo que o pai se prontificou e a levou. Com isto, tanto o pai como a terapeuta, demonstraram disponibilidade afetiva de ajudar X, a terapeuta em atendê-la e o pai em levá-la. A mãe tentou um segundo boicote com a negação do suco de laranja no seu café, da manhã dizendo: "*Já que está se sentindo bem, faça o seu próprio suco*".

X mencionou este fato, dizendo que sua mãe não só demonstrou seu descontentamento, por X ter eleito outras pessoas para ajudá-la que não ela, mas negou sua ajuda, oferecendo-a (simbolicamente pelo suco) aos seus irmãos. Com esta atitude da mãe, podemos compreender alguns pontos:

- Quando X elegia outras pessoas como PESSOAS-REFERÊNCIA, a mãe parecia sentir-se ameaçada de perder seu lugar, importância e controle sobre a vida da filha. A atitude da filha pode ter sido interpretada pela mãe, como rejeição e abandono;
- Diante da disponibilidade de outros para ajudar X, a mãe parecia sentir-se ameaçada de perder sua 'aparência de boa mãe' e de 'disponível para ajudar os outros'.

Compreendemos que, por um lado, a mãe desejava a independência da adolescente, mas, por outro, pareceu que quando a filha elegia outras PESSOAS-REFERÊNCIA, (isto aconteceu também com a babá, a empregada atual, o centro espírita e outros) era significado por ela, não somente como transgressão às REFERÊNCIAS, mas também como abandono e rejeição da filha.

Levando-se em conta o histórico de vida da mãe, podemos pensar que este tipo de atitude da filha poderia estar 'evocando' sentimentos dolorosos de rejeição e abandono, sofridos por ela em sua família de origem (da mãe biológica, da mãe e do pai adotivo), que ela mantinha sob controle defensivo. Assim, a mãe não podia ver a atitude da filha como um processo de independência e de desenvolvimento, mas como uma situação transferencial de outros abandonos.

Boicotando a independência da filha, a mãe poderia manter a REFERÊNCIA de aparência de 'boa mãe'; manteria a dependência de X dela; legitimaria as REFERÊNCIAS que continham a compreensão de ter sido 'bem criada e bem amada' pela família adotiva; e evitaria a angústia de abandono evocada pela atitude da filha.

Transferencialmente, a mãe também reagiu com hostilidade e boicote à terapeuta e à terapia por várias razões e em várias circunstâncias:

- Quando a terapeuta fez insistentes pedidos para que a mãe pudesse compreender as necessidades afetivas de X, esta reagiu com hostilidade alegando: *"Eu também não tive carinho e sobrevivi"* e *"Carinho demais estraga e impede crescimento"*. A mãe não pôde rever nem transformar este significado;

- Quando a terapeuta apontou para a mãe que as necessidades que estavam sendo mantidas e supridas por ela não eram suficientes, pois X tinha necessidades de outra ordem daquelas contidas em suas REFERÊNCIAS, a mãe compreendeu esta observação como acusação e denúncia de fracasso, incompetência e 'erro';

- Por compreender as observações e as orientações da terapeuta como denúncia e acusação, a mãe sentiu-se perseguida por esta. Sendo assim, não pôde compreender, nem sequer ouvir, o que a terapeuta tentava dizer, mas tentou fazer com que esta acreditasse na sua 'boa aparência', relatando (ao invés de ouvir) suas atitudes e atividades de 'mulher competente e boa'. Como a terapeuta continuou intervindo; como a mãe desconhecia o significado dos pedidos que a terapeuta fazia a ela; como 'desconhecer' e não conseguir suprir as necessidades de alguém era insuportável, pois infringia sua 'boa aparência', a mãe passou a hostilizá-la;

- Não suportando o exame e a crítica das REFERÊNCIAS que norteavam a identidade de sua família; percebendo as mudanças de X para a independência de suas REFERÊNCIAS; percebendo que X estava conseguindo superar suas dificuldades com a ajuda do pai e da terapeuta; não conseguindo fazer com que a terapeuta se aliasse a ela para que X cumprisse as suas REFERÊNCIAS; observando que o marido também não as estava cumprindo, mas, ao contrário, estava aderindo às referências da terapeuta e ajudando a

filha; observando que a terapeuta e o marido estavam se tornando PESSOAS-REFERÊNCIA para X em seu lugar, a mãe parece ter entendido que sua 'boa aparência' estava sendo ameaçada, e que seu papel de 'boa mãe' estava sendo desmontado. Desta forma, por não permitir que as pessoas pudessem ter referenciais diferentes dos seus; por não conseguir ter outros referenciais diferentes dos que mantinham sua identidade; e por não suportar que o marido e a terapeuta se transformassem em PESSOA-REFERÊNCIA para X, a terapeuta e seu trabalho tiveram de ser descartados.

Desta forma, podemos entender que embora X estivesse sendo contida e ajudada pela terapeuta, e estivesse demonstrando interesse e melhora por intermédio desta ajuda, sua mãe não pôde suportar este tipo de relação de X com a terapeuta, por razões internas, dela mesma.

Além destes, havia um outro pedido implícito na procura da psicoterapia para a filha: a mãe entendia que a terapeuta deveria FAZER da mesma forma como ela FAZIA: "*Vai, organiza e sai*": conserta o que está errado, ajuda os necessitados, proporciona 'boa aparência' e vai embora sem examinar e questionar. Sendo assim, transferencialmente, observou-se que a mãe exigia que as REFERÊNCIAS fossem cumpridas, mas da maneira como ela considerava correto. Observou-se também, que quando as pessoas não agiam desta forma, ela as boicotava, descartava e abandonava.

Pelo processo psicoterápico de X, pudemos compreender as REFERÊNCIAS que constituíam a identidade de sua família - como esta foi constituída a partir da família de origem de seus pais - de onde partiram as REFERÊNCIAS que constituíam sua identidade. Pudemos compreender, como estas REFERÊNCIAS favoreciam e(ou) impediam a constituição de sua identidade própria, a possibilidade de transformação e desenvolvimento desta, como também a possibilidade de levar adiante sua psicoterapia. Em outras palavras, foi possível compreender que havia fatores externos à sua condição interna, que influenciavam em seu processo de transformação, desenvolvimento e independência.

Podemos concluir que a REFERÊNCIA de 'boa aparência' tinha sua importância dentro e fora do núcleo familiar, pois todos os membros da família precisavam ser 'bem-vistos' e reconhecidos pelos OUTROS, pelas famílias de origem do casal e

perante a sociedade em que estavam inseridos, para que esta pudesse se realizar. Esta REFERÊNCIA dava a eles a aparência e identidade de ‘família adequada’, de ‘bons pais’ e de ‘bons filhos’, e norteava o funcionamento psíquico e a identidade de cada membro da família.

Além disso, observou-se que, apesar das aparências, todas as pessoas desta família sofriam internamente e implicitamente angústias de abandono, e necessidades afetivas que não podiam ser cogitadas e(ou) admitidas. Assim, todos os membros desta família, ligavam-se e desligavam-se das pessoas (dentro e fora do núcleo familiar) com muita facilidade, pois o vínculo que estabeleciam, dependia da conveniência e da necessidade de cumprimento da REFERÊNCIA e não de afeto.

1.5.3. A identidade de X

X se identificou com o significado rígido de ‘parecer ou aparecer bem para os outros’, contido na REFERÊNCIA - tida como regra fundamental, que regia o sentido de condutas e identidade de todos os membros de sua família e também da família de origem de seus pais. Sendo assim, sem questionar (até os 11 anos), obedeceu às regras de conduta nela contidas, e transformou seus pais, que eram pessoas mais importantes de sua vida e dos quais dependia em todos os sentidos, em PESSOAS-REFERÊNCIA. Com isto, utilizou os ‘recursos técnicos’ que os pais lhe ofereciam e tentou ser ‘bem vista’ e aceita por todos à sua volta, exercendo papéis de:

- Boa aluna, pois estudava, tirava boas notas, nunca repetiu de ano, ensinava as matérias da escola para os colegas, estava com dezesseis anos, e já cursava o terceiro colegial;
- Boa filha, pois era obediente, não apresentava agressividade, obedecia às REFERÊNCIAS, ajudava o pai no comércio na época de férias e a mãe nas compras, etc..;
- Boa pessoa, pois dava conselhos às pessoas, cuidava do filho da empregada, etc..;

- Pessoa forte, pois se identificava com a ‘aparência’ que os membros de sua família apresentavam: acreditava que seu irmão pequeno era forte, pois andava de bicicleta, brincava e podia ficar sozinho; que sua irmã mais nova era forte, pois ela era sociável, extrovertida, ia a festas e relacionava-se com as pessoas sem problemas; que seus primos eram fortes e valentes pois eram ‘machões’, sabiam dirigir automóvel, não davam trabalho aos pais e, por isso, eram valorizados pelos tios e pelo pai.

Exercendo estes papéis, X conseguiu estudar, dirigir automóvel, relacionar-se com as pessoas, enfim, conseguiu desenvolver uma condição egóica compatível e sintônica com a realidade, e aparentemente saudável. Idealizando os pais, entendendo-os como fortes, bons, poderosos, heróis e perfeitos, X idealizava a si mesma, e cumprindo a REFERÊNCIA de ‘boa aparência’, dadas por estas PESSOAS-REFERÊNCIA, tentava constituir uma identidade idealizada.

X queixava-se de não haver aproximação afetiva em sua família, pois estas eram baseadas em ‘conveniência’ e ‘boa aparência’. Porém, pela relação transferencial mantida com ela e pelos relatos e associações obtidas durante seu processo psicoterápico, observou-se que identificada com as REFERÊNCIAS da família, X também ligava-se e desligava-se das pessoas por uma questão de ‘conveniência e boa aparência’. Apesar de tentar contato com seus próprios sentimentos, e necessitar de afeto e carinho de OUTROS, X também confundia afeto com necessidade.

Podemos citar, como exemplo disto, sua reação e atitude por ocasião da morte da avó. X pareceu sentir muito sua morte, chorou na sessão e estava triste. No entanto, no decorrer de seu discurso e manifestações ‘afetivas’, observou-se que X não lamentava a morte da avó, mas o fato das pessoas, por estarem envolvidas e tristes com esta morte, não estariam disponíveis para cuidarem dela. Assim, entendemos que o pesar era por si mesma e não pela avó morta.

Outro exemplo foi quando X mencionou, comparou e relacionou o episódio da morte de um rapaz jovem, contada pela empregada, com a morte de duas pessoas conhecidas suas, com as quais se relacionava. X, ela mesma, estranhou o fato de não ter sentido a morte das colegas, como sentiu a morte de alguém que na verdade nunca ouvira falar a respeito.

Se entendermos que X estava às voltas com sentimentos de morte interna (psíquica) e que sentia a iminência desta fisicamente (durante os ataques de pânico), podemos entender que ao ser relatado pela empregada a possibilidade de ‘jovens morrerem’, X identificou-se com o jovem morto, e sentiu a possibilidade de sua própria morte. X não sentiu pesar pela morte do jovem, mas por si mesma.

Mais um exemplo deste tipo pode ser dado, quando X mencionou que ficou feliz no dia em que pôde cuidar do filho da empregada, pois sentiu-se ‘útil’. Como sua aparência para os outros era fundamental e importante e como não podia ficar só, o cuidado do garoto realizava suas duas necessidades: pôde ‘parecer útil’ e ao mesmo tempo a criança lhe fez companhia. Na aparência, foi ela quem cuidou do garoto, mas na verdade ocorreu o contrário, o garoto foi quem ‘cuidou’ dela.

X também apresentava este tipo de funcionamento com relação aos pais. Segundo ela, seu desejo era a companhia e afeto da mãe. Porém, tão logo seu pai se colocasse numa situação mais conveniente, ela aderiria a ele, e mudava rapidamente, sem restrições e sem pesar, seu ponto de apoio da mãe para o pai. Isto também acontecia com a irmã, o irmão pequeno, com amigos, namorados, e outras pessoas e situações.

Identificada com seus pais nas aparências, nos papéis, e na necessidade de ‘boa aparência’ e ‘conveniência’, X parecia muito confusa com relação aos seus próprios pensamentos, sentimentos, desejos, percepção e observação. Além disso, emitia também, mensagens duplas, com discurso explícito e significados implícitos.

Um exemplo deste tipo pode ser dado, quando X pediu explicitamente para ‘crescer’. Este pedido foi compreendido pelos pais no seu sentido literal e explícito. Sendo assim, como este pedido e significado explícito estavam contidos nas REFERÊNCIAS, X foi levada ao endocrinologista. Porém, podemos entender que ‘crescer’ teria para X, outros significados implícitos:

- X pediria para crescer por compreender que alguém que possui uma estatura baixa poderia não ser ‘bem-visto’. Haveria então, implicitamente ao pedido explícito de ‘crescer’, uma necessidade de cumprir a REFERÊNCIA de ‘boa aparência’ e de ser ‘bem-vista’ pelas PESSOAS-REFERÊNCIA. O endocrinologista teria sido significado por ela, uma PESSOA-REFERÊNCIA que a ajudaria a ‘crescer e parecer bem’;

- O pedido para ‘crescer’ também poderia conter implicitamente, uma necessidade de tornar-se alguém ‘grande’ o suficiente, para adquirir uma identidade autônoma e independente das PESSOAS-REFERÊNCIA.

Assim sendo, o pedido para ‘crescer’ teria um sentido implícito paradoxal: de cumprir as REFERÊNCIAS para ser ‘vista’ e aceita pelos pais, e também uma necessidade de autonomia e independência das PESSOAS-REFERÊNCIA e de suas REFERÊNCIAS.

X queixava-se do fato de não ser ‘vista’ e cuidada afetivamente por sua família. Mas, como emitia mensagens duplas e pedidos paradoxais - um de ser independente e outro de ser cuidada - os pedidos implícitos não podiam ser compreendidos nem supridos, pois seus pais compreendiam e atendiam, apenas os pedidos explícitos e literalmente.

‘Crescer’ pelo tratamento endocrinológico não surtiu o efeito desejado no sentido explícito, porque não pôde ser concluído em virtude de seu mal-estar. Porém, este também não atendeu os pedidos implícitos por várias razões:

- O tratamento não a tornou ‘bem vista’, por ter sido este interrompido antes de ser concluído e obtido seu resultado;

- X não conseguiu ser ‘vista’ como alguém que acerta, pois como sentiu-se mal, o tratamento foi compreendido por todos como ‘errado’;

- X não conseguiu continência do ponto de vista emocional, pois os pais a atenderam apenas no seu pedido explícito e ainda a acusaram de incompetência, por atribuírem a culpa pelo fracasso do tratamento (por ter se sentido mal), a ela;

- X não pôde adquirir independência quanto às REFERÊNCIAS de sua família, pois não pôde ser vista como ‘boa filha’, nem como uma pessoa que ‘acerta’, pelos pais;

- X não conseguiu compreender a si mesma como ‘boa e competente’, pois fracassou em sua tentativa de ‘crescer’;

- Não conseguindo ‘crescer’, X sentiu-se frágil, desamparada e abandonada por ela mesma e pelos outros. Sendo assim, teve de admitir e realizar sua dependência.

Entendemos com isso, que X identificada e também pressionada por seus pais, sentia paradoxalmente necessidade de cumprir as REFERÊNCIAS e de conseguir ser (como todo adolescente) independente. Porém, como tinha necessidade de ser vista, cuidada e acolhida do ponto de vista emocional e afetivo, e como não conseguia obter estes cuidados, sentia-se só e desamparada, para empreender seu processo de independência.

X apresentava dissociações. Por um lado, apresentava uma ‘boa aparência’, como uma pessoa forte e independente, mantinha um discurso explícito de FAZER e coerência de pensamento e raciocínio. Por outro lado, sofria devido à uma condição interna de caos e sentimentos de insegurança, desamparo, fragilidade e desintegração. Esta condição interna, era totalmente distinta daquela que demonstrava sua aparência.

Porém, X não podia compartilhar esta condição interna com ninguém mais da família, pois a solicitação de ser ‘vista’ e cuidada em sua fragilidade tinha de ser implícita pois tantas e todas as vezes que explicitou este pedido, X não pôde ser ouvida, não pôde ser aceita, nem contida neste sentido.

Identificada com a REFERÊNCIA de boa aparência da família e idealizando a si mesma, X não aceitava sentir-se deste modo. Sendo assim, recriminava-se, envergonhava-se de sua condição interna de fragilidade e sentia-se culpada e incompetente em virtude dos fracassos decorrentes desta condição. X dizia: *"Ninguém sabe quando estou mal". "Não quero que sintam dó de mim". "Sou diferente das pessoas, não conheço ninguém que tenha destas coisas"*. X acreditava que caso as pessoas descobrissem seus sentimentos e sua condição interna, elas poderiam sentir pena ou ter outro tipo de sentimento com relação a ela.

X tentou manter as aparências e cumprir as REFERÊNCIAS, de acordo com seu próprio jeito de ser: decidiu não ir à escola e estudar, para tentar ter uma chance de passar de ano. Agindo desta forma, X conseguiu cumprir a REFERÊNCIA do pai de ‘lutar’, mas não conseguiu cumprir a de ir à escola. Esta possibilidade só foi aceita pelo pai, em virtude da intervenção da terapeuta.

X tentou, também, ter contato com seus próprios sentimentos, mencionando e expressando raiva, e até mesmo ódio de várias pessoas, e por vários motivos: do garoto que não quis namorar com ela, que a desprezou; da empregada que contou sobre a morte de um rapaz e não a poupou; da amiga que a desprezou por não compreender as dificuldades pelas quais ela estava passando, e outras. X aceitou e assumiu este tipo de sentimento por estas pessoas.

Nesta mesma linha, X também sentia e demonstrava raiva da avó materna, porque ela não era uma avó 'legal', pois não deu amor à sua mãe nem aos netos, e também porque "*não perguntava se alguém precisava de ajuda, nem ficava junto em qualquer situação*". Este sentimento era permitido por todos da família e aceito por X. Apesar de reconhecer que a avó paterna "*batalhava para cuidar dos filhos*", sentia raiva desta porque ela demonstrava predileção pelos primos 'fortes' e o tio mais rico, por causa da 'boa aparência' que apresentavam. Porém, a raiva que sentia pela avó paterna e pelos tios e primos, só podia ser demonstrada para a mãe, pois o pai não permitia este tipo de sentimento com relação à sua família. Além das pessoas, X não podia demonstrar para os pais que não gostava de estudar, pois isto não era aceito por eles.

Com estes dados, entendemos que seu sentimento de raiva só podia ser demonstrado, quando fosse permitido por OUTROS, pois este tipo de sentimento era mobilizado, em virtude de falhas que algumas pessoas tinham cometido contra ela. Porém, estas falhas - falta de compreensão e suprimimento de carinho e necessidades afetivas; comparação e predileção por filhos que tinham melhor aparência; e falta de respeito por suas dificuldades - eram cometidas, principalmente, por seus pais. Entretanto, X nunca mencionou nem demonstrou qualquer tipo de sentimento de raiva dos pais, nem por estes, e/ou por quaisquer outros motivos.

Podemos compreender esta não-manifestação de raiva pelos pais, sob outra perspectiva também. Na sessão realizada por ocasião da morte da avó, X associou o sentimento mobilizado por esta morte, com o que experimentou, quando um cachorro bravo e agressivo de que gostava foi mandado embora de sua casa. Esta associação demonstra que, para X, as pessoas que demonstravam e(ou) exerciam sua agressividade não deveriam ser vistas como 'boas pessoas', e(ou) deveriam até mesmo serem compreendidas como

‘más’, pois infringiam a REFERÊNCIA de ‘boa aparência’. Sendo assim, aqueles que não tinham ‘boa aparência’ - como no caso de seu cachorro que era bravo e de sua avó que não dava carinho e preteria filhos e primos - deveriam ser excluídos, mortos e(ou) abandonados. No caso da avó, esta foi abandonada pelos filhos, pois não pôde ser cuidada afetivamente por estes mesmo nos últimos momentos de sua vida, e no caso do cachorro, este foi mandado embora, abandonado e substituído por outro ‘menor e mais calmo’.

Desse modo, X podia entender que caso ela sentisse raiva e(ou) exercesse sua agressividade com relação à mãe e ao pai, e(ou) com relação a outras pessoas, que não fosse permitido, ela estaria ‘se comportando mal’ e infringindo as regras da REFERÊNCIA de ‘boa aparência’. Assim, odiar os pais e(ou) infringir suas REFERÊNCIAS tinha para X um significado interno de possuir uma ‘maldade’ que poderia ser punida com o abandono.

Entretanto, este significado não era oriundo apenas de fantasias de X. Ela já havia observado a realização de abandonos nestas circunstâncias, que confirmavam esta significação interna (com a avó, com o cachorro, e pela estória de adoção da mãe). Além da observação do abandono realizado com outros, X já o havia experimentado quando bebê (pela sua imobilidade e ‘solidão-sem-colo-de-mãe’) e todas as vezes que precisou e não conseguiu a presença de sua mãe durante os ataques de pânico. Estas experiências, também e de alguma forma, confirmavam sua fantasia de ter uma ‘maldade’ interna e uma ‘má aparência’, que a tornavam passível de ser abandonada.

Além dos relatos e associações que X fazia durante as sessões, pelo contato e pela relação transferencial mantida principalmente com a mãe, observou-se que qualquer pessoa que não a entendesse como ‘boa pessoa e mãe’, e(ou) rejeitasse e não cumprisse suas REFERÊNCIAS, era impreterivelmente abandonado, pois isto aconteceu com a terapeuta. A mãe a abandonou realmente, quando esta não cumpriu com suas expectativas e REFERÊNCIAS e também quando esta não foi ‘boa’ por não ter feito com que X as cumprisse. Desse modo, podemos entender que a revelação da adoção feita pela mãe pode ter sido significada por X, como possibilidade de realização de abandono, e(ou) esta revelação pode ter sido usada pela mãe como uma ameaça de abandonar a filha como ela foi abandonada pelos pais biológicos.

X se defendia do sentimento de raiva e(ou) ódio dos pais, pela mobilização do sentimento de culpa (quando a raiva e(ou) ódio surgiam), que aparecia sob a forma de acusação interna (e também externa) de 'maldade' e 'má aparência'. Porém, com isso, X abandonava a si mesma, pois não podia entrar em contato com seus próprios sentimentos. Percebemos que havia, na comunicação entre os membros desta família, um discurso explícito com ameaças implícitas de abandono. Ameaçada e(ou) identificada com os pais, X era submetida e(ou) submetia-se ao cumprimento das REFERÊNCIAS temendo ser acusada e(ou) abandonada por eles e por ela mesma.

Assim, a autonomia de X, no que se referia à possibilidade de sentir seus próprios sentimentos, era restrita às possibilidades que as REFERÊNCIAS que norteavam a vida dos pais e das famílias de origem destes permitiam. Sua independência poderia ir até onde, quanto e quando os pais e suas REFERÊNCIAS não deixassem de ser o eixo central, e o ponto de apoio pelo qual, X deveria guiar-se e dirigir-se para não ser abandonada.

Assim como fazia com relação aos sentimentos, X também tentava ter contato com seus próprios desejos para poder discriminar o que queria e o que escolher. Porém, o contato com seu próprio desejo que possibilitaria a discriminação de sentimentos e de escolha era superficial. O desejo aparecia sob alguns aspectos, e em alguns momentos (por exemplo, quando pediu para 'crescer'; quando pediu sessão extra; quando pediu para ir ao centro espírita, etc..). Porém, X não podia concebê-los, pois não sabia como operacionalizá-los, para que estes não infringissem as REFERÊNCIAS. Desse modo, pedia a OUTROS que os determinassem e(ou) os administrassem.

Podemos citar, como exemplo, sua escolha profissional. Como estava cursando o último ano do segundo grau, X tinha que decidir seu futuro, escolhendo uma profissão. Porém, X não conseguia escolher uma profissão, pois isto implicava no contato com seu próprio jeito de ser, para saber qual era seu desejo e do que gostava, e isto não era possível para ela, nem era permitido pelos pais. Além disso, escolher e decidir implicavam também em assumir uma posição e, com ela, todos os riscos, responsabilidades. Esta escolha tinha necessariamente teria que 'dar certo'. E se a escolha não fosse a 'certa'? Neste caso, X teria de arcar com as cobranças e tudo o que poderia advir como consequência de um possível 'fracasso'.

Não somente neste caso de escolha profissional, mas, de modo geral, como não conseguia orientação para suas dúvidas, continência para 'erros' e desejos, mas, ao invés disto, ameaças de punição e abandono caso desse "errado" a satisfação de algum desejo, uma alternativa que X encontrou, foi viver a vida por intermédio de OUTROS. Isto resolvia a situação, pois fazendo escolhas baseada no desejo de OUTROS, caso resultasse em fracasso, a responsabilidade seria do OUTRO e não dela. Além disso, X acreditava que isto diminuiria as possibilidades de cobranças e abandonos.

Isto não quer dizer que X não tinha condições de desejar e escolher. Esta condição existia mas em potencial. Esta não era experimentada efetivamente, pelo fato de X ter se baseado predominantemente no OUTRO e em suas REFERÊNCIAS para ser 'vista' e para não 'errar'. Com isto, X havia se distanciado de si mesma como referência de seus próprios desejos e sentimentos.

Esta condição era decorrente de sua fragilidade interna, mas era também decorrente de um impedimento externo, pois desejar e escolher implicava no risco de ter que assumir a responsabilidade de uma escolha 'errada'; de ir contra as expectativas do OUTRO e de suas REFERÊNCIAS; de ter que administrar cobranças destes OUTROS caso a escolha fosse a 'errada'; de não ser 'bem-vista' e reconhecida caso fracassasse; e também (e principalmente) de ser abandonada por não 'acertar' e por infringir a REFERÊNCIA de 'boa aparência'. Com isto, X passou a acreditar (ilusoriamente) e entender (racionalmente) que a necessidade apontada pelo OUTRO era a sua, e que as necessidades supridas eram as "reais".

A satisfação de desejos feitas por meio desta condição não a tornava realizada, mas mobilizava culpa. Esta culpa era oriunda de acusações de OUTROS para com ela (e vice-versa) de 'exigir demais', pois compreendia-se que ela 'tinha tudo'. Tinha mesmo, só que este 'tudo', correspondia àquilo que os OUTROS podiam e queriam dar a ela, e não àquilo que ela precisava receber.

Por outro lado, caso conseguisse detectar e satisfazer algum desejo próprio que infringisse e(ou) fosse incompatível com a expectativa, o desejo e(ou) a REFERÊNCIA do OUTRO esta realização e satisfação, igualmente a fazia sentir-se mal e culpada, pois podia

ser entendida pelos OUTROS como 'erro' e fracasso. Junto com a realização de seus próprios desejos e necessidades, havia, também, um sentimento de culpa e um temor de abandono.

X temia boicotes e mencionava este temor. Poderiam ser estes boicotes, uma fantasia de X? X era inteligente, observadora e percebia sua dificuldade de discriminação de sentimentos e desejos e, muitas vezes, detectava qual era o motivo. Apesar disto, X tentava negá-la e boicotá-la, assim como sua independência, quando precisava cumprir as REFERÊNCIAS, para manter sua imagem e sua 'boa aparência'.

Por outro lado, pudemos observar também que quando X manifestava sentimentos decorrentes de suas próprias observações - quando estas infringiam as REFERÊNCIAS dos pais, estes tentavam boicotar sua percepção, apontando para ela o que ver, o que pensar, o que sentir e o que desejar. Neste caso, X aderiu às REFERÊNCIAS dos pais e ficava confusa sobre o que percebia, sentia e desejava.

Isto se observou transferencialmente quando X elegeu o pai e a terapeuta como PESSOAS-REFERÊNCIA. A mãe de X se irritava e hostilizava a filha, assim como a boicotava, quando esta elegia outras PESSOAS-REFERÊNCIA para lhe dar continência e referências. Desse modo, podemos entender que X boicotava a si mesma mas, sem dúvida, os boicotes externos também existiam.

Assim, a dissociação de identidade de X pode ter sido desenvolvida, também como defesa contra boicotes. X tinha que manter seus próprios sentimentos, desejos e observações, à parte de sua aparência, pois caso os manifestasse, estes poderiam não ser aceitos e, sendo assim, o abandono seria inevitável. Entretanto, não os manifestando, poderiam ser preservados.

Podemos compreender o modo de funcionamento psíquico e de constituição de identidade de X, assim como as razões pelas quais ela tinha dificuldade de desenvolver este contato com seus próprios sentimentos, desejos, percepções, potenciais e recursos e referenciais, e o contato com o verdadeiro EU (cf. WINNICOTT (1990e).

Segundo este modo de compreensão, X teria perdido contato com seu verdadeiro EU e transformou seu EU em um falso EU, ou seja, transformou o OUTRO como REFERÊNCIA de si. Transformando seu EU em um Falso EU, o desejo do OUTRO era significado como desejo próprio e nada podia ser feito sem sua anuência e REFERÊNCIA.

Baseada em REFERÊNCIAS, e identificando-se com o OUTRO, X necessitava do OUTRO e de suas REFERÊNCIAS para manter seu próprio sentido de existência e identidade. Assim era constituído seu Falso EU: uma REFERÊNCIA do que FAZER, do que sentir, do que desejar. Isto mantinha seu verdadeiro EU sob proteção, mas, ao mesmo tempo, dificultava contato e apropriação de seus próprios recursos, potenciais e desejos.

O OUTRO significava para X seu EU (falso) e, sendo assim, a presença do OUTRO era necessária para que ela existisse e se constituísse como um EU. Baseada em REFERÊNCIAS, nas PESSOAS-REFERÊNCIA e no seu Falso EU, X fazia, empreendia, executava, pensava, articulava e defendia pontos de vista como se fosse um OUTRO (diferente de si).

Transferencialmente, isso pôde ser observado. Dependendo de qual era a REFERÊNCIA (o livro de auto-ajuda, o centro espírita, o medicamento) e de quem era a PESSOA-REFERÊNCIA (o médico, a empregada, a mãe, o pai, os irmãos, os primos e também a terapeuta) com a qual se identificava, X apresentava-se de uma forma diferente. De acordo com o REFERENCIAL que lhe estava dando suporte, surgia um EU diferente. Esta mudança não era gradual, mas, pelo contrário, ela acontecia de forma brusca e significativa a cada sessão e até mesmo em uma mesma sessão.

Observou-se que vários OUTROS-EUS conviviam em uma mesma pessoa. Identificada com as PESSOAS-REFERÊNCIA, X podia FAZER, mas X não conseguia SER. Quando alguém lhe dizia o que desejar, o que sentir, o que pensar e(ou) quando X entendia qual era a expectativa do OUTRO sobre ela, X desempenhava papéis, FAZIA e empreendia e executava da melhor forma. Aparentemente, X dirigia automóvel, preocupava-se com a escola, com as notas, mas isto não era uma necessidade sua. Neste FAZER estava implícita a necessidade de 'boa aparência'.

Esta ‘imagem’ que X apresentava para as pessoas tinha, também, o sentido de controlar o que os outros estariam pensando dela. Como exemplo, podemos citar o episódio de ‘reconquista’ do garoto em quem estava interessada. X não conseguia sair de casa para nada e não conseguia até mesmo para ir ao banheiro sozinha sem acompanhante. No entanto, recuperou-se repentinamente de seus medos para demonstrar ‘boa aparência’ e impressionar o rapaz. Pegou o carro sozinha, dirigiu na estrada sem medo e foi ao encontro do rapaz. Por meio das REFERÊNCIAS, X conseguia apoio interno, pois estas lhe davam sentido de existência, suporte e segurança. Quando X queria ser ‘vista’ e apoiada, conseguia FAZER e desempenhar todas e qualquer atividade, da melhor forma, e em maior quantidade.

Podemos entender com isto, que X não se preocupava com sua segurança física, com seu desenvolvimento, com seus desejos, sentimentos e percepção: não se preocupava em SER um EU, mas com as REFERÊNCIAS, pois, por meio destas, conseguia constituir-se em um EU, sentia-se segura e FAZIA. Isto era justificável, pois sem as REFERÊNCIAS, X não conseguia SER ela mesma, não tinha orientação nem referencial para isto. SER implicava em confusão de percepção e sentimentos, além de sensação de inexistência, caos, morte e pânico.

Como seu EU era constituído por EU-OUTRO, como um Falso EU, dado pelas PESSOAS-REFERÊNCIA, com a ausência do OUTRO, não existiria EU. Não existindo EU, não existia organização e integração, mas sensação de morte e aniquilamento. Sem esta aparência não existia ‘uma pessoa’. Desta forma, observávamos ora alguém desesperado, frágil, sozinho e carente, ora alguém decidido, feliz e organizado, e ora alguém organizado de uma forma e ora de outra completamente diferente.

Porém, X vivia um conflito. Atender ao OUTRO, assumir suas REFERÊNCIAS e transformar seu EU em um Falso EU, significava abrir mão de si, e não desenvolver seu EU verdadeiro. Em compensação, ela tinha com isto, uma REFERÊNCIA e certa garantia para não ser abandonada (por si mesma e pelos OUTROS). Transformar-se em si mesma seria perigoso para X pois ela correria o risco de sentir-se mal e de ser abandonada (talvez concretamente) pelas PESSOAS-REFERÊNCIA, pois perderia seu apoio e segurança.

Entrar em contato com seu verdadeiro EU frágil e caótico, incompetente e 'mau', também significava para X transgredir as REFERÊNCIAS e perder sua 'boa aparência'. Sendo assim, SER um EU e ser descoberta, eram compreendidos por X, como possibilidade de ser abandonada e descartada. Com o abandono, X perderia a REFERÊNCIA do EU-OUTRO e entraria em contato com sentimentos penosos e auto-acusações. Desta forma, podemos entender que a REFERÊNCIA de 'boa aparência', constituía um Falso EU que foi desenvolvido no decorrer de sua vida, tendo em vista a necessidade de ser 'amada', 'cuidada' e 'bem-vista', para não ser descartada e abandonada (por ela e por OUTROS).

Para conseguir manter sua "boa aparência", X ligava-se às pessoas, dava importância ao que diziam, respeitava e atendia suas orientações. Na segunda sessão com a terapeuta, isto aconteceu: X 'entendeu' e 'aderiu' às interpretações da terapeuta, de que suas dificuldades eram de origem emocional. A partir disto, seguiu 'corretamente' sua orientação de aumentar o número de sessões, aceitou sua ajuda, amparo e compreendeu a terapeuta como alguém importante e fundamental para sua 'melhora' e sentiu-se melhor.

No entanto, X questionava as REFERÊNCIAS. Quando isto acontecia, substituíam uma PESSOA-REFERÊNCIA por outra, sem pesar. X substituiu a ajuda da terapeuta, pela ajuda do centro espírita, do Lair Ribeiro, do medicamento e outras, tão logo obteve outro tipo de explicação sobre a etiologia de seus sintomas. A cada novo REFERENCIAL, X apresentava melhoras, mas voltava a sentir-se mal todas as vezes que questionava esta REFERÊNCIA e a trocava por outra.

Entendemos que o médico, a psicóloga, os livros de auto-ajuda, o centro espírita, e outros eram significados como fórmulas de conduta, como REFERÊNCIAS, que se buscava para ajudá-la a superar seus sintomas e a recuperar sua 'boa aparência'. Quando as REFERÊNCIAS externas à família eram questionadas, e(ou) quando tinha dúvidas se os pais a aceitariam e(ou) a abandonariam por ter conseguido esta 'boa aparência' e melhora por outros meios, X aderiu novamente às REFERÊNCIAS de 'boa aparência', legítima dentro do contexto de sua família, e restaurava sua identidade, baseada nestas.

1.5.4. Os tipos de angústia e defesas apresentadas por X

Angústia de abandono

A terapeuta conduzia o processo psicoterápico de X, interpretando para ela, sua dependência das REFERÊNCIAS dos pais. Ao mesmo tempo a terapeuta insistia em apresentar para os pais a necessidade que X tinha de afeto e continência, ao invés de REFERÊNCIAS. Isto poderia evitar os boicotes internos e externos para que o processo interno de separação e independência de X fosse realizado. Porém, temos de levar em conta alguns aspectos:

- X, por ser uma adolescente, dependia dos pais em todos os sentidos. Sua atitude de resistência às REFERÊNCIAS deles, poderia colocá-la sob o risco de ser censurada, repudiada e abandonada concretamente por eles. Os pais não aceitavam nem admitiam que X não cumprisse as REFERÊNCIAS de ‘boa aparência’, pois estas norteavam as condutas e mantinham a identidade da família. Assim, entendemos que o desenvolvimento de seu verdadeiro EU era impedido pelo temor de ser abandonada e rejeitada pelos pais. X defendia-se executando e cumprindo as REFERÊNCIAS;

- Por outro lado, a separação e a independência das PESSOAS-REFERÊNCIA significavam para X a perda de REFERÊNCIA que trazia consigo a perda de sentido de realidade e de ausência de si mesma, o que proporcionava sensação de não saber viver nem administrar ‘desejos’. Sem as PESSOAS-REFERÊNCIA, X entrava em contato com seu verdadeiro EU caótico, frágil e desintegrado, o que fazia com que se ‘sentisse mal’, tivesse sensações de morte e inexistência. Enfim, sem as REFERÊNCIAS das PESSOAS-REFERÊNCIA, que lhe davam garantia de existência e de vida, X ‘entrava em pânico’. Como defesa, X ‘apegava-se’ às PESSOAS-REFERÊNCIA, pois estas davam sustentação ao seu EU, à sua organização egóica e à administração dos ‘seus desejos’.

A ausência e(ou) a separação das PESSOAS-REFERÊNCIA, não eram sentidas por X como uma ansiedade de perda ou separação, até mesmo porque não havia afeto, mas REFERÊNCIAS e dependência a serem realizadas nesta relação, mas como uma angústia de abandono, desamparo e morte psíquica.

Quando X se identificava e(ou) se submetia às REFERÊNCIAS, sentia-se bem, viva, animada, conseguia defender-se dos sintomas de angústia e dos ataques de pânico. Tendo o OUTRO como REFERÊNCIA havia diminuição da angústia de abandono.

Angústia persecutória

Embora compreendesse muitas vezes a inconveniência do ambiente ou das REFERÊNCIAS a que estava submetida, por temer ser abandonada e também por não poder contar com seu EU, X negava sua percepção e interpretava as atitudes, condutas e REFERÊNCIAS das PESSOAS-REFERÊNCIAS como ‘certas’. Para não ‘errar’ e ‘parecer mal’, e também para evitar contato com seu EU frágil e caótico, X passava a depender delas. Quando havia fracasso do ambiente, X atribuía a si a incompetência e assumia a responsabilidade pois temia acusar e ser abandonada.

Com isso, X sentia-se ‘má’ e incompetente e sofria internamente sentimentos de persecutoriedade e culpa. Estes sentimentos funcionavam como impedimentos internos de ‘fazer coisas erradas’ para não ser abandonada. O sentimento de culpa e as acusações, podem ser oriundos de fantasias, de internalizações superegóicas, e(ou) de idealizações de modos de conduta.

Porém, podem também ser oriundos da relação mantida com seus pais. Quando não cumpria as REFERÊNCIAS dos pais, X era realmente acusada, ‘malvista’ e castigada por eles, com a retirada dos recursos que forneciam. Com isto, X sentia-se abandonada com a perda do ‘apoio’ que lhe dava garantia de existência e segurança. Por outro lado, X sentia-se perseguida com a possibilidade de não cumprir o esperado e o determinado pelos pais.

Esta angústia de abandono e de persecutoriedade funcionavam muitas vezes como defesas para impedi-la de fazer outras experiências e ‘errar’. Entretanto, elas também impediam o contato e o desenvolvimento de seu próprio EU. Este impedimento ocorreu, durante todo o período de sua infância e adolescência, pois não se permitiu que X experimentasse, conhecesse e desenvolvesse suas potencialidades e recursos. Por outro lado, não se permitiu que X entrasse em contato com sua fragilidade (naturais para uma criança), e dependência (pois esta tinha que ser implícita), para poder ultrapassá-las.

Por não respeitarem (tanto X como seus pais) os limites e dificuldades naturais de um processo de desenvolvimento, estas sempre foram interpretadas (por todos) como incompetência e menos valia. Esta significação gerava sentimentos e angústias persecutórias intensas. Como defesa, X exigia (e era exigido dela) uma maturidade e emancipação precoce.

Angústia sem nome

X experimentava angústia de abandono (relacionada com as PESSOAS-REFERÊNCIA), e angústia persecutória (relacionada com idealizações), de forma crônica, desde a infância. Porém, passou a apresentar, após os onze anos, uma angústia aguda e intensa, sob a forma de ataques, que proporcionava sentimento de desamparo, de desintegração psíquica e sensações de morte física.

Pelas características desta angústia sem nome, sem representação e objeto, poderia ser relacionada à uma organização egóica incapaz de representação, referente, portanto, aos seus primórdios de vida. Sendo assim, esta angústia sem nome poderia se referir a uma condição estrutural e primitiva, relativa ao início de uma organização de EU, cf. WINNICOTT (1988), anterior à capacidade do ego de representação e defesa.

Durante a ocorrência dos ataques, X sentia-se tomada, possuída e invadida por esta 'angústia inominável'. Quando 'possuída' por esta 'angústia inominável', que a tomava de sobressalto, X perdia sua capacidade discriminatória e tinha toda e qualquer sensação (boa e(ou) má) como uma invasão de algo externo a si. X se referia a esta sensação como 'sentir-se mal'.

X precisava e pedia um nome para o que sentia: uma REFERÊNCIA. Para ela, alguém precisava contar-lhe o que estava acontecendo (com ela mesma), para nominar o que estava sentindo (pois ela mesma não conseguia discriminar), a fim de orientá-la sobre um modo de 'alívio'. O centro espírita lhe deu esta REFERÊNCIA. Segundo esta fonte de informação, X estaria "*tomada pelo encosto do espírito de uma criança que ao invés de ajudá-la, a atrapalhava*". X repetia a REFERÊNCIA como uma 'verdade': "*Vira que mexe estou com encosto*". Sendo assim, quando sentia esta angústia, ia ao centro, onde 'tiravam-lhe' o encosto, e X melhorava, voltava a sentir-se bem, pois havia conseguido o que precisava.

Esta solicitação não foi feita somente ao centro espírita, mas também à mãe, à irmã, à empregada, à psicóloga da escola, ao médico, à terapeuta e a qualquer outra pessoa. À cada explicação dada sobre a etiologia de sua angústia, X a entendia segundo as REFERÊNCIAS destas fontes, transformava a pessoa que a deu em PESSOA-REFERÊNCIA e passava a seguir suas orientações. Com isto, X assumia o OUTRO como REFERÊNCIA de seu EU, transformava-se em um EU-OUTRO. Desse modo, entendemos que estes nomes e estas orientações não davam apenas REFERÊNCIA, mas também suporte e amparo para sua ‘angústia inominável’ e alívio de seu estado confusional.

Muitas vezes, X era invadida pela ‘angústia inominável’ e a informação, discriminação e nominação que foram dadas pelo OUTRO não surtiavam efeito. Além disso, esta proporcionava um estado de desintegração intenso que era sentido como traumático. Sendo assim, muitas vezes, X não podia esperar ‘novas informações’, nem podia suportar a angústia, mas precisava livrar-se dela.

Uma das formas que X encontrava para alívio da ‘angústia inominável’, era o afastamento desta feito pelo desvio e pela evitação de todo e qualquer estímulo que pudesse ‘provocar’ estas sensações. A terapeuta, mesmo sem entender racional e tecnicamente o que estava acontecendo a ajudava neste sentido, quando mudava de assunto, e desviava sua atenção voluntária para outras questões, absolutamente diferentes e não correspondentes ao tema e(ou) ao objeto mobilizador da angústia.

Pensando desta forma, localizamos neste tipo de funcionamento de X, algo análogo ao dos pais, principalmente da mãe. Estes também desviavam sua atenção (e das pessoas) para os cuidados e assuntos técnicos ditados pela regras e normas de aparência e trivialidades, quando questões como amar e terem sido amados, cuidar e terem sido cuidados, abandonar e terem sido abandonados, mobilizavam angústia.

Angústia de ‘desintegração e de despersonalização’ (cf. WINNICOTT (1994b))

A ‘angústia inominável’ era sentida como caos e desintegração psíquica, mas também abrangia o corpo. Quando ‘tomada pela angústia inominável’, X não sentia o corpo como próprio e dizia: *"Quando não estou bem, só o corpo vai, a cabeça fica"*. Podemos entender com isto que a ‘angústia inominável’ era composta de uma ‘angústia de

desintegração e de despersonalização', pois X apresentava sentimentos de desintegração corporal, quando tomada pela angústia.

Nas sessões de psicoterapia, a terapeuta podia observar constantemente a manifestação da angústia e as tomadas de providências para aliviá-la que X empreendia. Quando 'tomada' por este estado de desintegração, X dizia não sentir a si mesma, e tentava distrair-se com a ajuda da terapeuta. Esta, por sua vez, a ajudava, por exemplo, mudando de assunto: T: "*Fale-me sobre seu passado*". Quando a solicitação foi feita, X respondeu: "*Era gostoso, a gente brincava*". Por meio da 'distração', X conseguia voltar a 'habitar em seu corpo' (que mesmo assim não era sentido como próprio), imediatamente. Esta tomada de providência para alívio da angústia, feita pelas 'distrações', também aconteciam no seu dia a dia, quando brincava com o filho da empregada e outras.

X fazia tentativas solitárias para suportar a 'angústia de desintegração e de despersonalização'. Na sessão, enroscava-se nela mesma e no divã, e relatava que, muitas vezes ao dormir, agia desta forma. Podemos pensar que este modo de enroscar-se, poderia significar, uma tentativa de cuidar de si mesma para sentir-se inteira, ter a sensação de possuir pernas, braços, cabeça e tronco, para aliviar a 'angústia de desintegração e de despersonalização'.

Deitar-se relaxada não a fazia repousar, mas proporcionava sensações de formigamento e 'angústias inomináveis', mas também, indecifráveis. Poderíamos remeter, e compreender esta sensação atual, como reexperiência do que já fora experimentado nas mesmas condições e circunstâncias, quando X era um bebê-com-aparelho. Nesta situação, X poderia ter experimentado esta anestesia e sensação de dissociação entre cabeça e corpo.

Podemos entender que, em primeira instância, quando bebê, X não tinha um EU constituído o bastante suportá-la e integrá-la. Ainda bebê, não era possível haver referências ou REFERÊNCIAS, nem OUTROS. Além disso, sua mãe não pôde cuidar dela afetivamente para ajudá-la neste sentido. Havia somente um corpo inerte e um psiquismo experimentando desintegração (física e psíquica) e 'angústias inomináveis'.

X não tinha conhecimento racional nem registro de representação sobre este fato, pois sua mãe não havia lhe contado sobre seu primeiro ano de vida. Mas, poderíamos pensar que embora não houvesse, na época, memória capaz de representação, X registrou emocionalmente aquelas sensações, pois nas mesmas condições e circunstâncias atuais - de anestesia e abandono emocional - estas eram 'evocadas', Cf. BOLLAS (1992 a), e reexperimentadas da mesma forma como o foram: sem nome e sem representação. Por ter ocorrido de forma primitiva, sem condições de representação e de defesa, estas sensações devem ter sido experimentadas como traumáticas, pois eram re-vividas desta mesma forma no momento atual.

X conseguiu suprir (de alguma forma) suas necessidades não satisfeitas pela mãe, tomando para si a responsabilidade de cuidar-se. Tentou integrar-se sozinha enroscando-se nela mesma. Esta tomada de providência teria também um significado, de sentir-se como se fosse (e pudesse ser) duas para poder cuidar-se e transformar-se, pois X usava seu braço para embalar-se, integrar-se e juntar-se a si mesma.

X também desenvolveu uma 'capacidade mental' (do ponto de vista intelectual e racional, cf. WINNICOTT (1993b), e precoce. Deste modo, podemos entender que o desenvolvimento de sua intelectualidade, assim como seu modo de constituição de identidade, baseada nas REFERÊNCIAS e no OUTRO (quaisquer que tenham sido), a ajudaram para defesa e alívio das sensações geradas pela de 'angústia inominável'. Estas defesas a impediram de constituir-se em um EU, mas contribuíram para que houvesse suporte e apoio contra a 'angústia de despersonalização e de desintegração'.

Neste momento, estar deitada, ser abandonada e(ou) estar na iminência de perder as REFERÊNCIAS, a remetia, pela 'evocação', às sensações e experiências de angústias precoces (em termos de tempo), arcaicas (em termos de funcionamento psíquico), inomináveis (por serem anteriores a qualquer tipo de representação) e traumáticas (por antecederem a sua capacidade de defesa). Estas se repetiam, se atualizavam no momento presente, a qualquer hora e lugar.

Com estas manifestações atuais, podemos entender retrospectivamente, que X teria sofrido condições de abandono e desamparo psíquico como consequência da substituição do exercício do "*handling*" - cuidados técnicos, médicos, gesso, aparelhos,

etc.. - ao invés do “*holding*” - pois sua mãe não pôde cuidar dela afetivamente, carregando-a no colo, nem entendeu sua presença como necessária quando bebê.

Atualmente, quando experimentava, pela ‘evocação’, esta ‘angústia de desintegração e despersonalização’, X solicitava o que não teve, quando estas foram experimentadas em primeira instância: a presença, a continência e o suporte afetivo da mãe, para evitar as experiências traumáticas. Mas, continuava não obtendo da mãe, o que necessitou quando era bebê, e o que necessitava no momento. Além destas angústias se repetirem, repetiam-se também o abandono afetivo e o suprimento de suas necessidades de forma técnica.

Por estes motivos, X foi desenvolvendo sua dificuldade de SER. SER e existir para X precisavam ser confirmados pela presença concreta e física do corpo: do toque, e da manipulação de seu corpo. Além disto, se a conquista do sentido de existir não havia acontecido, sequer no e pelo corpo, no nível do psíquico esta era também inconcebível. Deste ponto de vista, sua existência também era dada e confirmada pelas REFERÊNCIAS concretas e visíveis e pelo FAZER.

Em contato com X, observava-se que as funções egóicas mais elaboradas estavam organizadas e difundidas, mas a organização de seu EU, como sentir-se integrada e inteira dentro de um corpo não se encontravam presentes. Sua existência, era confirmada pela automatização do cumprimento das REFERÊNCIAS, que eram feitas no nível de ‘mentalização’, da intelectualização e da racionalização, e fundamentadas no Falso EU e não no verdadeiro EU.

Deste modo, pudemos entender que a base de seu desenvolvimento egóico, estava ancorada no falso EU que, por sua vez, era mantido por REFERÊNCIAS. Sendo assim, podíamos observar que X mantinha e exercia funções elaboradas e organizadas, juntamente com condições emocionais primitivas, e até mesmo não concebidas.

A dissociação de identidade pôde também ser compreendida por esta via. X apresentava duas identidades ‘co-habitando’ na mesma pessoa: as primitivas e não-integradas oriundas de seu verdadeiro EU; e as ‘desenvolvidas’ e amparadas pelo falso EU. As primeiras muitas vezes tomavam à frente do processo, o que proporcionava sensação de invasão, cf. WINNICOT (1994f) e ‘angústia sem nome’, cf. (WINNICOTT 1988).

Como a experiência de apropriação do corpo pelo EU, pela realidade psíquica, era precária, e como seu EU corporal não proporcionava experiência emocional integrada e integradora, X existia como uma ‘pessoa sem corpo’, ou como um corpo sem uma pessoa habitando nele. Deste modo havia, além desta dissociação, a sensação de que seu corpo, como seu EU, poderiam ser passíveis de pertencer a OUTROS e/ou a alhures.

O corpo dissociado do EU, cf. WINNICOTT (1994j), dificultava também a integração das sensações corporais, com sentimentos, desejos, sensações ou impulsos próprios. Sendo assim, tanto o corpo como as sensações, sentimentos e desejos eram sentidos muitas vezes como um OUTRO-EU, análogo a um objeto externo. Deste modo, qualquer impulso, que fosse originário de seu próprio EU, era sentido como algo sem controle e sem sentido - um ‘encosto’ - que poderia tomar atitudes automáticas, independentes de sua vontade, e até mesmo comandá-la e(ou) atacá-la a qualquer momento.

Do mesmo modo como X entendia que as pessoas poderiam determinar o que deveria ou não ser feito, sentido e desejado e ela, indiscriminada destes, os entendia-os como próprios e os obedecia, entendia que o corpo faria esta mesma função, ou seja poderia fazer determinações às quais ela deveria cumprir. Assim sendo, o corpo era sentido muitas vezes como um objeto persecutório pois, como estava não integrado ao psiquismo, este poderia, por exemplo, enviá-la à morte.

Em virtude desta dissociação psico-somática, X não temia pela sua segurança física, por doenças, ou morte física, mas pela autonomia e interferência do próprio corpo como um OUTRO-EU, agindo sem seu próprio controle. ‘Uma doença no corpo’ era sentida e significada por X como uma maldade do corpo, ou uma ‘maldade’ interna, e(ou) como uma retaliação, em função de sua incompetência e ‘erro’. Quando pediu para crescer e sentiu-se mal, X entendeu ter contraído ‘doenças’, por sua incompetência e culpa. Esta incompetência era significada por X (e pelos pais) como um fracasso, por não ter aderido às idéias REFERENCIAIS e pela ‘desobediência’ às REFERÊNCIAS.

Angústia de REFERÊNCIAS

X tentava integrar-se. Um OUTRO-EU interno, ou um falso EU dava, até certo ponto, amparo, proteção e segurança. Desta maneira X podia sentir-se contida, e sendo assim obtinha alívio de sua 'angústia de desintegração e despersonalização'.

Um OUTRO-EU externo, ou seja, uma PESSOA-REFERÊNCIA, apesar de gerar angústia de abandono, era significado como necessário e procurado por X. Esta procura era feita com o sentido de ajudá-la e protegê-la, pois como não havia um EU (próprio) suficientemente organizado para lhe dar suporte e amparo, havia fantasia de incompetência, e seus sentimentos de caos e fragilidade.

Sendo assim, X entendia que os OUTROS tinham e podiam dar REFERÊNCIAS e que com isto, seria possível manter sob controle seu corpo autônomo e perigoso e também a ajudariam a ser 'bem-vista'. Por intermédio das PESSOAS-REFERÊNCIA e de suas REFERÊNCIAS, X entendia que poderia manter sua 'boa aparência' corporal e psíquica. Qualquer pessoa, desde que pudesse orientá-la e instruí-la, era vista e tida como PESSOA-REFERÊNCIA. O médico exerceu esta função, pois como suas REFERÊNCIAS continham orientações incisivas, concretas e garantidas, como limpar o organismo pela ingestão de sopas de ervas e limões e melhorar em 12 dias. Como sua condição era a de colocar-se à disposição das REFERÊNCIAS externas e cumpri-las, X aderiu ao médico e, antes deste prazo, sentiu-se melhor. Entretanto, por meio desta atitude, o médico, de alguma forma, a reassegurou de que as REFERÊNCIAS devem partir do OUTRO, e que seu EU era desprovido de condições para criar suas próprias REFERÊNCIAS baseadas em sua própria observação, percepção e experiência.

A empregada e o centro espírita indicado por ela, exerceram a mesma função e da mesma forma. Ao ser denominada sua 'angústia inominável' como 'encosto', ("*Vira que mexe o encosto aparece*", como dizia X) e ser proposto que este seria 'retirado' no centro espírita, X aderiu à REFERÊNCIA, transformou a empregada e as pessoas do centro em PESSOAS-REFERÊNCIA, e melhorou significativamente. Porém, isto gerou uma dependência importante, pois todas as vezes que sentia angústia, tinha de retornar ao centro espírita para 'retirar o encosto'.

Transferencialmente, com a psicoterapia e a psicoterapeuta, este modo de funcionamento se manifestou. X aderiu (fácil e rapidamente) às interpretações (que suas dificuldades eram emocionais) e ofertas que a terapeuta fazia (como aumentar o número de sessões e também realizar sessões com seus pais), e ‘sentiu-se melhor’. Com isto, X parecia uma pessoa ‘vazia’, pois qualquer oferecimento de ajuda além de ser bem vinda, a ‘preenchia’.

Deste modo, podemos entender que as PESSOAS-REFERÊNCIA eram diversificadas, ora a terapeuta tinha esta função; ora esta se deslocava para o médico e para os remédios. Além disto, X demonstrava apego a estas, e aparentemente, mantinha uma relação afetiva com elas. Observou-se no entanto, que a adesão e o ‘apego’ às PESSOAS-REFERÊNCIA, eram feitas pela garantia de segurança que elas proporcionavam, e(ou) que eram oferecidas por elas, mas que este apego existia, enquanto estas pessoas eram tidas como REFERÊNCIAS.

Entretanto, esta segurança e garantia (mesmo que ilusória) eram mais importantes, e até mesmo mais necessárias que o afeto, pois X admitia toda e qualquer interferência destas em sua vida, colocava-se à disposição delas, chegando inclusive, a colocar-se em situações de risco (de sobrevivência inclusive) para mantê-las.

Porém, toda e qualquer outra pessoa, desde que tivessem estas características - que oferecesse ‘ajuda’ (esta ajuda entendida como dar REFERÊNCIA, garantia e segurança - era sentida como importante e REFERENCIAL, conseguia sua adesão, e podia ser trocada pela anterior. Mas, esta segunda ou terceira pessoa deveria ser indicada por uma PESSOA-REFERÊNCIA para que as qualidades das primeiras, pudessem ser extensivas às outras. Este modo de funcionamento estava presente em todo e qualquer relacionamento que X estabelecia.

Quando uma PESSOA-REFERÊNCIA não se impunha com seus REFERENCIAIS e garantias e(ou) quando esta se afastava, X elegia outra imediatamente, e caso não conseguisse encontrá-la, ‘sentia-se mal’ e completamente desamparada. Podemos entender com isto que, com o afastamento da PESSOA-REFERÊNCIA, havia ausência de REFERÊNCIA; com a falta de REFERÊNCIA, não havia segurança; sem segurança, se esvaíam as garantias de sobrevivência; com a sobrevivência ameaçada, surgia a angústia de abandono, e com isto, sentimento de desamparo e morte.

Com a falta de uma REFERÊNCIA garantida, e de uma PESSOA-REFERÊNCIA que pudesse orientá-la, X ficava 'entre'. Este "entre" significava a possibilidade de ser ela mesma ou aderir a novas REFERÊNCIAS, e de poder ser um EU ou aderir ao funcionamento baseado em um EU-OUTRO. No 'entre', X perdia não somente os REFERENCIAIS, mas as defesas e, com isso, surgiam as 'angústias inomináveis'. Deste modo, para evitar o 'entre', X trocava insistentemente de REFERÊNCIAS e de PESSOAS-REFERÊNCIAS, o que fazia com que surgisse um outro tipo de angústia: a 'Angústia de REFERÊNCIAS'.

Transferencialmente, isso se observou. Quando a terapeuta dava REFERÊNCIAS, ela funcionava como apoio, mas quando não era possível dá-las porque o objetivo da terapeuta e da terapia era o de aproximá-la e integrá-la a si mesma, ou seja de poder encontrar referências em seu EU e não no OUTRO, então a função da terapeuta e da terapia como REFERENCIAL se perdia. Quando isto acontecia, X procurava formas alternativas para o alívio da angústia, elegendo outras PESSOAS-REFERÊNCIA e outros REFERENCIAIS. Deste modo, a terapia surtia efeito transitório e temporário, pois quando esta não cumpria a função de REFERENCIAL, X colocava a terapia e terapeuta em um plano secundário de importância. Quando a terapeuta voltava a dar REFERÊNCIAS, X adería a elas e voltava a compreender a terapeuta como uma PESSOAS-REFERÊNCIA.

1.5.5. O Processo de Pânico

Segundo o relato dos pais e de X, aos onze anos se intensificou seu 'sentir-se mal', e houve a eclosão de ataques de pânico. Nesta idade, porém, aconteceram alguns fatos externos, quando X pôde fazer algumas descobertas significativas:

- Descobriu que sua mãe era filha adotiva;
- Descobriu que era 'pequena', que precisava 'crescer' e pediu para fazer tratamento para parecer (ou aparecer) melhor;

- Apaixonou-se e descobriu que podia ser abandonada e ridicularizada por quem se "ama";

- Descobriu que quando não era bem-vista, aceita e(ou) ridicularizada, como aconteceu explicitamente com o namorado, e implicitamente com os pais, podia sentir raiva, (até mesmo ódio) por quem amava;

- Descobriu que raiva, ódio e agressividade eram sentimentos com um significado negativo na família, era tido como infração da REFERÊNCIA de 'boa aparência', pois quando alguém os manifestava, podia ser visto como 'mau', podia ser hostilizado ou até mesmo excluído e abandonado (como aconteceu com seu cachorro, sua avó e provavelmente com sua mãe). Assim, tratou de 'ser e parecer boazinha' por uma não-manifestação de seus sentimentos e atitudes agressivas;

- Descobriu que não era infalível e perfeita, que não acertava sempre, que errava às vezes, tirando notas vermelhas e resolveu ser 'boa e perfeita' para não correr este risco;

- Descobriu alguns desejos como esportes e seu próprio jeito de passar de ano;

- Descobriu uma competição (velada e implícita) entre os pais e os tios com relação aos filhos e tratou de FAZER coisas, como dirigir automóvel, melhor que seus primos para 'agradar' e manter a 'boa aparência' dos pais.

Enfim, X descobriu, de alguma forma e, em algum 'lugar' de seu psiquismo como um 'conhecido-não-pensado, cf. BOLLAS (1992a), como era o funcionamento de sua família e que havia condições, pelo cumprimento de REFERÊNCIAS, para poder ser bem vista, bem quista, cuidada e significada como 'boa' em sua família.

Podemos entender que estas descobertas surgiram por alguns motivos:

- Pela própria condição de oposição dos adolescentes, para empreender o processo de identidade independente. Porém, seus pais não permitiam que houvesse independência no que se referia às REFERÊNCIAS da família;

- Por ter tentado ser vista enquanto exibia sua ‘boa aparência’ e não ter conseguido, pois enquanto exibia sua ‘boa aparência’, manifestada por meio de seu falso EU, seus pais não a viam, pois quando alguém se apresentava ‘bem’ na sua família, este não era visto por não merecer maiores atenções e cuidados. Além disso, seus pais acreditavam nas aparências e entendiam que seu falso era seu EU;

- X tentou ser ‘vista’ pedindo para ‘crescer’. Com isso, conseguiu apenas ser reprovada e censurada. Por não conseguir ser vista e reconhecida cumprindo a REFERÊNCIA de ‘boa aparência’ da família, esta pôde ser questionada por ela em termos de valer ou não a pena.

Com isso, algo rompeu-se internamente, pois X tentou ser vista ‘apresentando’ seus sentimentos penosos de fragilidade, insegurança, medos e angústia gritando, chorando e tentando ser dependente, mas não conseguiu. Tentou mostrar seu EU carente e caótico, mas nem assim pôde ser vista, nem ouvida. X descobriu que não era por intermédio de ‘boa aparência’, nem de ‘doenças’ e sintomas que as pessoas podiam ser vistas e cuidadas. Mesmo doente, quando bebê, não conseguiu ser cuidada do ponto de vista emocional e afetivo pela mãe. Mesmo com angústia crônica desde a infância, e com ataques de pânico na adolescência, não conseguiu tornar-se uma pessoa ‘visível’, nem cuidada do ponto de vista emocional, pois sua mãe não veio para junto dela.

Estas condições poderiam tê-la tornado uma pessoa totalmente dependente, pois X teria aderido às REFERÊNCIAS dos pais, e os teria colocado no ‘lugar efetivo’ de PESSOAS-REFERÊNCIA. Porém, embora tentasse, X não perdeu totalmente o contato consigo mesma, com seus próprios desejos e sentimentos e, sendo assim, tentava ainda uma possibilidade de constituição de identidade autônoma e independente. Esta condição era preservada pelos seus questionamentos.

Porém, formou-se um círculo: seus questionamentos proporcionavam descobertas importantes; com estas descobertas, X perdia seus REFERENCIAIS e REFERÊNCIAS; sem REFERÊNCIAS, tinha ataques de pânico; mesmo com pânico, X tinha de cuidar-se sozinha; sozinha, não tinha referenciais para cuidar de si mesma e ser independente; não conseguindo ajuda para tornar-se independente dos pais, pois era ameaçada de abandono caso as REFERÊNCIAS não fossem cumpridas, X aderiu a elas.

Desse modo, podemos entender que a cada ameaça de perda de REFERÊNCIAS e(ou) de abandono das PESSOAS-REFERÊNCIAS, X sentia-se mal, tinha pânico. Este sentimento de abandono e desamparo atual era experimentado por X como uma repetição de sua condição de vida. Quando bebê, mesmo engessada e com um aparelho imobilizando suas pernas, sua mãe não parou de trabalhar para cuidar dela. Durante a infância, mesmo tendo angústia crônica, não conseguiu ser contida emocionalmente. Na adolescência, com ataques de pânico, recebeu predominantemente cuidados ‘técnicos’. Parecia haver uma distância significativa entre mãe e filha: um bloqueio entre elas, uma distância afetiva, com todas suas carências e conseqüências. X percebeu essa distância aos onze anos e tentou fazer ‘contato’.

Porém, este ‘contato’ trazia à tona sua condição precária de EU e primária de abandono e desamparo primitiva. O pânico atual pode ser visto como uma realização atualizada, de sua condição de bebê frágil, sem condição egóica capaz de representar e organizar defesas contra as sensações primitivas de angústia e desamparo psíquico. Exatamente por ser primitiva, esta angústia foi experimentada em primeira instância como invasiva e intrusiva, acima do que se poderia suportar ou se defender e, ao ser re-experimentada no momento atual, ela se apresentava da mesma forma, apesar de haver um condição egóica já desenvolvida. Isto demonstra que esta condição primitiva, poderia ter estado presente, durante todo o tempo em estado latente. Apesar dessa condição primitiva presente e latente, seu ego se desenvolveu.

Porém, este desenvolvimento e organização egóico, só pôde ser conseguido devido à organização de defesas que X providenciou:

- Cuidou-se sozinha, com o desenvolvimento de uma capacidade intelectual precoce para dar a si mesma o cuidado que lhe faltou do ambiente, para integrar-se e(ou) para não desintegrar-se;
- Organizou, com isso, uma fachada, um falso EU defensivo, que foi mantido pelo cumprimento da REFERÊNCIA de ‘boa aparência’ dos pais;

- Desenvolveu uma organização e capacidade egóica sobre este falso EU para captar e corresponder com o que dela esperavam.

Devido à sua capacidade egóica organizada e desenvolvida, descobertas e questionamentos puderam ser feitos. Com isto, as REFERÊNCIAS foram se desorganizando, e as defesas que davam sustentação ao falso EU entraram em ‘colapso’.

Como o falso EU tinha a função de defesa, proteção e barreiras contra os sentimentos de invasão e intrusão de sentimentos oriundos do desamparo psíquico, sofridos quando bebê, na organização de seu verdadeiro EU, com este desmoronamento, surgiu a possibilidade de reviver as ‘angústias inomináveis’ referentes a um EU não-integrado e dissociado do restante do psiquismo.

Por não terem sido passíveis de representação - na época em que foram experimentadas pela primeira vez - esta angústia só podia ser revividas no momento atual da mesma forma como o foi em primeira instância: emocionalmente, sem representação e defesa e de forma traumática. A reexperiência destas sensações, no momento atual, sob as mesmas condições e circunstâncias de irrepresentabilidade e abandono, pode ser vista como uma reincidência do trauma primitivo, cf. WINNICOTT (1994c). Esta segunda experiência, dada pelo retorno da primeira, era também experimentada como um trauma: um segundo trauma.

A possibilidade de viver um trauma era desesperadora para X, porque havia um registro inconsciente das primeiras (registro emocional, não de representação) e também uma experiência do segundo. Diante da possibilidade de que estas sensações pudessem ocorrer a qualquer momento, X apresentava uma expectativa ansiosa, tomava e providências e acionava defesas para evitá-la. Além disso, pedia desesperadamente para não ser abandonada, com o temor de viver (ou reviver) esta(s) experiência(s) traumática(s).

Podemos entender que, por um lado, havia para X, uma possibilidade de desenvolvimento de independência e de uma identidade própria e um desejo da família desta independência. Mas, por outro lado, havia uma exigência da família que X deveria se manter identificada com os valores, padrões e REFERÊNCIAS destes.

Deste modo, X não conseguia ser independente dos pais pois não conseguia discriminar-se deles, nem discriminar seus próprios recursos, potencialidades, desejos e sentimentos apenas 'sentia-se mal'. Desta forma, podemos entender que 'sentir-se mal' teria para X vários significados:

- Sentia-se mal por sentir-se frágil e impotente para caminhar sozinha (natural para a idade, embora não fosse sentido por ela como natural);
- Sentir-se mal tinha o significado de ter um verdadeiro EU frágil, desorganizado, desintegrado e caótico dissociado de um falso EU constituído por REFERÊNCIAS;
- Sentir-se mal tinha o significado de desorientação, de falta de referencial próprio articulado o bastante, para argumentar sobre os REFERENCIAIS da família;
- Sentir-se mal tinha o significado de impotência para adquirir autonomia e independência, pois não podia romper significados e REFERÊNCIAS da família;
- Sentir-se mal tinha o significado de precisar das REFERÊNCIAS do OUTRO para sentir-se amada e viva, amor este visto como atendimento de suas necessidades concretas, aparentes e técnicas;
- Sentir-se mal tinha o significado de não conseguir cumprir e FAZER conforme o desejo do outro, o que poderia submetê-la ao risco de ser abandonada;
- Sentir-se mal tinha o significado de necessidade das REFERÊNCIAS de OUTRO para ter existência, pois, sem estas, sentia-se possuída pela 'angústia inominável' e experimentava sensações de morte (física e psíquica);
- Sentia-se mal quando 'errava' e recriminava-se por isto pelas acusações de menos valia, incompetência e culpa;
- Sentia-se mal quando abandonada, pois sem as PESSOAS-REFERÊNCIA, experimentava as sensações de morte e as angústias primitivas e traumáticas;

- Sentia-se mal quando tinha ataques de pânico.

Além de sentir-se mal por todos esses motivos, com o questionamento das REFERÊNCIAS e dos cuidados que recebia e diante da possibilidade de perdê-las, e de ser abandonada, X ficou 'entre':

- Entre sentir seus próprios sentimentos, percepção e desejos e senti-los pelos REFERENCIAIS da família;
- Entre ser EU ou EU-OUTRO;
- Entre o verdadeiro e o falso EU;
- Entre iludir-se compreendendo que o amor e o cuidado a família lhe oferecia, era o melhor que se podia obter, e desiludir-se de 'ser amada e cuidada' por seus pais e ter de procurar outras PESSOAS-REFERÊNCIA e outros referenciais de amor e cuidados para sentir-se contida e desenvolver-se como um EU.

Durante seu processo psicoterápico, X pôde compreender e até mesmo conseguiu fazer uma certa apropriação de seus recursos. Porém, por outro lado, seus pais (mais precisamente a mãe), por uma questão de 'conveniência e boa aparência' a reasguraram de que seu EU era realmente desprovido de condições para criar suas próprias referências baseadas em sua própria observação, percepção e experiência. Sendo assim, ela deveria manter seu modo de funcionar, baseado na REFERÊNCIAS externas, ou seja, ela precisaria do OUTRO para ser ela. Este reasseguramento foi feito tendo em vista que:

- A filha passaria a depender deles, o que os manteria na condição de PESSOAS-REFERÊNCIA;
- Dependendo deles, estes não seriam questionados como pais e, deste modo, não teriam de mudar seus REFERENCIAIS e os valores que norteavam suas vidas e identidade da família;

- Dependendo dos pais, estes manteriam sua ‘boa aparência’, seriam compreendidos como ‘bons pais e pessoas’ e poderiam continuar suprimindo a filha tecnicamente, sem questionamentos.

Porém, X questionou estas REFERÊNCIAS e, assim, aderiu a outros REFERENCIAIS e também a outras PESSOAS-REFERÊNCIA, para aliviar seus sintomas e conseguir apoio. Como existiam diferenças de lógicas, entre uma e outra REFERÊNCIA, a adesão total a uma determinada REFERÊNCIA não foi possível. Entre uma REFERÊNCIA e outra instalou-se um estado de desorientação, confusão, pânico, e ansiedade de REFERÊNCIA.

Por outro lado, entre uma REFERÊNCIA e as outras surgiu a possibilidade de emergência de um EU verdadeiro, baseado em sua própria experiência. Entre o falso e o verdadeiro EU, instalou-se um espaço de experiência, um espaço transicional. Com isso, surgiu uma situação delicada e importante para X: a oportunidade de organização e integração de seu verdadeiro EU, quando X poderia existir como um EU, constituir sua própria identidade e adquirir sua emancipação para a independência. Porém, isto traria sensações de desintegração, caso o fizesse sozinha.

Observamos que as técnicas “*standard*” de análise não funcionavam com X. Poderíamos pensar como WINNICOTT (1993j) sobre sua técnica com estes pacientes, e entendermos que X precisaria neste momento, eleger uma(s) PESSOA(S)-REFERÊNCIA que pudesse(m) lhe dar suporte interno iludindo-a a princípio - pelo fornecimento de REFERÊNCIAS, mas desiludindo-a gradativamente com a retirada das REFERÊNCIAS, à medida que seu EU fosse se organizando e se desenvolvendo. Com isso, esta(s) PESSOA(S)-REFERÊNCIA poderia lhe dar respaldo interno (com suas REFERÊNCIAS) e externo (junto a seus pais, fornecendo a estes a compreensão de sua condição psíquica), para sua autonomia e independência.

A terapeuta tentou tomar estas atitudes e conseguiu exercê-la junto a X e ao pai, mas não foi possível com a mãe. Além disso, como a mãe tinha o ‘poder’ de retirá-la do processo, assim o fez. Sendo assim, X teve que aderir às suas REFERÊNCIAS. Em termos de prognóstico, podemos pensar que X teria pelo menos duas opções:

1- X poderia, durante a adolescência, desistir de seus questionamentos; aderir totalmente às REFERÊNCIAS de seus pais e transformar-se no desejo deles para aliviar seus sintomas de angústia e pânico. No final da adolescência, X poderia eleger outras PESSOAS-REFERÊNCIA, substitutas e transferenciais de seus pais (um marido p.e.) e organizar sua vida nos mesmos moldes de REFERÊNCIAS de sua família de origem e jamais, pelo resto de sua vida, questionar sua condição de EU-OUTRO. Com esta adaptação, provavelmente, X nunca mais sentiria pânico (embora muito provavelmente não conseguisse eliminar sua angústia de abandono).

2- X poderia adiar seu processo de independência e de constituição de identidade. No momento aderiria totalmente a um OUTRO, nortearia sua vida desta forma e, mais tarde, na idade adulta, poderia talvez pudesse voltar a questionar sua condição e, com isso, tentaria desenvolver seu EU. No entanto, nesta condição, X poderia correr o risco de sofrer novamente ataques de pânico, nos mesmos moldes e circunstâncias atuais, quando este processo se iniciasse novamente, ou seja, quando seu EU pudesse ressurgir.

CASO II

2.1. APRESENTAÇÃO

A apresentação deste caso foi feita no item Sujeitos, pg.

2.2. ENCAMINHAMENTO

José já havia consultado muitos médicos, das mais diversas especialidades, desde que começou a apresentar seus sintomas, mas não havia ainda consultado um psicoterapeuta. Quase todos os médicos indicaram que procurasse esse tipo de profissional. Como sua filha caçula é psicóloga e foi minha aluna, esta indicou a ele meu nome para que fosse conversar comigo, apenas para uma entrevista a fim de experimentar este contato (com uma psicóloga). Assim procedeu.

2.3. RELATO DAS SESSÕES

1a sessão

Obs.: José entrou, olhou para o divã, titubeou e sentou-se na poltrona. Estava visivelmente ansioso.

T: Pois não, José em que posso ajudá-lo?

José: *"Olha como estou transpirando, estou com muita dor nesta região (apontou para o abdômen). Desculpe quase não consigo falar de tanta dor. Fui hoje a um médico clínico geral para ver do que se tratava esta dor, ele me deu um analgésico e disse para ficar em observação porque eu posso estar com uma crise renal. Estou desesperado. Desde outubro de 1992, não tenho tido mais tranquilidade na vida. Já fui a vários médicos: cardiologista, neurologista, clínico geral, psiquiatra e todos me mandaram procurar uma*

psicóloga. Não sei bem do que se trata esse tratamento psicológico, mas se todos me indicaram é porque eu devo precisar mesmo. Minha filha caçula foi sua aluna e me deu seu nome dizendo que tinha confiança em você, por isto vim te procurar".

T: Como foi que tudo começou?

José: "Eu tenho um equipamento completo de ginástica em casa. Comprei todos os aparelhos porque eu gosto muito de fazer exercícios de musculação. Como ficava muito tarde e difícil ir à academia, resolvi montar minha própria academia em casa. Três vezes por semana, eu vou para este salão que tenho no andar de baixo de casa e faço meus exercícios rigorosamente. Sempre gostei e me senti muito bem com estes exercícios. Em Outubro de 1992, um certo dia, estava me exercitando em casa, como sempre fiz, quando senti um frio na testa e perdi as forças. Comecei a transpirar muito e desmaiei. Minha filha e minha mulher me levaram ao pronto socorro, onde constataram que minha pressão arterial em 22 X 18. Tomei muitos medicamentos e tomo ainda para regular a pressão e me deram alguns tranquilizantes na época que não lembro o nome. A partir disto, comecei a temer que isto voltasse a ocorrer e parei de fazer exercícios por ordem médica. Hoje, os médicos disseram que eu posso voltar a me exercitar, mas tenho medo que os exercícios possam fazer mal para a pressão. Consultei vários médicos desde então. Um clínico geral disse que eu estava com Síndrome do Pânico e me receitou um remédio chamado Frontal e eu melhorei bastante naquela época. Apesar da melhora, este temor de que isto possa voltar a ocorrer não desapareceu. Parece uma assombração. Sinto que a qualquer momento posso voltar a sentir aquilo novamente. Consultei vários médicos, principalmente cardiologistas, fiz vários exames do coração. Me indicaram um neurologista, já fiz exames neurológicos, eletroencefalogramas, exames de sangue e todos os médicos dizem que minha saúde está em perfeitas condições. Me deram um monte de vitaminas e recomendaram que eu procurasse uma psicóloga e um psiquiatra".

T: Você voltou a ter outras crises?

José: "Não, daquela maneira não. Às vezes estou bem, tranquilo mesmo e de repente começo transpirar, tenho taquicardia e fico com medo de desmaiar, e de morrer. Fico sempre com a sensação de que posso passar mal. Desde aquela época, eu não me sinto em condições de trabalhar, eu não passo bem no trabalho. Olha, não estou bem, acho que vou embora, sinto muita dor, não dá mais para falar".

T: Tudo bem José, sem problemas. Podemos nos ver novamente na semana que vem, se você quiser e estiver melhor, ou a qualquer dia e hora que precisar.

José: *"Eu venho sim, a semana que vem. É que hoje não dá, desculpe. Quanto te devo?"*

T: Falaremos sobre isto a semana que vem, não se preocupe.

Obs.: Nessa sessão não foi possível ter maiores informações, assim como a duração da mesma teve que ser abreviada, pois José sentia muitas dores. Terminada a sessão, sugeri a ele e a sua filha que consultassem um médico ainda naquela noite, pois parecia que suas dores eram muito intensas. José saiu do consultório preocupado e comentando com a filha que eu não quis receber o pagamento da sessão. Sua filha tentou tranquilizá-lo, dizendo que não havia problemas com relação a isto e que o mais importante seria que ele fosse examinado para saber do que se tratava aquela dor forte.

Assim foi feito. Saíram do meu consultório, foram até o Pronto-Socorro do Hospital da USP. Foi diagnosticada uma crise renal, medicaram-no e foram para casa.

2a sessão

Obs.: Nesta sessão (uma semana depois), José estava muito abatido.

T: Como está José, sente-se melhor?

José: *"Não, pelo contrário estou pior. Senti muitas dores esta semana e estou indo trabalhar com muita dificuldade. Pego o carro e vou trabalhar direitinho, no horário, mas tenho que parar às vezes durante o caminho pois não agüento a dor. Chego no escritório, tomo os remédios que me indicaram no pronto-socorro, mas não agüento. Acho que o medicamento que me deram no pronto-socorro não funcionou."*

Obs.: Não conseguíamos conversar, pois ele se contorcia de dor.

T: Porque você não consulta outro médico para verificar direito do que se trata essa dor? E por que você tem que ir trabalhar amanhã? Não seria melhor não ir ao escritório para procurar um médico e cuidar disto? Parece que você não está em condições de dirigir, de trabalhar, etc..

Obs.: Ao dizer isto, José me olhou surpreso e exclamou:

José: *"Você acha mesmo que não devo ir trabalhar amanhã?"*

T: Acho que sim, pois você não está bem.

Levantou-se rapidamente, abriu a porta da sala, correu até a sala de espera onde sua filha o aguardava e falou:

José: *"Sabe o que a Sandra falou? Que é para eu não ir trabalhar amanhã porque eu não estou bem."*

Sua filha: *"Claro, pai, eu concordo com ela. Aliás, Sandra, eu já disse para ele para não ir trabalhar, eu também acho que ele não está bem, mas ele é teimoso, ele só ouve a minha mãe. Ela acha que ele está fingindo, ela não acredita no que ele sente, e ele obedece o que ela manda. Eu já falei para ele descansar. Não há necessidade disto, pai."*

Obs.: Imediatamente José sorriu e saiu satisfeito.

Naquela semana, consultou um médico de confiança sua. Fez endoscopia e constatou uma úlcera gástrica.

3a sessão

Obs.: Na sessão seguinte, José chegou no consultório com uma fisionomia completamente diferente, parecia outra pessoa. Muito animado e feliz, nem disse boa noite, foi entrando e dizendo ainda em pé:

José: *"Você não sabe o que eu tenho: úlcera!"* - exclamou.

Obs.: Disse isto como se fosse um prêmio. Estava feliz e passou a sessão toda me descrevendo com todos os detalhes como foi a consulta, o exame, a conversa com o médico, suas orientações de como deveria fazer seu tratamento, o regime, os remédios recomendados, etc.. para curar sua úlcera.

T: Percebo pela sua alegria e disposição que esta úlcera foi a melhor coisa que poderia ter-lhe acontecido.

José: *"Claro que sim! Agora já sei porque me sentia tão mal, era por causa da úlcera! Vou tratá-la e me curar. Agora tem uma coisa: o médico disse como você, que eu devo parar de trabalhar para cuidar da minha saúde e da minha alimentação. Não vou poder voltar para o escritório até me sentir melhor."*

T: Como se sente com a perspectiva de não ir trabalhar?

José: *"Ah! Minha saúde é mais importante que tudo. Vou fazer tudo direito como o médico mandou, e vou ficar bom. Só que este médico também falou que é para eu continuar fazendo psicoterapia, e eu vou continuar mesmo."*

T: Acho que seria bom, só que ainda não pudemos conversar, pois você não se sentia bem. Eu estou com problemas de horário, só tenho este no momento, e sendo assim só posso vê-lo uma vez por semana. Como não tenho mais que um horário por semana disponível, e acho que você necessitaria de um trabalho com uma frequência maior do que esta, caso você queira, fique à vontade para procurar outra psicóloga se preferir uma frequência maior.

José: *"Discordo totalmente. Prefiro uma vez por semana mesmo e nada mais porque não tenho condições de ficar andando de carro para cima e para baixo. Você sabe, eu moro muito longe daqui, noutra cidade e com a minha saúde abalada... Além disto, parando de trabalhar, meu dinheiro vai ficar mais curto e fica difícil pagar mais do que uma sessão por semana. E tem outra coisa, minha filha disse que você é a profissional que ela mais confia e eu gostei muito de você também."*

Combinamos, então, que o trabalho seria feito desta forma, pelo menos no início, e assim que eu tivesse outro horário, voltaríamos a conversar sobre isto. Fizemos o contrato, acertamos horário e preço. Enquanto acertávamos o valor da sessão, eu fiz o seguinte comentário:

T: José, achei interessante você dizer que acharia bom mesmo fazermos uma sessão por semana pois você não se achava em condições de dispor de muito dinheiro agora que está sem trabalhar. No entanto, você não sabia sequer qual era o valor que eu cobro pela sessão, como você sabia que não poderia pagar?

José (muito sem graça respondeu): *"É que eu me preocupo muito com estas coisas de dinheiro, de responsabilidade. Sou aposentado e trabalho para ganhar um pouco mais, não sou rico, e além disso não quero te prejudicar."*

T: Está bem, Você não está me prejudicando, quanto a isso posso te responder. Mas, com relação a você e sua questão com dinheiro e responsabilidades, podemos conversar melhor em outra hora.

Despedimo-nos, ele saiu sorridente, aparentemente mais aliviado.

Obs.: Depois da saída de José, pensei sobre a questão do dinheiro no sentido quantitativo e simbólico deste. Seria esta apenas uma questão de ter dinheiro de menos, de responsabilidade demais, ou seria uma questão de disponibilidade interna que não existia tanto assim?

4a sessão

Obs: Nesta sessão, pudemos conversar um pouco mais e melhor sobre seus sintomas, quando comecei a conhecer um pouco mais sobre sua vida.

José: *"Não entendo bem porque me sinto dessa forma, porque tenho estas sensações. Minha vida está bem, todos em minha família estão bem, não há motivo para eu me sentir mal. Não acredito que minha úlcera seja "nervosa". Embora o médico tenha*

comentado que poderia ser, eu não acho que seja possível. O médico solicitou uma biópsia, mas eu acho que é porque ele quer saber se minha úlcera é infecciosa ou nervosa, não deve ser algo mais sério."

T: O que você acha que poderia ser mais sério?

José: *"Câncer, por exemplo. Acho que não pode ser câncer. Se for não sei o que farei."*

T: Não seria conveniente aguardar o resultado do exame para saber do que se trata? Qualquer suspeita neste momento, é mera suspeita. Não adianta muito se preocupar com o resultado do exame antes dele sair.

José: *"Claro que sim. Sabe, tive alguns problemas há dois anos atrás. Minha esposa teve que fazer uma cirurgia de varizes e eu fiquei muito preocupado com ela. Nesta época, realmente fiquei muito nervoso e minha pressão aumentou muito. Tive que controlá-la através de medicamentos. Depois da cirurgia dela, minha pressão se normalizou. Depois da cirurgia da minha esposa, passei por outra situação difícil. Minha filha do meio estava namorando um rapaz e minha esposa não gostava dele. Minha esposa começou a implicar com minha filha e o namoro dela. Um dia, a menina chegou em casa mais tarde, e tiveram uma discussão muito séria. Minha filha saiu de casa e foi morar com a minha mãe. Marcaram o casamento porque minha filha disse que não agüentava as pressões da mãe sobre o namoro dela. Casaram em três meses. Durante os preparativos do casamento, minha filha e minha esposa não se falaram e ela ficou morando com a avó. Eu continuei tendo contato escondido com minha filha porque se minha esposa soubesse iria ficar muito brava comigo. Um dia, minha filha pediu que eu fosse acompanhá-la ao altar no dia do casamento. Fiquei numa situação difícil porque minha esposa disse que caso eu a acompanhasse ao altar ela se separaria de mim."*

T: Você concordava com o casamento de sua filha com o rapaz? Você acha que tinha fundamento os argumentos que sua esposa usava contra o noivo de sua filha?

José: *"Não, acho que o rapaz era muito bom e acho mesmo que minha filha tinha razão nas brigas que tinha com a mãe. Era implicância da minha esposa, acho que uma implicância gratuita mesmo. O rapaz é muito bom, tanto que hoje estão bem, felizes mesmo, me deram uma netinha linda, acho que era birra da minha esposa. Sabe, me senti na época em uma encruzilhada. Minha esposa foi para o apartamento da praia para aguardar minha decisão. Segundo ela, caso eu fosse ao casamento, ela não voltaria mais para casa e se separaria de mim. Fiquei numa situação difícil, até que na véspera do casamento fui até a praia, peguei minha esposa e não fui ao casamento da minha filha. Ajudei no que pude, apoiei, dei dinheiro, e pedi que ela compreendesse minha situação com a mãe dela. Eu não podia contrariar minha esposa. Você vê, nesta situação tão difícil, eu não fiquei tão doente como estou agora. Na época eu tinha um problema sério, e agora não tenho problema nenhum e mesmo assim estou tão doente. Você vê, como o que eu sinto não é psicológico? Caso fosse eu estaria doente naquela época e não agora. O que eu tenho é orgânico mesmo, tenho certeza."*

T: Parece que você tenta me convencer, ou até mesmo se convencer de que seus sintomas são orgânicos, que você tem uma úlcera provocada por bactérias ou até mesmo por um câncer, por mais difícil que isto possa parecer. Mas, parece que apesar de ser difícil, é melhor pensar assim do que pensar que você tenha algum comprometimento psíquico.

Obs.: Assim que terminei minha interpretação, José transformou-se. Mudou completamente sua fisionomia. Parecia estar confuso. Sua voz até então, ao me relatar esses fatos, era firme. Depois da minha observação passou a falar com voz infantil e aspecto frágil.

José: *"Me sinto mal, muito mal. Estou preocupado que aquela crise possa ocorrer novamente."*

Obs.: Neste momento, percebi que José 'fingiu' não ter me ouvido, mas, com certeza, o tinha. Em vista de sua resistência, pensei que José não estaria preparado para interpretações deste tipo. Então, resolvi seguir a trilha dos sintomas e não interpretei mais naquele dia. Com mais dados sobre seus sintomas, seus ataques recorrentes, seus medos e temores, suas idéias, pensamentos e sentimentos e sua melhora anterior com o uso do Frontal, comecei a suspeitar que talvez o médico estivesse correto ao atribuir seus sintomas ao 'pânico'.

T: Pelos seus sintomas e pelo que você me conta, tenho a suspeita de que estes sintomas que você está apresentando possam mesmo estar ligados à síndrome do pânico como seu médico diagnosticou anteriormente. O que você acha disto?

José: *"Alguns médicos já comentaram isto comigo. Inclusive minha filha mais velha teve esta Síndrome de Pânico há alguns anos atrás, e ainda está se tratando disto. Tento ajudá-la, mas fico muito mal quando ela começa a contar o que está sentindo. Acho que sinto coisas muito parecidas com as dela. Agora ela está bem, mas ainda se trata com psiquiatra e toma muitos remédios."*

T: Você não acha que seria bom consultar um psiquiatra e verificar com ele qual seria o parecer deste com relação aos seus sintomas? Talvez fosse bom e importante você tomar alguns medicamentos para ver se estas sensações melhoram. Isto não quer dizer José, que você vai tomar remédios indefinidamente. À medida que você for se sentindo melhor, com o acompanhamento do médico, estes medicamentos poderão ser diminuídos e até mesmo retirados com o tempo. O medicamento serviria como um apoio a princípio, enquanto você não consegue desempenhar certas funções psíquicas. Tão logo isto seja possível, os remédios poderão ser substituídos por uma condição interna sua.

José: *"Não sei, não. Você acha isto necessário mesmo? Tudo bem, se for, eu vou. Mas eu acho que minha úlcera é infecciosa e não nervosa. Mas eu sinto algumas coisas parecidas com o que minha filha sente. Será que eu tenho esse negócio de pânico também?"*

Obs.: José ficou pensativo e parecia preocupado.

T: Eu te falei de uma suspeita, de uma hipótese. Não é uma afirmação, tanto que pedi para você consultar um médico para verificarmos esta suspeita. O que você acha dessa suspeita?

José: *"Não sei. Será que minha úlcera não é infecciosa? Acho que é melhor esperar o resultado do exame. Mas pode ser nervosa também. Acho que eu vou consultar um psiquiatra. Você acha mesmo que pode ser pânico?"*

T: Você quer indicação de um médico psiquiatra para você consultar?

José: *"Não, eu não sei se vai ser bom consultar um, mas se eu for, vou procurar o médico da minha filha, ele foi muito bom com ela. Vou falar com a minha esposa sobre isso."*

T: Tudo bem, José, pense sobre o assunto. Caso precise da minha ajuda, disponha.

Terminou o tempo, despedimo-nos e ele saiu pensativo.

Obs.: Ao sair, José parecia frágil e inseguro. Observei, nesta sessão, que José estava dirigindo sua percepção e atenção principalmente para seu corpo. Era importante para ele ter 'uma doença no corpo'. Com isto, percebi que poderia haver uma dissociação muito importante entre seu corpo e seu psiquismo.

Sessão com suas filhas

Suas filhas (a segunda e a mais nova) me procuraram naquela semana muito preocupadas, pois o médico as chamou comentando que estava suspeitando que José pudesse ter câncer. Segundo elas, nem a mãe (porque ela o estava tratando com hostilidade depois que o pai começou a sentir-se mal, ela não queria participar de nada que envolvesse seus sintomas); nem a irmã mais velha (porque ela estava novamente às voltas com ataques de pânico) sabiam o que estava ocorrendo. Ambas estavam apavoradas. Tentei tranquilizá-las, pedindo que aguardassem o resultado da biópsia, pois qualquer desespero antes do resultado poderia ser inútil.

Neste dia, elas comentaram comigo sobre o domínio que a mãe exercia sobre seu pai e quanto ela não acreditava que ele estivesse doente. Elas tentaram conversar com a mãe e explicar o que o pai sentia, mas ela alegou que o marido estava ficando preguiçoso e que não queria mais trabalhar, por isto estava inventando coisas.

Suas filhas comentaram que elas tinham muito pouco acesso ao pai. Contaram sobre o episódio do casamento da filha do meio e quanto ele se desesperou na época. Disseram que durante a vida toda, de que elas se lembravam, sua mãe o dominava totalmente e que ele não era somente condescendente com a esposa, mas, principalmente, que a ouvia e fazia tudo o que ela mandava.

Disseram, também, que seu pai sempre pareceu ser muito forte e decidido, apesar de notarem o ‘domínio’ que sua mãe sempre exercera sobre ele. No entanto, esta condição de fragilidade e dependência do pai com relação à mãe era recente e novidade para elas. Elas não podiam fazer nada para ajudá-lo, pois elas também tinham que obedecer à mãe, pois suas idéias sempre foram as regras da casa e ninguém podia tomar atitudes sem seu aval.

Com relação à psicoterapia, a mãe era terminantemente contra. Não aceitava o fato de ele ter procurado uma psicóloga e o estava hostilizando e subjugando por isso. Toda vez que ele ia se queixar, ela não o ouvia e dizia de uma forma hostil e pejorativa que ele falasse com a sua psicóloga. Disseram também que ele estava indo às sessões ‘empurrado’ por elas (pelas três filhas), pois a esposa estava zangada, alegando que ele não tinha nada, que seu mal era falta de trabalho. A mãe alegava que só acreditaria na psicoterapia se esta fizesse com que ele voltasse a trabalhar como antes. Elas percebiam que ele gostava de ir às sessões, mas que estava muito dividido entre o que ele gostava e a opinião da esposa.

Pediram que eu não comentasse a ele que elas haviam me procurado, e muito menos da suspeita do câncer. Disseram também que tão logo tivessem o resultado do exame, me ligariam para pensarmos no que fazer e em como dar a notícia caso fosse positivo.

Disse a elas sobre minha suspeita de pânico e da importância de se fazer uma consulta a um psiquiatra a fim de medicá-lo para que seus sintomas diminuíssem um pouco, pois ele estava sofrendo muito. Elas disseram que o levariam nem se fosse na ‘marra’. Disse a elas também, que este sintoma psicológico (das assombrações), por si só, seria mais do que suficiente para desencadear uma úlcera em função do sofrimento e tensão que isto acarretava.

Além disso, expus que observava também, outra pressão e conflito importante: a divisão entre o que sua esposa diagnosticara como etiologia de seus sintomas, falta de trabalho, e o que ele realmente sentia, vontade de abandoná-lo. Além disso, eu percebia também que ele estava muito preocupado com o corpo e em encontrar uma doença neste para justificar seus sintomas. Seu psiquismo era algo muito distante de sua concepção. Elas concordaram com esta observação, alegando já haviam observado isto não só no momento, mas durante toda a vida, pois ele sempre se preocupou com o corpo, com a forma e a saúde física. O psíquico era concebido e entendido como regras a serem seguidas.

Colocamo-nos à disposição umas das outras, concordamos com estas medidas e assim foi feito. No dia seguinte, a filha caçula me ligou dizendo que a biópsia havia sido negativa, ou seja, ele não tinha câncer. Estavam todos mais tranquilos.

5a sessão

Obs.: José chegou na sessão seguinte animado, sorrindo. Sua fisionomia estava completamente diferente da sessão anterior. Parecia outra pessoa. Neste dia, José vestia um estilo de roupa, totalmente diferente do que costumava usar, pois era muito sóbrio e clássico. Estava com um relógio e corrente de ouro, blusa de seda aberta. Pareceu estranho.

José: *"Procurei o psiquiatra da minha filha. Sabe o que eu tenho? Depressão Ansiosa. Foi isso que ele disse: Depressão Ansiosa. Pensei que fosse igual ao problema da minha filha, aquilo que você disse, o pânico, mas não é. O que eu tenho é D-E-P-R-E-S-S-Ã-O A-N-S-I-O-S-A. O psiquiatra receitou Tofranil, Psicossedim e Tegretol. Ele me deu uma dosagem, disse que é para eu ir aumentando aos poucos (disse a quantidade) e o psiquiatra disse também, que em dois meses eu estarei ótimo."*

T: José, não é tão simples assim. Com certeza você vai sentir-se melhor com estes medicamentos, mas ficar bom em dois meses, acho muito pouco provável, é muito pouco tempo.

José: (respondeu com hostilidade) "Não, o psiquiatra disse que E-U T-E-N-H-O D-E-P-R-E-S-S-Ã-O A-N-S-I-O-S-A E Q-U-E C-O-M E-S-S-E-S M-E-D-I-C-A-M-E-N-T-O-S V-O-U F-I-C-A-R B-O-M E-M D-O-I-S M-E-S-E-S."

Obs.: Parou e ficou olhando fixamente para mim, como que querendo que eu assimilasse bem essa frase. Decidi não retrucar, pois ele estava realmente hostil.

José: "Estou fazendo o regime para a úlcera (relatou toda sua rotina com alimentação) e minhas dores passaram. Só quando aperto o estômago assim, (demonstra) é que dói, senão não dói. Somente 'aquela' preocupação me acompanha."

T: Você pode me contar mais sobre essa 'preocupação'?

José: "Não sei o que acontece. Estou bem, mas de repente, fico com a sensação de que algo terrível vai me acontecer. Não sei se é por causa da pressão. Mas sei também que não há problemas com a pressão, pois ela está controlada. Meço todos os dias, já comprei até um medidor de pressão. Tenho acompanhado e ela está estável. Fui pegar o resultado da biópsia, e não é infecciosa. Segundo o médico, é uma úlcera nervosa (disse decepcionado). Não entendo isto. Mas, estou tratando e não tenho mais dores. Emagreci doze quilos. Tudo estaria bem se não fosse essa 'assombração'. Estou bem, tudo está bem, mas quando vem essa 'assombração', tenho a impressão de que algo horrível está para acontecer, que eu vou morrer. Tenho reagido. Quando me sinto assim, saio de casa, vou dar uma volta. Tenho caminhado todos os dias pela manhã. Até comprei um aparelho que marca passos. Da minha casa até o comércio da minha filha dou 4236 passos."

T: Você se sente bem andando, caminhando ou deitado? Como se sente melhor, sozinho ou acompanhado, dentro ou fora de casa?

José: "Quando a assombração aparece, tenho que me levantar e fazer alguma coisa. Não posso ficar parado. Minha mulher disse que eu estou assim porque estou sem fazer nada. Não estou tendo atividade alguma. Ela acha que se eu voltar a trabalhar isto passa."

T: Você gostaria de voltar a trabalhar?

José: *"Acho que sim, mas preferiria neste momento tratar da úlcera para voltar depois. Você acha que eu deveria voltar já? Acho que não, mas você o que acha? Eu tenho problemas orgânicos, como o psiquiatra disse. Meu problema é Depressão Ansiosa e ele disse que isso é orgânico, não é psicológico, tanto que ele disse para eu tomar esse medicamento que estarei bem em dois meses. Acho que posso voltar a trabalhar em dois meses, logo depois que as assombrações desaparecerem."*

T: O fato de seus sintomas serem de origem orgânica parece te tranquilizar, não é?

José: *"Não é que me tranquiliza, é que eles são orgânicos mesmo. Foi o médico quem disse. É só tratar que eles desaparecem. Pedi para o médico da úlcera fazer novos exames, pois eu acho que minha úlcera é orgânica também, não pode ser nervosa."*

Obs.: Foi assim a sessão toda. Ele descrevendo os tratamentos, o que tinha que fazer e repetindo que seus sintomas eram de natureza orgânica, que era só uma questão de tomar remédio e ficar bom, não aceitando qualquer intervenção minha. A dissociação corpo/psiquismo era notória e agora utilizava o 'diagnóstico' e as 'falas' do médico como argumento e para evitar a angústia e a 'assombração'. Falava firme, convicto e seguro: parecia outra pessoa.

6a sessão

José chegou falando sobre sua úlcera, suas dores físicas, os remédios que tomava e sua expectativa de voltar a ficar bom, como na sessão anterior. Parecia animado, menos hostil.

T: Você já sentiu essas 'assombrações' antes?

José: *"Sim. Quando eu tinha dezenove anos. Tinha acabado o curso técnico e estava prestes a arrumar um emprego muito bom. Nessa época, comecei a sentir estas sensações. Morava no interior e um tio meu foi nos visitar. Meu tio sugeriu que eu fosse passar um tempo na casa dele em outra cidade para descansar. Assim eu fiz. Fui para a casa do meu tio e em seis meses eu estava bom, curado."*

T: O que aconteceu nestes seis meses na casa do seu tio?

José: *"Na casa do meu tio? Ficava descansando, ajudava nos trabalhos do sítio, com os animais e a plantação, mas sem obrigação de nada. Ajudava por ajudar, nunca consegui ficar parado. Eu tive uma infância muito difícil. Sou filho mais velho de cinco irmãos. Comecei a trabalhar com cinco anos de idade. Minha mãe fazia doces para eu vender na praça da cidade para ganhar algum dinheiro e ajudar em casa. Meu pai era barbeiro e ganhava muito pouco. Meus irmãos foram nascendo e eu ajudava minha mãe e meu pai para poder criar meus irmãos. Aos quatorze anos fui trabalhar em um escritório como "boy". Sempre estudei muito e fui um excelente aluno. Dos quatorze aos dezenove anos, trabalhei nesta empresa como "boy". Assim que concluí o curso técnico, resolvi arrumar um emprego nesta área. Foi quando aconteceu pela primeira vez esta crise. Passada a crise, decidi vir para São Paulo a fim de arrumar emprego. Fui morar em uma pensão. Arrumei um emprego onde trabalhei durante vinte e nove anos. Fiz faculdade. Conheci minha esposa e em três anos casamos. Minha esposa trabalhava, era muito ativa. Após o nascimento da terceira filha ela parou de trabalhar para cuidar delas. Voltou há uns dez anos atrás. Seguramos uma situação difícil. Eu trabalhava de segunda a sexta-feira. Pelo menos uma vez por mês (por ocasião do fechamento do mês fiscal) eu trabalhava o final de semana todo. Um ano sim, outro não, eu trabalhava no dia de Natal e de Ano Novo."*

T: Por que?

José: *"Ora, porque que era necessário para o fechamento, o balanço do ano. Eu era o homem de confiança da empresa. Meu patrão tinha muita confiança em mim."*

T: E nas férias o que faziam?

José: *"Geralmente eu tirava vinte dias em descanso e dez em dinheiro. Nestes vinte dias, nos íamos cinco ou seis dias para o interior, mais tarde, quando compramos o apartamento da praia íamos para lá. Os outros quinze dias de férias aproveitava para pintar a casa, ou para reformá-la. Fazia tudo eu mesmo. Minha casa estava sempre em ordem. Eu e minha esposa sempre gostamos disto. Assim foi durante trinta anos."*

T: Não havia outra alternativa?

José: *"Não". Mas também eu gostava daquela vida. Minha esposa me incentivava muito e eu achava muito bom ter a casa em ordem, as crianças supridas das necessidades, e nosso patrimônio crescendo. Não sou rico, mas tenho o suficiente para poder viver tranquilo minha velhice com minha esposa. Comecei minha segunda faculdade com quarenta e cinco anos. Terminei com cinquenta anos."*

T: Por que decidiu fazer esta segunda faculdade?

José: *"Tanto eu como minha esposa achávamos que seria bom, por motivo de segurança. Como eu estava para me aposentar, essa segunda profissão me daria a oportunidade de continuar exercendo uma profissão liberal mesmo depois de aposentado. Já fiz algumas coisas simples nesta área, mas acho que com o tempo posso fazer outras coisas também."*

T: Pelo que você me diz, penso que sua vida desde muito pequeno foi norteadada pelo trabalho. Trabalhar sempre foi um significado muito importante que deu sentido à sua vida. Sem trabalho ou atividade, sua vida parece perder o sentido. Imagino que para você, não teria porque viver se não tivesse algum tipo de trabalho ou perspectiva de algum exercício profissional. Mas... você não ficou cansado, nunca se sentiu exausto, com vontade de parar um pouco?

José: *"Claro que sim."*

Obs.: José respondeu espontaneamente sem pensar. Logo em seguida a esta resposta, assustou-se e emendou:

José: *"Sim, mas não consigo". Também, caso eu pare de trabalhar, vou fazer o quê? É como você disse, minha vida perde o sentido".*

T: E não seria possível dar ou encontrar outro sentido em sua vida, que não seja trabalho? Pelo que pude entender, hoje já não é mais necessário tanto trabalho. Sua vida está estável. Suas filhas estão bem, você e sua esposa tem o bastante para viverem bem, com conforto, parece que este excesso de trabalho não é mais necessário, pelo menos pela lógica.

José: *"Tem razão, mas é muito esquisito ver minha esposa sair para trabalhar todos os dias pela manhã e eu em casa sem ter nada para fazer. É horrível ficar em casa me sentido mal, parecendo um inútil."*

T: Você parece dividido em dois. Um que quer muito parar, descansar, procurar outro sentido na vida, criar, aproveitar e usufruir o que conquistou, e outro que 'precisa' continuar exercendo uma atividade independentemente se gosta, precisa ou não.

José: *"Sabe, eu acho que vou precisar encontrar um meio termo para isto. Assim que melhorar, vou tentar."*

T: Será que sua melhora não dependeria exatamente disso? Ou seja, será que as dificuldades que você está enfrentando neste momento, como a úlcera, as "assombrações" não seriam um pouco resultado desta divisão?

José: Responde muito assustado. *"Acho que não. Os médicos disseram que isto é orgânico. Não acho que teria algo de psicológico nestes meus sintomas. Acredito que tomando os remédios vou ficar bom. Meu trabalho é outra coisa."*

E assim encerramos a sessão.

Obs.: Nesta sessão, pareceu que José gostou de falar sobre ele e sobre sua vida. No entanto, não queria (nem podia) falar nem questionar a REFERÊNCIA do trabalho. Mudar de vida, ou ter uma outra concepção desta, não podia sequer ser pensado ou cogitado.

Trabalhar seria um desejo seu? Uma REFERÊNCIA que dava sentido de existência a ele? Uma regra imposta por sua esposa que deveria ser seguida por ele? Ou a REFERÊNCIA de sua esposa que era comum a ambos? Dava para observar que neste momento ele estava questionando de alguma forma e "em algum lugar" esta REFERÊNCIA, mas não podia admitir.

7a sessão

Houve um feriado entre a sexta e sétima sessão. Ficamos quinze dias sem nos vermos. Nesta Sessão, José chega muito animado.

José: *"Esta semana, foi a semana dos médicos. Tenho novidades ótimas. Fiz outra endoscopia e minha úlcera de 4,8 cm está agora com 1,2 cm. Já melhorei muito. O gastro disse que estou de parabéns. Logo, logo vou ter alta. Tenho feito o regime direitinho. Está sendo difícil, mas está valendo a pena. O médico retirou material da úlcera para ver se é infecciosa. Sabe o que deu no exame? Positivo (fala isso muito feliz). Não disse para você que não era úlcera nervosa? Ela é infecciosa. Não tem nada de psicológico. Fui também ao psiquiatra. Ele me achou ótimo. Disse que estou muito melhor. Sem dúvida ainda tenho as 'assombrações'. Tem dia que acordo pela manhã muito bem, mas tem dias que acordo com ela. Tenho saído, feito compras, ido ao banco. Às vezes quando estou muito mal, vou até o comércio da minha filha e a ajudo. Quando ela tem que ir ao banco ou fazer compras, fico no caixa para ela. Às vezes me sinto bem, às vezes não adianta, mesmo no comércio a 'assombração' chega."*

T: E o que o psiquiatra achou disto?

José: *"Falei com ele que já faz dois meses que comecei o tratamento e, mesmo assim, ainda não fiquei bom. Ele me disse que é assim mesmo. Aumentou a dosagem do medicamento. Disse que era para aumentar o Psicossedim quando estivesse muito ansioso, porque você sabe, a minha doença é 'depressão ansiosa', o médico disse isto novamente."*

T: E como você reagiu ao aumento da dosagem?

José: *"Muito mal. Tenho ligado para ele diariamente. O psiquiatra disse que é para eu tomar o Psicossedim, e somente quando for necessário devo tomar também Lexotam. Só que para prevenir tomo todos diariamente. Ele aumentou o outro também, e deu mais um que não lembro o nome. Mas não adianta, sinto-me muito mal."*

Obs.: Com esta declaração, José começou a mudar sua fisionomia, seu tom de voz, começou a transformar-se em uma pessoa depressiva.

José: *"Sabe, estava conversando com meu cunhado. Ele teve isto também. Fomos para a praia no feriado, e eu tive a 'assombração' no caminho, dirigindo. Não falei nada para ninguém. Chegamos lá embaixo e eu transpirava muito. Disse para todos que era o calor. É engraçado, todos conversam se divertem, e eu fico com esta sensação de não estar ali. Ouço todos, vejo, observo, mas tudo parece um filme. Estou presente mas é como se não estivesse ali. Isto não é só na praia, mas em casa, em todos os lugares me sinto assim. As pessoas percebem que estou distante, mas não sabem o que estou sentindo, eu disfarço bem - disse sorrindo. Todos me chamam a atenção. Minha mulher briga comigo, diz que eu sou anti-social, que não participo. Não é verdade, estou ali, só que de corpo presente. Não consigo me entrosar. Não tenho alegria, vontade. Não sei dizer o que seria melhor, o que eu gostaria de estar fazendo além de estar ali. Resolvi fazer um armário/estante lá no apartamento da praia para dividir a sala e criar mais um quarto. Meu cunhado me ajudou. Enquanto trabalhávamos no armário, ele me perguntou como estava me sentindo, pois percebia que eu estava distante. Disse a ele que estava bem, mas que sentia 'aquelas' sensações. Aí ele me contou que também teve isto. Disse que tomava um monte de remédios e que continuava a sentir estas sensações. Meu cunhado disse que um dia, ele foi pescar em Mato Grosso. Levaram um monte de coisas para pescar. Alugaram um barco e foram para um lugar selvagem, isolado do mundo para passar uma semana. Meu cunhado disse que quando estavam no barco, atravessando o rio, bem no meio do caminho, ele foi procurar os remédios e percebeu que os havia esquecido em casa. Teve uma crise ali mesmo, na hora. Disse que foi horrível. Tiveram que segurá-lo, não dava para voltar. Ele passou uns momentos terríveis, mas disse que passou. Ele disse também que quando percebeu que as crises passavam sem remédio mesmo, nunca mais voltou a tê-las. Hoje não toma mais remédio e está muito bem."*

T: E você, o que acha disto?

José: *"Não tenho coragem de abandonar os remédios. Acho que vou ficar bom, só que com remédio. Não consigo me imaginar sem eles."*

T: Mas a nossa proposta inicial era a de que você tomaria os medicamentos para ajudá-lo e assim que estivesse se sentindo melhor, a dosagem iria sendo diminuída até poder ficar sem eles. Foi o que o psiquiatra comentou com você, inclusive.

José: *"É verdade, mas não me sinto seguro para poder diminuir. Pelo contrário, tenho aumentado cada vez mais. Minha filha tomou estes remédios e ficou boa. Vou ficar bom também."*

Obs.: Percebi neste momento que José não sabia (não contaram para ele) que a filha tinha voltado a ter ataques de pânico. Eu sabia disto porque ela havia me procurado naquela semana, mas em função deste momento do processo de seu pai, achei que não deveria atendê-la e a encaminhei a outra psicóloga.

T: Você acha que o que é bom para um pode ser bom para o outro também? Você mesmo me disse que para o seu cunhado as coisas se resolveram de uma forma, para sua filha de outra forma, será que não seria possível encontrar a sua forma?

José: *"Não, vou seguir estritamente o que o médico mandar. Vou tomar tudo o que for preciso. Acho até que estou me sentindo melhor. Minha úlcera diminuiu porque segui estritamente as instruções do médico."*

T: Parece que sim. Sem dúvida, os médicos e suas instruções o ajudam e são importantes. Mas você não acha que poderia conversar e discutir com os médicos sobre como se sente e até mesmo ajudá-los a encontrar uma melhor forma de ajudá-lo?

José respondeu com hostilidade: *"Se eles são médicos, eles sabem o que estão fazendo. Sigo rigorosamente suas instruções."*

T: Parece que você acha sempre que as pessoas sabem tudo sobre tudo, e sobre o que é melhor para você, para sua saúde, para sua vida, mais do que você mesmo. Não só os médicos, mas sua esposa, seu cunhado, seus amigos, seu patrão, enfim todos podem e sabem o que é melhor para você. É só seguir as instruções e tudo dar certo. E a sua auto-referência?

José: *"Não posso confiar em mim do jeito que estou. Não consigo saber o que é melhor para mim. Tenho que me apegar no que os outros dizem."*

T: Mas, será que não foi sempre assim? Pelo que você me conta, sua vida sempre foi norteada pelo certo, pelo justo, pelo correto, pelo que tinha que ser feito. Raras vezes ouço de você um comentário do tipo, fiz porque gostava, mas sempre ouço fiz porque precisava, porque era necessário, porque era certo e bom, porque "alguém" disse ou mandou.

José: *"E deu certo. Tudo deu certo na minha vida. Só esta doença agora. Mas acho que foi "stress". Logo, logo, descanso, tomo remédio, sigo as instruções dos médicos e volto a trabalhar."*

T: Você decidiu voltar a trabalhar?

José: *"Sim. Minha esposa acha que é melhor. Ela disse que enquanto eu trabalhava muito eu não tinha estas coisas. Agora que estou parado, é que estou sentindo isso. Ela acha que é falta de atividade."*

T: E você o que acha?

José: *"Acho que ela tem razão. Comecei a arrumar um armário do banheiro. Já pinteí uma boa parte, só que estou muito lento. Não tenho mais aquela condição que tinha antes. Fazia tudo rápido e bem feito. Agora estou lento e as coisas não saem como deveriam. Ela (a esposa) também acha que não saiu muito bem. Mas está pronto, e o resultado final até que não ficou ruim."*

T: Parece-me que neste momento da sua vida você está se deparando com seus recursos e também com suas dificuldades. Até então, você foi fazendo coisas repetitivas, que você, como ninguém, sabia executá-las, mas que eram determinadas por outros a você. Este é um momento de descobertas. Descobertas de si mesmo e até mesmo do mundo. Do que tem e do que não tem para ser feito. Do que é bom, agradável e do que você não gosta, enfim, dá a impressão que você nunca esteve tão próximo de si mesmo como está agora. Parece que se abrem muitas possibilidades em sua vida. Hoje você pode acordar pela manhã e escolher o que quer e o que pode ser feito. Mas isto parece lhe dar muita insegurança. Insegurança de continuar sendo amado pelas pessoas que o cercam sendo você mesmo, fazendo suas próprias escolhas, sendo e fazendo coisas por você mesmo independente dos outros. Insegurança de poder fazer coisas novas com a mesma competência com que fazia as coisas velhas. Enfim, parece que está difícil para você ser você.

José neste momento me olhou assustado e disse: *"Estou contente porque minha úlcera está melhor."*

Encerramos a sessão.

José faltou na sessão seguinte.

Obs.: Compreendi esta falta como resistência ao trabalho psicoterápico que estava sendo realizado. Isto era notório, pois José tentava a todo custo manter a dissociação corpo-psiquismo e evitava falar sobre seus sentimentos e desejos. Voltava-se para o corpo, negava que tinha um psiquismo e tudo o mais que esta admissão acarretaria, como: perceber seus próprios desejos, sentimentos e emoções. Tentava transformar o psíquico em cumprimento de instruções e REFERÊNCIAS.

8a sessão

Obs.: José chegou com ‘aparência estranha’, diferente do que havia apresentado até então.

José: *"Fiz outra endoscopia. Sabe o que aconteceu? Estou curado. Minha úlcera fechou. Não é uma boa notícia?"*

T: Muito boa. Quer dizer que você já pode parar o regime, já pode comer o que gosta?

José: *"Não, vou continuar fazendo o regime por precaução. A semana passada eu não vim, porque eu estava bem. Me senti muito bem mesmo. Minha esposa disse que era para eu parar com esta estória de psicóloga porque eu já estava ficando bom. Era só parar de me preocupar, de enfiar bobagens na cabeça e voltar a trabalhar. Mas esta semana tudo começou novamente. Tive crises muito fortes quase que diariamente. É um sofrimento. Tenho feito aquilo que te falei. Ando, vou ao banco, faço compras para a casa, arrumo as camas, ajudo minha esposa no trabalho de casa, vou ao comércio da minha filha, mas não adianta. A crise quando pega, pega mesmo. O psiquiatra disse que eu estaria bom em dois meses e até agora nada mudou. Pelo contrário, tudo piorou muito. Tomo os remédios direitinho como ele mandou, mas não adianta, não melhora. Minha mulher falou que é para eu parar com estas bobagens de remédio, mas nem pensar, isto eu não vou fazer. Fazem dois anos que eu não sou mais ninguém."*

T: Pelo que você me contou, as crises começaram com a cirurgia da sua esposa, não foi?

José: *"Foi. Na verdade foi tudo junto. Minha esposa fez a cirurgia, em seguida veio o casamento da minha filha e a falência da empresa onde eu trabalhava."*

T: Muitas mudanças ao mesmo tempo, não?

José: *"Olha que interessante, não tinha pensado nisso. Realmente foram muitas mudanças. Mas na verdade nada mudou, porque minha esposa ficou boa, minha filha acabou casando e está bem e eu arranjei outro emprego que substituiu aquele que eu tinha. Eu entendo que deveria ficar complicado se tudo tivesse mudado mesmo, mas não mudou. Tudo voltou à normalidade, e eu continuei com estas 'assombrações'."*

T: Do ponto de vista externo nada significativo mudou. Mas pode ser que com estas mudanças externas alguma coisa interna, ou seja, dentro de você não pode ter sido ameaçada?

José me olha assustado e responde: *"Não, acho que não, eu continuo o mesmo, quer dizer, continuo pensando como pensava antes, a única coisa que mudou foi minha doença."*

T: Você me conta sobre algumas situações que ocorreram naquela época de 1992 quando suas crises começaram a acontecer. Primeiro, veio a cirurgia de sua esposa. Isto significa que com esta cirurgia, você correu o risco de perdê-la. Segundo, veio o conflito entre apoiar sua esposa ou sua filha por ocasião do casamento. Caso apoiasse sua filha, poderia perder sua esposa, pois ela já estava separada de você aguardando sua decisão. Terceiro, veio o desligamento do emprego, que de alguma forma, fazia com que, por meio dele, você suprisse suas expectativas mas também e principalmente as de sua esposa. Isto quer dizer que não suprimindo mais esta expectativa dela, você poderia perdê-la. Interessante, qual será o significado que sua esposa tem em sua vida que a iminência de perdê-la o apavora tanto?

José me olha assustadíssimo, abaixa a cabeça muito triste e responde: *"Ela é muito importante para mim. Sempre foi minha companheira, me ajudou muito. Ninguém, nem mesmo minhas filhas, conseguem entender quanto ela me ajudou e me ajuda. São trinta e cinco anos de convivência, não sei se poderia viver sem ela."*

T: Parece que existe uma dependência muito importante sua com relação a ela. É como se ela fizesse parte de você. Uma parte sua é ela. Sem ela você não consegue pensar, caminhar, nem mesmo ser você.

José: *"É isto mesmo. Tem algum mal nisto?"*

T: Não se trata de bom ou mal, trata-se de um fato que podemos examinar. Perder ou a possibilidade de perder sua esposa significa, de alguma forma, perder parte de você mesmo, de perder suas referências, de morrer em parte.

José: *"Acho que é isto mesmo. Na verdade vou contar uma coisa para você que nunca contei para ninguém. Você sabe que eu tenho muita vontade de morrer? Acho até pecado pensar e falar nisto, mas às vezes, acho que a única coisa que resolveria meu problema seria morrer. É contraditório, pois às vezes tenho medo de morrer principalmente quando a crise aparece, mas sinto que quero muito que a morte chegue o mais rápido possível."*

T: Parece que quando você tem que escolher entre uma situação que desaponte ou desagrade sua esposa, você corre o risco de se perder, de morrer em parte. Desagradá-la significa, de alguma forma, além de desagradar parte sua, correr o risco de perder esta parte caso ela se desaponte e o abandone. Ser abandonado por ela significa depedçar-se, morrer uma parte sua. E agora, como você vai fazer pois não está conseguindo suprir os desejos desta sua parte/ela? Você não consegue voltar a trabalhar para agradar e satisfazer o desejo de sua parte-esposa. No entanto, começa a surgir um desejo seu, um você mesmo, um desejo próprio, pedindo para parar de trabalhar. A morte total resolveria este problema, sem dúvida. Continuar trabalhando implicaria em suprir a sua parte-esposa mas isto significaria, também, contrariar e perder seu próprio desejo, perder a si mesmo. Parar de trabalhar parece que significa preservar seu próprio desejo, mas, ao mesmo tempo, perder seu lado

ligado a sua esposa e as referências que ela lhe proporciona, que dão coesão e sentido à sua vida. Parece que você está entre morrer ou morrer. Morrer fisicamente, sem dúvida, resolveria o conflito. Mas não é o caso. Você está vivo, talvez mais vivo que nunca, pois agora tem desejo e tem que lidar com estas questões de morte para viver, não de falta de solução de vida para morrer.

José abaixou a cabeça, ficou pensativo durante uns minutos. Instalou-se o silêncio na sala. Com os olhos cheios de lágrimas, José respirou fundo e disse:

José: *"Ah! Mas não tem jeito mesmo, estas sensações continuam e eu não sei o que fazer com elas. Minha úlcera já está boa, o médico disse que eu ficaria bom em dois meses e até agora nada..."*

T: José, nos estávamos falando sobre um conflito importante pelo qual você está passando, mas você mudou de assunto. Podemos entender esta mudança de assunto como uma resolução do psíquico no corpo?

José: *"Mas eu já te falei que meu problema não é psicológico, é orgânico. Os médicos já falaram isto."*

T: Apesar das dores de estômago, das sensações terríveis que você está sofrendo, parece-me que tudo isto junto é menos doloroso do que o conflito ao qual eu me referia.

José: *"Você que pensa. Você não imagina a dificuldade que é passar por isto. Ninguém sabe."*

T: José, eu entendo as dificuldades orgânicas pelas quais você está passando. Lembra-se que eu mesma pedi que você consultasse um psiquiatra para medicá-lo a fim de que elas pudessem ser minimizadas? Foi exatamente em função de compreender o quanto elas estavam difíceis de serem suportadas é que fiz esta sugestão. Estou me referindo, neste momento, às dificuldades relativas a um conflito interno muito doloroso e difícil de ser concebido, muito mais ainda de ser resolvido, pelo qual você está passando. Não estou falando de um conflito entre você e sua esposa. Estou falando de um conflito entre você e você mesmo, sobre a dependência intensa que você tem das pessoas,.

José: *"Eu não sou dependente. Fiz a minha vida toda sozinho. O que acontece é que eu ouço orientações de algumas pessoas nas quais confio. Quando era pequeno, ouvia minha mãe, ela me ajudou muito dizendo o que era certo e errado. Eu a segui e dei certo na vida. Depois escolhi uma mulher muito boa que também me ajudou, me orientou, fez tudo junto comigo. Mas trabalhei, lutei sozinho, nunca dependi de ninguém para me dar nada. Tudo o que eu tenho foi resultado do meu próprio esforço, do meu trabalho. Sempre comandeí dezenas e dezenas de homens nas empresas onde trabalhei. Lidei com milhões de dólares e tinha a confiança absoluta de meus superiores no meu trabalho".*

José falou isto tudo, muito bravo.

T: Não me refiro à dependência externa, José. Acredito mesmo que tudo o que você possui seja resultado de seu trabalho, sem dúvida alguma. Refiro-me à dependência interna. À dependência do que pensar, do que sentir e, principalmente, do que desejar. Enfim, parece que o que quer que eu diga hoje, não vai ser bem recebido por você. Parece que minhas interpretações aparecem como uma ameaça a você, ao que está estabelecido e enquadrado por você como certo e errado. Você parece ouvir apenas minhas orientações, e não minha compreensão sobre seu funcionamento.

José: *"Não, Sandra, é que você insiste nesta estória de que meu problema é psicológico e eu acho e os médicos também acham, que meu problema é orgânico."*

T: Você entende assim. Tudo tem que ter uma categoria para se enquadrar: orgânico ou psicológico. Eu não estou colocando nada em categorias. Se seu problema é orgânico ou psicológico, eu não faço a menor idéia e nem estou preocupada com isto. Você está. Quando aponto um funcionamento seu, você imediatamente o enquadra como causa, não como uma constatação, um fato. Eu o vejo como uma pessoa que tem corpo, mas tem psiquismo também.

E assim encerramos a sessão.

Obs.: Esta sessão foi emocionalmente muito difícil para José. Percebi que ele saiu confuso e perplexo. José faltou na sessão seguinte. Comecei a perceber que as faltas tinham um significado: quando estava difícil conceber e enfrentar seu psiquismo e seu funcionamento e conseqüências deste, as faltas eram uma 'saída'.

9a sessão

Obs.: Esta foi a última sessão antes das férias de dezembro. Assim que José entrou, fez este comentário. Ele já sabia, pois isto já havia sido comentado e proposto em nosso contrato, ou seja, que teríamos férias em janeiro. José chegou nesta sessão com a aparência diferente. Estava novamente vestindo roupas, usando jóias (corrente e pulseira de ouro, relógio) e perfume forte. Porém, estava muito magro e abatido.

José: *"Eu sei que esta é a última sessão antes das férias. Aliás, neste final de semana nos já vamos para a praia para passarmos o Natal e Ano Novo lá. Minha esposa não quer passar o Natal aqui por causa do genro, você sabe que depois daquilo tudo do casamento eles nunca mais se deram bem. Minha filha mais velha sempre passa o Natal com a família do marido. Já compramos os presentes para as netas. Durante esta semana, elas irão buscá-los lá em casa. Vamos para a praia com meu cunhado e a esposa. Acho que vai ser bom, quer dizer, vai ser como der, do jeito que eu estou me sentindo..."*

T: Você está se sentindo melhor?

José: *"Nada, nada. Estou do mesmo jeito. Às vezes até pior. Esta semana fui ao psiquiatra para rever o medicamento, porque ele também vai sair de férias e eu quero estar com todas as receitas em mãos para não ficar sem remédio. Deus me livre de me dar um troço na praia e eu sem remédio. Ah! eu trouxe um livro para você ver, foi o psiquiatra quem me deu para eu ler e compreender melhor meus sintomas."*

Obs.: O médico o diagnosticou como 'Depressão Ansiosa', mas o livro era intitulado 'Síndrome do Pânico'. O livro estava grifado em várias partes e José apontou para todas as partes que diziam que o pânico era uma doença orgânica.

José: *"Viu? como eu te disse. Meus sintomas são orgânicos e tenho mesmo que tomar remédios, está tudo aqui no livro."*

T: Decidi não interpretar, ouvi, li, comentei sobre o que liamos juntos.

José: *"O psiquiatra disse que eu estou muito melhor. Ele disse que minha aparência mudou muito desde o primeiro dia que eu apareci lá. Disse que eu estava horrível, quando cheguei, mas que agora, estou com outra cara. Você também acha que eu estou com aparência melhor?"*

T: O psiquiatra disse que você está com uma aparência melhor, e você ficou em dúvida. Caso eu também ache que você está com a aparência melhor são 2 a 0 para a aparência melhor, então, você vai poder aderir a esta idéia e vai se sentir melhor mesmo. Você se preocupa bastante com sua aparência, não é?

José: *"É verdade, me preocupo muito com isto. Gosto de me vestir bem, de me apresentar bem. Estou muito mais magro. Quase não tenho roupa para vestir. Essa calça é muito fora de moda, mas eu achei no guarda-roupa. É de quando eu era jovem, garoto."*

T: Não é só a roupa que é de garoto. Apesar de seus sofrimentos, entrar em contato com desejo também o remete a uma situação de garoto, de ter oportunidade de rever sua vida, como aos dezenove anos, quando teve esta oportunidade, lembra-se? Tai José, agora você pode. A vida está estável, agora você pode começar a ser você.

José: *"Engano seu. Já tenho muita idade, muitas coisas já estão como estão. Fica difícil começar de novo. Tem muitos impedimentos, muitos mesmo. Agora vamos às férias, vamos ver o que acontece."*

T: Você está preparado para as férias?

José: *"Estou, tenho que estar. Acho que vai ser bom."*

Conversamos o resto da sessão sobre amenidades. Falamos sobre a praia, o apartamento da praia, sobre a casa, a construção da casa, sobre as roupas, etc...

Na saída, quando encerramos a sessão, disse-lhe o dia da minha volta. Ele respondeu que não sabia se estaria ou não de volta nesta data. Combinamos que ele me ligaria quando voltasse para retomarmos as sessões.

Obs.: Nesta sessão, evitei interpretar e voltar às questões que estávamos tratando até então porque ficaria um mês sem vê-lo.

Janeiro

José telefonou dizendo que tinha decidido "dar um tempo" com a terapia. Respondeu que estava 'caminhando' quando perguntei pelo telefone como estava. Disse que se precisasse de mim me ligaria. Sugeri que nos encontrássemos pelo menos uma vez mais para conversarmos e ele não aceitou. Disse que me ligaria se precisasse. Coloquei meus serviços à sua disposição para quando precisasse.

Tive notícias de José em junho. Sua filha mais velha voltou a ter ataques de pânico e resolveu procurar uma psicóloga. Ele mesmo indicou meu nome e quando nos encontramos ela mencionou que ele havia feito ótimas referências a meu respeito. Durante a análise de sua filha, tive, de alguma forma, notícias a respeito dele.

Segundo a filha, José estava cada vez pior. Abandonou o tratamento com o psiquiatra e procurou um centro espírita, aceitando, segundo ela, a hipótese de que seus sintomas seriam de natureza espiritual. Segundo a filha, com este 'tratamento' ele melhorou muito a princípio, até mesmo sua aparência mudou logo que começou a freqüentar o centro espírita. Um dia, 'recebeu um espírito' em casa. Sua mulher deu uma bronca e o 'espírito' foi embora no mesmo instante. Não recebeu mais espíritos, não foi mais ao centro espírita e voltou a passar mal.

Resolveu, então, procurar outro médico psiquiatra. Fez tratamento "direitinho" com este novo médico, ficou ótimo e teve alta. Entretanto, tão logo parou o tratamento seus sintomas pioraram muito. Procurou outro médico e assim tem sido: de médico em médico, de tratamento em tratamento.

Segundo a filha: *"Ele já perdeu vinte quilos, está pele e osso"*. Todos na família estavam muito preocupados, pois ele tremia e chorava muito e estava cada vez mais dependente da esposa, que brigava, gritava e o desprezava muito. Estava muito deprimido e falava insistentemente em morrer. Não saía mais de casa, nem para as compras, nem para ir ao comércio da filha mais nova. Tinha medo de tudo.

Aceitava qualquer tipo de tratamento desde que fosse com remédios. O último médico consultado lhe havia receitado umas fórmulas com doses altíssimas de antidepressivos e tranqüilizantes (sua filha constatou estas doses pois foi verificar o que ele estava tomando para ver se servia para ela também). Quando a filha ia à sua casa, observava que ele estava dormindo o dia todo e, quando se levantava, parecia dopado, pois se batia pelos móveis e pelas paredes (segundo ela, em virtude do excesso de medicamentos que tomava) estava com muitos hematomas.

Um certo dia, esta filha relatou que o levou a um massagista (porque ela achou que foi bom para ela e quis que ele também tentasse), mas ele rejeitou a idéia e o tratamento. Ela insistiu e um dia o enganou dizendo que ia levá-lo ao “shopping” e o levou ao massagista. Ao entrar na sala do massagista ele comportou-se, segundo ela, como criança para entrar na sala: gritou, chorou e não voltou mais.

Segundo uma conversa que teve com esta filha, quando falaram sobre os sintomas comuns que sentiam, José indicou a ela que continuasse e persistisse na psicoterapia. Ele não aceitaria voltar a fazer psicoterapia, pois queria, segundo ela relatou, um remédio, uma ‘fórmula’ que curasse seus sintomas: ‘uma pílula mágica’. Ele dizia para ela que tinha esperanças de que um dia alguém pudesse dar a ele esta pílula e curá-lo. Isto foi o que a sua filha me relatou em alguns momentos de seu próprio processo.

2.4. DISCUSSÃO DO CASO II

2.4.1. Os motivos que mobilizaram a procura da psicoterapia

José não procurou psicoterapia por ter compreendido esta como uma necessidade sua, mas, segundo ele mesmo relatou, sua procura foi baseada na indicação que alguns médicos e as filhas fizeram, ou seja, procurou-a porque este era o procedimento ‘correto’ a ser feito.

Pelos seus relatos, observou-se que ele sempre fazia tudo de uma forma rigorosa e sistematicamente 'correta' e 'responsável' como exercícios físicos, pagamentos, horários, trabalho, tomava os medicamentos prescritos, fazia os tratamentos indicados, cuidava rigorosamente da sua alimentação e saúde, como também da casa e da família. Transferencialmente, este funcionamento assim se apresentou: José sempre foi "correto e pontual", tanto com horários, honorários, como também seguia rigorosamente as orientações dadas pela terapeuta.

Segundo José, sua vida sempre foi permeada pela obediência às regras que eram consideradas 'corretas e adequadas' e, segundo ele, por isso, transformou-se em um homem 'correto, bom, trabalhador, honesto e saudável' e sua vida 'deu certo'.

A psicoterapia e a terapeuta teriam para José este sentido também. A terapeuta era significada como pessoa 'adequada' que sabia o que era bom, mau, conveniente, justo, correto e, sendo assim, ela teria o 'saber' (e porque não dizer o 'poder') para lhe dizer como agir, do ponto de vista do 'certo e do adequado' para transformá-lo em um homem 'saudável e bom'. José, por sua vez, cumprindo sistematicamente o que fosse determinado por ela, entendia que seria 'curado' de seus sintomas.

Nas primeiras sessões, algumas questões apresentadas por José pareciam, do ponto de vista explícito, simples, claras e óbvias e, desse modo, algumas 'orientações' foram dadas: se ele estava com dor, poderia não ir trabalhar; tendo dor, seria razoável procurar um médico para saber do que se tratava esta dor para poder se tratar; se estava ansioso, poderia procurar um psiquiatra que pudesse medicá-lo.

No entanto, estas 'orientações' tinham limites. A psicoterapia visava a observação e análise de seu funcionamento psíquico, e não necessariamente orientação. Porém, José entendia as orientações como regras a serem seguidas à risca: estas eram compreendidas como REFERÊNCIAS.

Entretanto, José não aderiu sem seguir qualquer orientação e REFERÊNCIA. Para que ele as cumprisse, estas tinham de ser confiáveis e conter instruções concretas que deveriam ser dadas por uma pessoa confiável, 'correta' e REFERENCIAL; para que esta

pessoa fosse confiável, ela deveria ser indicada por uma PESSOA-REFERÊNCIA de sua confiança. Além disso, a REFERÊNCIA indicada pela PESSOA-REFERÊNCIA, teria de passar por um consenso entre várias outras PESSOAS-REFERÊNCIA. Assim, as orientações teriam um significado de 'verdade e norma' confiável e inquestionável.

A 'escolha' da psicoterapia e da terapeuta passou por este processo, pois vários médicos de sua confiança indicaram este tratamento. A "escolha" da terapeuta também, pois sua filha a indicou. Outras orientações (como parar de trabalhar) e, as explicações sobre a etiologia de seus sintomas (orgânico ou psicológico) e o tipo de tratamento mais adequado a eles estavam sendo expostos à apreciação de vários profissionais e PESSOAS-REFERÊNCIA.

2.4.2. A identidade de José

Durante o processo psicoterápico de José, observou-se algumas questões presentes em seu histórico de vida que, de alguma forma, justificavam seu funcionamento psíquico baseado em REFERÊNCIAS e que possibilitaram a compreensão de seu processo de constituição de identidade e de pânico. Além disso, compreendeu-se que questões impediram (e impediam) o desenvolvimento psíquico, e porque houve a impossibilidade de fazê-lo pela psicoterapia.

Segundo José, a condição financeira de sua família de origem era muito precária, pois seus pais eram pobres e tinham muitos filhos com pouca diferença de idade entre um e outro. Mesmo assim, nada faltou do ponto de vista de sobrevivência, pois tanto José como seus pais e irmão trabalharam muito para suprir suas necessidades.

José teve que começar a trabalhar para sobreviver, aos cinco anos de idade. Sabemos, pela observação e experiência que uma criança desta idade não estaria ainda preparada para trabalhar e assumir responsabilidades pela vida. Nesta etapa da vida, as crianças desejam brincar e as 'brincadeiras' são importantes, pois são responsáveis pela construção de referências e experiências próprias; pelo desenvolvimento de seus próprios recursos e potencialidades e pela organização de seu 'EU verdadeiro'(cf. WINNICOTT (1975a).

José teve de abandonar suas próprias experiências para assumir responsabilidades pela vida precocemente, quando ainda não estava preparado para isto, ou poderia morrer (fisicamente inclusive), pois havia 'necessidades de sobrevivência'. Estas 'necessidades de sobrevivência' não podiam ser avaliadas por ele, na época, pois uma criança pequena ainda não teria noção suficiente do funcionamento da realidade para entendê-las. Desse modo, podemos entender que este sentimento e significado de pobreza; e a REFERÊNCIA de que o trabalho seria a coisa mais importante para eliminá-la deve ter sido dado a ele pela família e não por experiência própria.

Estas REFERÊNCIAS, de pobreza e trabalho, nortearam toda a sua vida: o processo de desenvolvimento psíquico; a constituição de sua identidade; e tinham um significado interno importante, pois, mesmo quando a sobrevivência da família estava garantida (na adolescência), mesmo conseguindo o suficiente em termos financeiros para viver uma vida confortável (na idade adulta), mesmo aposentado e doente aos cinquenta e sete anos, José sentia-se pobre e achava que tinha necessidade de trabalhar.

Transferencialmente, observou-se o significado de 'ser pobre' pela sua preocupação de 'não dispor de dinheiro para o pagamento das sessões'. Esta preocupação podia ser entendida como uma identificação (introjetiva) de pobreza com a família de origem, que continuava presente em seu funcionamento psíquico atual, pois não havia, nesse momento, esta condição.

Além disso, podemos entender que o sentimento de pobreza, poderia ter outros significados como:

- 'Falta de recursos' (não necessariamente financeiros, mas internos) para se cuidar;
- Uma identificação (projetiva) com a terapeuta, pois José "*não queria prejudicá-la*" - deixando-a 'pobre e sem recursos' para que esta não tivesse 'sua sobrevivência ameaçada';
- Esta preocupação teria também o significado implícito de 'ter que cumprir o certo e justo' que estavam contidos em suas REFERÊNCIAS.

Ao admitir a REFERÊNCIA de trabalho para sobrevivência pelo significado implícito de 'redenção da pobreza', José trabalhou, estudou, desenvolveu-se e adquiriu uma condição externa boa e estável, enfim, sua vida teve sentido e, de alguma forma, 'deu certo'. Com isso, porém, no decorrer de sua vida, José não pôde estabelecer relações baseadas em desejo e prazer, ou até mesmo em afeto, pois estas foram sendo feitas tendo em vista o cumprimento de REFERÊNCIAS e de orientações para a sobrevivência.

Em outras palavras, José não teve oportunidade, durante sua infância, de organizar seu EU, baseado na sua própria experiência, para dar sentido e organização à sua vida. Teve necessariamente de admitir, obedecer, assumir e cumprir a 'necessidade de sobrevivência' que era uma REFERÊNCIA da família de origem. Ao identificar-se com ela, internalizando-as portanto, José transformou seu EU em um EU-OUTRO e passou a 'desejar' e operacionalizar a vida, apoiado e garantido por um 'falso EU (cf. WINNICOTT (1990e)).

Em função disso, seu falso EU foi se desenvolvendo e impedindo que houvesse espaço para experimentar e realizar seus próprios desejos e recursos, pois, segundo seus relatos, em virtude das dificuldades que viveu em sua infância dentro da família de origem não houve espaço para sentir, querer e desejar tendo como objetivo o prazer e o afeto. Sua vida foi norteadada pelo 'desejo de sobreviver' e, para isto, teve de cumprir as REFERÊNCIAS.

Pelas associações, José formou uma família baseada nas mesmas REFERÊNCIAS que nortearam sua família de origem. Repetiu com sua esposa a relação e função REFERENCIAL que teve com a primeira família. Sendo assim, podemos entender que sua esposa e a família atual, formaram uma situação substituta e transferencial da relação que tivera com os pais na família de origem. Em ambas as situações, a organização e o sentido da vida em comum eram baseadas em orientações e REFERÊNCIAS, nas quais sua identidade, assim como a das famílias, era baseada no cumprimento do 'correto', do 'lógico' e do 'funcional'. Assim, tanto seus pais como sua esposa foram vistos e tidos por ele como pessoas significativas, 'corretas', confiáveis e inquestionáveis, ou seja, eles eram PESSOAS-REFERÊNCIA que lhe deram (e davam) garantia de sobrevivência pelo apoio e pela segurança, contidos nas suas orientações e REFERÊNCIAS.

José não poderia ser visto pelas suas PESSOAS-REFERÊNCIA, como alguém que tivesse desejos e necessidades, mas como alguém que poderia cumprir ou não as REFERÊNCIAS. Na relação com sua esposa, havia aparentemente um ‘apego’, uma ‘ligação’ e(ou) um ‘envolvimento afetivo’, mas, implicitamente, este casamento tinha um outro significado importante em sua vida: dava-lhe sentido de segurança e garantia de sobrevivência.

Esta questão observou-se no episódio do casamento de sua filha, e também pela relação transferencial mantida com ele.

- No episódio do casamento da filha, José experimentou um conflito importante. Aparentemente poderíamos situar este conflito entre o afeto que tinha pela filha e pela mulher. O conflito poderia estar situado entre duas outras questões: acompanhar a filha ao altar significava cumprir a REFERÊNCIA do ‘correto’. Mas, cumprir esta REFERÊNCIA poderia pôr em risco a permanência da sua esposa, que era a PESSOA-REFERÊNCIA que lhe dava garantia de sobrevivência e de vida. José optou, neste caso, pela REFERÊNCIA que lhe dava garantia e segurança de vida.

- Transferencialmente, observou-se este modo de funcionamento. A princípio, como foi possível para a terapeuta dar-lhe orientações, José aderiu à psicoterapia e entendeu a terapeuta como uma PESSOA-REFERÊNCIA. Como não foi possível obter mais orientações e como não foi possível estabelecer uma relação transferencial afetiva, esta perdeu o sentido e foi substituída pelo tratamento médico. Esta segunda relação continha uma orientação e uma REFERÊNCIA: tomar x doses x vezes ao dia e ‘ficar bom’ em x tempo, caso o fizesse corretamente. Como não ‘foi curado’ por deste tratamento, mudou de médico, de diagnóstico e de medicamento.

José trocava uma PESSOA-REFERÊNCIA, que considerava errada, por outra, com o objetivo de obter certeza, garantia e segurança. Seu temor pela perda ou pelo abandono das PESSOAS-REFERÊNCIA, ocorria em virtude da dependência que ele tinha de suas REFERÊNCIAS, e não de seu afeto.

Assim, José foi constituindo sua identidade por meio do OUTRO para garantir sua sobrevivência. Com a perda e(ou) o afastamento deste OUTRO, José não sabia o que SER, o que desejar, como sobreviver e perdia sua identidade. A relação com as pessoas não tinha para José o sentido de prazer, satisfação, afeto, e(ou) utilidade no sentido de transformação e significação. As pessoas eram significadas por ele como PESSOAS-REFERÊNCIA de EU e de sobrevivência. Sendo assim, José se submetia às REFERÊNCIAS das PESSOAS-REFERÊNCIA por garantia e não propriamente por 'amor'.

A indiscriminação EU-OUTRO observou-se na relação transferencial com José em várias situações:

- Quando José tentava convencer a terapeuta de que seus males tinham etiologia orgânica. Nesta situação, compreendeu-se que não era à terapeuta que ele queria convencer porque isto não fazia a menor diferença na relação, mas ele tinha de convencê-la para convencer-se por intermédio dela;
- Quando José assumia as REFERÊNCIAS de OUTROS para si, como se este fosse idêntico a eles: as idéias que lia nos livros descreviam seus sintomas; a maneira como seu cunhado 'livrou-se' do pânico deveria funcionar para ele também; quando sua filha mais velha se queixava, ele localizava os sintomas dela em si mesmo; o psiquiatra a ser consultado deveria ser o que atendeu bem alguém - não como indicação, mas como REFERÊNCIA; o tempo de melhora não era o dele, mas o estipulado pelo médico. Para José, o OUTRO sabia sobre ele, mais e melhor do que ele mesmo;
- Quando José entendia que as REFERÊNCIAS, assim como os diagnósticos, deveriam ter o sentido de verdade, e não de hipóteses. José precisava desta explicação e deste consenso para que todos se transformassem em um e para que este dado se transformasse em uma REFERÊNCIA. Para José, era só uma questão de seguir a REFERÊNCIA e transformar-se naquilo que os OUTROS diagnosticaram;

- Quando José respondia invariavelmente às perguntas da terapeuta sobre o que ele mesmo achava ou pensava sobre determinado assunto, com as respostas de outros: minha esposa acha, o médico falou, etc...

Observou-se também, que esta indiscriminação EU-OUTRO trazia benefícios secundários:

- Quando José expunha outras pessoas para comunicar sua própria opinião, ele se eximia da responsabilidade de ‘errar’;

- Quando suas próprias idéias e(ou) desejos surgiam, José ficava invariavelmente confuso, ‘sentia-se mal’. SER por intermédio do OUTRO, dava segurança e amparo.

Porém, havia algumas questões decorrentes desta indiscriminação EU-OUTRO:

- Caso as REFERÊNCIAS dadas por PESSOAS-REFERÊNCIAS distintas fossem divergentes e(ou) diferentes entre si, José mudava de postura e até mesmo de identidade ao aderir a cada uma delas. Esta observação podia ser feita pela relação transferencial, onde se evidenciavam mudanças bruscas de humor e de aparência;

- Identificado com estas REFERÊNCIAS conseguidas por meio de consenso entre as PESSOAS REFERÊNCIAS, José sentia-se bem e aliviado. No entanto, ao questioná-las, ‘passava mal’ e tinha de buscar outras e mais outras.

- José entendia as REFERÊNCIAS e as PESSOAS-REFERÊNCIA não somente como corretas e verdadeiras, mas como perfeitas. Desse modo, quando idealizava uma pessoa, identificado com elas, José passava a repetir suas orientações como REFERÊNCIAS (isto era nítido e observável pela mudança de atitude e de fisionomia e de roupa que apresentava cada vez que consultava um médico a si próprio. Ser bom ou estar bem não era o suficiente para José, pois ele buscava a perfeição. Além disso, ele entendia que seguindo as orientações contidas nas REFERÊNCIAS “perfeitas”, ele se transformaria em um ‘homem perfeito’;

- Quando José observava ‘falhas’ em si por não corresponder à idealização que ele fazia sobre si mesmo e(ou) quando não correspondia ao ideal proposto pelas PESSOAS-REFERÊNCIA, ele se sentia inútil e incompetente.

- Quando as orientações dadas pelas PESSOAS-REFERÊNCIA falhavam, José as entendia, assim como suas REFERÊNCIAS, como improcedentes e erradas e voltava a sentir-se mal. Desse modo, sua melhora assim como a identidade resultante das REFERÊNCIAS dadas por estas PESSOAS perdiam o sentido. Sendo assim, tinha de abandonar e trocar de PESSOA-REFERÊNCIA juntamente com suas prescrições e orientações para obter apoio e segurança. Passava a depender desta segunda e formava-se aí outro círculo. Observou-se este fato pelos seus relatos e pela relação transferencial mantida com ele. A princípio idealizava os médicos, a psicóloga e outros. Por meio desta idealização, José os compreendia como detentores de saber, da verdade, transformava-os em PESSOAS-REFERÊNCIA e entendia suas orientações e prescrições como REFERÊNCIAS. Como fazia parte de sua identidade, ‘fazer tudo direitinho’, parava de trabalhar, tomava os medicamentos, etc.. desde que indicado por elas. Porém, ao sentir novamente seus sintomas, descartava-os e procurava outras formas de tratamento, e assim por diante.

- Tendo sua identidade baseada no EU-OUTRO, José não conseguia discriminar quais eram seus sentimentos, nem conseguia escolher de acordo com seu desejo. Suas escolhas eram feitas por meio de julgamento intelectual, baseado na lógica e na ponderação técnica do certo e errado, e(ou) pelo significado estatístico contido nas REFERÊNCIAS. Transferencialmente este funcionamento assim se apresentou. José não conseguia experimentar os conteúdos emocionais proporcionados na e pela sessão, pois sentir era significado por José como um excesso de estimulação, uma invasão contra a qual tinha que reagir (em termos de defesa) com intelectualizações e racionalizações. José podia apenas julgar e intelectualizar o que fosse mais fácil, mais rápido e mais correto e menos intrusivo. Com este dado, compreendeu-se que a intelectualização norteava sua vida - em todos os aspectos, sentidos e setores e funcionava como uma defesa egóica organizada para não sentir, pois sentir implicava em experimentar sentimentos de intrusão e invasão por ‘coisas’ desconhecidas. Orgânico ou psicológico? Era uma questão de qual PESSOA-

REFERÊNCIA estaria com a razão: o médico ou a psicóloga? Para José, não se tratava de uma questão de experiência ou de referência própria, mas sim de quem teria razão, de quem estaria certo, pois ele não tinha condições para sentir e avaliar. O 'certo' tinha de ser assumido e obedecido. Neste caso específico, foi mais fácil e lógico assumir suas dificuldades como orgânicas, pois a partir disto, ele teria uma REFERÊNCIA no medicamento que o curaria mais rapidamente (em dois meses). Além disso, com uma 'doença orgânica', ele teria um motivo justo, correto e concreto para negociar com sua esposa o seu 'desejo não assumido' de parar de trabalhar.

- A indiscriminação EU-OUTRO se apresentava também na sua identidade corporal. José apresentava uma dissociação importante entre corpo e psiquismo. A experiência do corpo não funcionava como referência, pois este não era reconhecido como próprio - como pertencente à sua realidade psíquica - mas como um OUTRO EU (até mesmo externo ao EU). Em função desta dissociação, seus sentimentos e conflitos apareciam simbolicamente no corpo. Na falta de REFERÊNCIAS, sentia sintomas físicos como tonturas, vertigens; na falta de elaboração e digestão psíquica, desenvolvia úlcera; em situações de perigo, ficava imóvel, estático, perdia a respiração e os sentidos, subia a pressão e assim por diante. Diante desta dissociação, o corpo podia atacá-lo a qualquer momento, mas podia também ser oferecido para ser visto e tratado por OUTROS, sem sua participação. José entregava-se como se seu corpo pertencesse a quem o diagnosticou e tratou. Sendo assim, a culpa pelo tratamento do corpo não ter gerado 'bom resultado' não era sua, mas de quem o havia diagnosticado e tratado. Desse modo, tanto o corpo como os OUTROS eram sentidos, ao mesmo tempo, como necessários e persecutórios, pois o corpo podia atacá-lo a qualquer momento, e o OUTRO podia não conseguir tratá-lo. Esta condição dissociativa do corpo e psiquismo trazia alguns benefícios secundários como: 'estar doente do corpo' possibilitava e justificava muitas vezes a satisfação de alguns desejos, como por exemplo, não ir trabalhar, ter uma vida mais tranquila (demonstrava inclusive alegria ao ser diagnosticado qualquer mal físico); possibilitava a expressão de seus impulsos agressivos, pois quando as pessoas falhavam ao tratar seu corpo, ele podia culpar, abandonar e descartar estas pessoas; possibilitava a sua isenção de responsabilidades e 'erros', pois estando 'doente do corpo', José podia infringir

REFERÊNCIAS; apesar da condição de 'sentir-se mal' ser desagradável, esta era também uma oportunidade de contato com seu próprio corpo.

- A indiscinação EU-OUTRO estava muitas vezes impedida pelo fato de José não poder sentir os próprios sentimentos de raiva, ódio ou equivalentes, pois faziam parte das REFERÊNCIAS que sentir estes sentimentos eram 'errados'. Neste sentido, José não podia testar a realidade e obter objetividade e auteridade pelo exercício da agressividade (cf. WINNICOTT 1975f). Podemos entender, também, que o impedimento do uso da agressividade gerava um aspecto econômico importante, por possibilitar um acúmulo de energia sob repressão (cf. FREUD 1976c). José podia demonstrar hostilidade e fazer uso de sua agressividade, somente quando uma intervenção do OUTRO não fosse REFERENCIAL e correta. Nesta situação, José podia hostilizá-las, descartá-las ou abandoná-las. Conseguia ser ele mesmo (precariamente sem dúvida) com este tipo de atitude. Porém, mesmo compreendendo as PESSOAS-REFERÊNCIA como inadequadas, José não podia sentir raiva, destruir nem abandoná-las, enquanto estas ainda eram REFERENCIAIS, pois com isto poderia perder o suporte e segurança que elas lhe proporcionavam.

Com o exposto, podemos entender que no momento em que José procurou a psicoterapia, sua identidade assim se apresentava: José não desejava como um EU, mas obedecia o desejo do OUTRO e transformava-se no OUTRO para relatar qual era seu desejo e qual era seu EU. Sua identidade era 'montada', 'idealizada' e, sendo assim, desempenhava papéis, e se desenvolvia por intermédio de um falso EU. Esta condição de identidade, funcionava como defesa e "tomada de providência" contra sentir (o EU e o corpo), pois isto significava a possibilidade de ser invadido por sentimentos e desejos próprios (que geravam sofrimento) e também por serem estes considerados como 'inadequados', segundo as normas e regras de REFERÊNCIAS, que lhe proporcionavam segurança e garantia de sobrevivência.

Como defesa, José intelectualizava seus sentimentos, punia-se pela culpa e boicotava seus sentimentos e percepções quando havia iminência de se experimentar algum tipo de desejo próprio. Acreditava que, sendo um EU, poderia transgredir as

REFERÊNCIAS da família que, uma vez internalizadas, funcionavam como próprias e poderia falhar no cumprimento do que havia sido 'desejado' e idealizado por OUTROS e por ele.

O custo e a consequência de constituir sua identidade baseada no cumprimento da REFERÊNCIA de trabalho como de suprimento de sua necessidade de sobrevivência foram vários:

- José relacionava desejos e(ou) sensações de prazer com o cumprimento da REFERÊNCIA de trabalho. Seu prazer estava relacionado com a execução de uma orientação e com o cumprimento das REFERÊNCIAS, oriundas de uma determinação feita pelo OUTRO, que ele não questionava se necessitava e(ou) desejava para si. Além disso, caso não cumprisse as REFERÊNCIAS, não havia sensação de desprazer, mas de sobrevivência ameaçada. Em outras palavras, seu prazer estava relacionado com as realizações de um Falso EU e de REFERÊNCIAS, e não com a realização de desejos e potenciais de um verdadeiro EU;

- José desenvolveu suas atividades profissionais e(ou) de lazer e prazer de forma repetitiva e muito pouco criativas, pois, como havia um EU empobrecido, frágil, dissociado e muitas vezes desintegrado, José precisava de alguém que desejasse por ele e(ou) dissesse o que deveria ser desejado. José sabia como proceder e conseguia realizar o desejo e a criatividade do OUTRO na realidade como se este fosse próprio.

- José confundia afeto com necessidade. Como não havia um EU que deseja, sente, e realiza experiências baseadas em si próprio, seu sentido de existência era dado pelas PESSOAS-REFERÊNCIA, que eram significadas como REFERENCIAIS e tão necessárias quanto sua própria sobrevivência. Na ausência, e(ou) com o abandono da PESSOA-REFERÊNCIA, José não sentia sua perda e(ou) apresentava qualquer demonstração de luto ou frustração, mas uma sensação de inexistência. Com o afastamento das PESSOAS-REFERÊNCIA, José perdia a si mesmo e sua sensação era a de morte psíquica;

- José constituiu sua identidade baseada em um falso EU que pôde implantar-se como verdadeiro EU, pois a experiência de assumir a experiência do OUTRO como própria, de alguma forma ‘deu certo’. Com isto, José conseguiu sobreviver e conquistar coisas ‘boas’ na vida;

- José não conseguiu desenvolver uma identidade baseada na sua capacidade de SER, e de existir como pessoa. Conseguiu FAZER, e esta tornou-se uma condição de vida, um substituto de SER (cf. WINNICOTT (1971c). Sendo assim, houve um desenvolvimento de sua capacidade intelectual, profissional e funcional; suas construções e produções foram adequadas; houve a constituição de uma família;

- José conseguiu uma condição de vida e um modo de conduzi-la que de modo algum poderíamos entendê-la como comprometida ou comprometedora do ponto de vista egóico. José conseguia FAZER satisfatoriamente, usava adequadamente defesas contra seus impulsos, recalcava, sublimava, enfim, relacionava-se com a realidade de modo satisfatório, tendo, inclusive, tanto sua vida profissional como familiar caminhado aparentemente muito bem, embora não pudessem ser experimentadas como próprias.

Esta condição de identidade teria sido constituída em virtude das dificuldades que José viveu na vida e como uma adaptação para sobrevivência. No momento atual, estas eram mantidas, pois José não podia reorganizá-la por motivos de insegurança interna, por não ter constituído um EU próprio, mas também, em virtude de uma ameaça real de perder sua esposa, como PESSOA-REFERÊNCIA que ela representava, e de perder as REFERÊNCIAS que lhe davam garantia e segurança.

Desse modo, José não podia questionar as REFERÊNCIAS da esposa (pois ela queria que ele trabalhasse dentro de suas normas e determinações); nem podia sentir raiva pela sua inadequação em certos aspectos e setores (José estava também na iminência de ser abandonado por ela caso não voltasse ao trabalho); e(ou) manifestar qualquer tipo de hostilidade e(ou) agressividade com relação a ela (ela abandonou a filha do meio por esta ter questionado suas determinações). Entendemos que caso José não cumprisse as REFERÊNCIAS que nortearam a identidade do casal até então, ele seria impreterivelmente abandonado pela esposa.

2.4.3. Os tipos de angústia e defesas apresentadas por José

Angústia de Abandono

Pelo que se observou, José não tinha experiência de ser amado incondicionalmente, pois a condição para ser 'amado' e 'cuidado' pelas PESSOAS-REFERÊNCIA era seguir e cumprir suas REFERÊNCIAS. José entendia que caso não cumprisse com o determinado pelas PESSOAS-REFERÊNCIAS, perderia seu 'amor', 'carinho' e 'proteção' e até mesmo poderia ser abandonado por elas.

As REFERÊNCIAS, por sua vez, tinham para José, não somente o sentido de regras a serem seguidas, mas era uma condição para poder viver, sobreviver e existir, que esteve presente e constante durante todo seu histórico de vida. Com a perspectiva de afastamento de sua PESSOA-REFERÊNCIA - enquanto esta ainda era REFERENCIAL - José não tinha a sensação de perda, mas de morte. Assim, foram desencadeados seus ataques de pânico: primeiramente, aos dezenove anos, com a iminência de perder as REFERÊNCIAS; e, em segunda instância, de perder sua esposa que era sua PESSOA-REFERÊNCIA mais importante. Em ambas as situações, a angústia de abandono estava presente, internamente, pela perda das REFERÊNCIAS e, externamente, pela perda da PESSOA-REFERÊNCIA que as garantiam.

José se apegava e dependia das PESSOAS, não temia separar-se delas, quando as entendia como 'erradas' e(ou) quando não eram mais REFERENCIAIS. Neste caso, separava-se com facilidade, sem angústia, luto e(ou) depressão. José também dedicava-se com afinho às situações, mas as abandonava sem nenhum tipo de sentimento doloroso quando estas não mais faziam mais parte de suas REFERÊNCIAS.

Isso se observou com seus relatos sobre o que ocorreu no episódio do casamento da filha, mas também com relação à terapeuta e ao trabalho. Aparentemente, José se relacionava com muita afetuosidade, demonstrava confiança e vínculo com a esposa, filha e terapeuta. Entretanto, José as abandonava sem sentir sua ausência e/ou falta ou qualquer tipo de pesar quando as substituía por outras pessoas que lhe davam garantia e

segurança. Isto aconteceu igualmente com relação à empresa onde trabalhou durante trinta anos, pois substituiu este trabalho por outro sem sentimento de perda.

Porém, quando perdia (ou até mesmo na iminência de perder) uma REFERÊNCIA e(ou) era abandonado por uma PESSOA-REFERÊNCIA - enquanto elas ainda estavam dando suporte e apoio à sua identidade ou até mesmo dando garantia de segurança e sobrevivência, José apresentava sensação de morte, depressão profunda, desamparo psíquico, angústias primitivas e ataques de pânico.

Seu temor de perder as PESSOAS-REFERÊNCIA e as REFERÊNCIAS era o de não conseguir desempenhar o papel determinado, idealizado por elas - assumido e internalizado por ele como o 'certo e garantido' pois elas constituíam sua identidade e evitava sentimentos de morte e depressão. Ser abandonado pelas PESSOAS-REFERÊNCIA e(ou) perder as REFERÊNCIAS, significavam para José perder a si mesmo, sua identidade, segurança e garantia de existência e sobrevivência.

Do ponto de vista egóico, José apresentava capacidade de elaborar e transformar conteúdos internos e para empreender situações externas. Mas José não conseguia transformar os significados contidos nas REFERÊNCIAS. Portanto, não eram as questões sem significação que ele temia, mas pelo contrário, sua angústia de abandono referia-se à possibilidade de perder os conteúdos com significação rígida, dados pela REFERÊNCIA e pelas PESSOAS-REFERÊNCIA, pois não cumpri-las significava para José ser abandonado e ficar à mercê de seu próprio EU caótico.

Quando a PESSOA-REFERÊNCIA o abandonava, e(ou) quando não lhe dava REFERÊNCIAS 'válidas', sua garantia de existência era perdida e uma falha estrutural se revelava, por um modo de funcionamento psíquico regredido e dependente. Nesta situação, mesmo estando na idade adulta e mesmo possuindo uma condição egóica organizada e desenvolvida, José apresentava concomitante a esta, um modo de funcionamento absolutamente distinto.

Assim, José havia atingido um desenvolvimento egóico satisfatório, mas não havia conseguido uma condição emocional suficiente para suportar a si mesmo. Paradoxalmente, eram estas REFERÊNCIAS que impediram (e ainda o impediam) o desenvolvimento de seu EU mas, ao mesmo tempo, eram estas REFERÊNCIAS que davam suporte à sua organização e o seu desenvolvimento egóico.

Pelo temor de perder a esposa, podemos examinar a angústia de abandono apresentada por José sob vários aspectos:

- Um deles seria diante da possibilidade de perder a esposa em virtude de questões concretas e externas, diante da possibilidade de sua morte física pela cirurgia;
- José poderia perdê-la do ponto de vista afetivo, pois ela poderia abandoná-lo, em virtude do apoio dado à filha;
- Por ser a esposa uma PESSOA-REFERÊNCIA, pois esta lhe dava garantia e segurança de existência e sobrevivência, ser abandonado por ela significava perder os REFERENCIAIS que ela mantinha;
- Outra possibilidade seria a ‘realização de um desejo’ próprio, de eliminá-la e abandoná-la em virtude da pressão que esta exercia sobre ele e do sentimento agressivo reativo que ele poderia estar tendo com relação a ela pelas suas atitudes. Esta última possibilidade observou-se quando José fazia ‘descobertas’ sobre a inadequação do funcionamento da esposa com relação a ele. Porém, José não mencionava nem demonstrava sentimentos hostis com relação à esposa, mas ‘passava mal’, queixava-se de ‘assombrações’, enfim, tinha pânico. Assim, José ‘desejava’ de alguma forma e em algum ‘lugar’ de seu psiquismo, abandonar esta PESSOA-REFERÊNCIA e suas REFERÊNCIAS.

Porém, abandonar e(ou) ser abandonado pelas REFERÊNCIAS e pelas PESSOAS-REFERÊNCIA faziam com que José perdesse as garantias que elas lhe davam, e o suporte de seu falso EU que elas mantinham. Sem estas, como não havia contato nem desenvolvimento de seus próprios referenciais e recursos, em função de um EU muito insipiente, José perdia a condição de sobrevivência psíquica.

José apresentava angústia de abandono na relação com os objetos e com a realidade. Porém, juntamente com esta, José apresentava, também, angústias referentes ao SER, ao EU, à sua existência como pessoa.

Angústia persecutória

Pensando desta forma, podemos compreender que sua agressividade transformou-se em um conteúdo com significação rígida, uma REFERÊNCIA de ‘erro’ atrelada a consequências de abandono e desamparo, o que proporcionava sentimentos de persecutoriedade interna.

Além da agressividade, José apresentava um estado persecutório em virtude da dissociação corpo-EU. Parecia que seu corpo era um OUTRO que poderia atacá-lo a qualquer momento, pois ele não habitava no corpo.

Os OUTROS se tornavam tão persecutórios quanto seu corpo, quando estes questionavam suas REFERÊNCIAS e(ou) não correspondiam às suas expectativas do que seria o ‘certo’. Desse modo, a angústia persecutória era mobilizada com a dissociação EU-corpo e EU-OUTRO, em várias circunstâncias:

- Esta se apresentava a qualquer momento, quando José sentia que poderia perder os REFERENCIAIS que lhe davam suporte, segurança e garantia;
- Esta se apresentava na iminência de separar-se das PESSOAS-REFERÊNCIA;
- Esta também se apresentava quando qualquer mal físico era sentido, e/ou quando José interpretava como ‘mal psíquico’ seus próprios sentimentos, desejos, agressividade e o surgimento de seu verdadeiro EU.

A culpa e os ataques de pânico surgiam juntamente com a angústia persecutória. Podemos entender que esta ‘culpa’ seria mobilizada pela acusação interna, que funcionava como impedimento e defesa contra todo e qualquer tipo de sentimento que pudesse fazer com que José perdesse as REFERÊNCIAS. Quando a culpa falhava, os ataques de pânico inevitavelmente ocorriam.

Angústia sem nome

José mencionava sentir-se ameaçado por assombrações". Podemos entender que este foi o nome encontrado por José para denominar a invasão de sentimentos que ele não podia decifrar nem compreender, pois se tratava de uma 'angústia sem nome'. Além disso, apesar de José apresentar um funcionamento psíquico egossintônico com a realidade e até mesmo elaborado e articulado, podíamos observar que muitas vezes este se apresentava desta forma, por ser defensivo contra um modo funcionamento psíquico primitivo de onde partiria esta 'angústia sem nome'.

Esta 'angústia sem nome' pode ser entendida como oriunda de um processo primitivo (cf. WINNICOTT (1988)) por vários motivos:

- Mesmo (e apesar de) apresentando, no momento atual, um desenvolvimento egóico capaz de representação, esta 'angústia sem nome' mostrava-se não representável do ponto de vista egóico, ou seja, ela só podia ser experimentada emocionalmente. Assim, podemos entendê-la como referente a um processo primitivo anterior à organização egóica de defesa e representação;

- Esta 'angústia sem nome' podia ser oriunda de uma condição primitiva, pois era sentida como penosa, intensa e invasiva e não havia defesas que pudessem evitá-la. Por isto, ela podia se referir a um momento quando não havia organização egóica suficientemente organizada para elaborá-la, suportá-la e defender-se dela. Dessa forma, ela era experimentada como uma experiência traumática;

- Por não ter sido possível representá-la e/ou defender-se dela, no momento em que foi experimentada em primeira instância, de forma emocional, invasiva e traumática, esta angústia pode ter deixado marcas emocionais traumáticas no inconsciente. Sendo assim, no momento atual, esta só poderia ser reexperimentada nas mesmas condições em que ocorreu inicialmente.

A 'angústia inominável' pode ter sido experimentada em primeira instância em condições e circunstâncias de 'falhas' que proporcionaram sentimentos de abandono e desamparo psíquico pelos seguintes motivos:

- Esta angústia era ‘evocada’, cf. WINNICOTT (1994b) e BOLLAS (1992a), no momento atual, diante de toda e qualquer ‘falha’ e(ou) possibilidade de abandono de pessoas. Este abandono atual podia ser sentido por José como uma ameaça de retorno da experiência primitiva de abandono e desamparo;

- Esta reexperiência de angústia, dada pela evocação e retorno da primeira, era também experimentada como traumática. Com isso havia sobreposição de dois momentos traumáticos: o primitivo e o atual vivido pela reexperiência do primeiro.

Como não havia possibilidade de defesa contra esta ‘angústia inominável’, a única maneira encontrada por José para evitá-la foi apegar-se a REFERÊNCIAS e a PESSOAS-REFERÊNCIA. Compreendemos que esta ‘angústia inominável’ apresentada por José era desencadeada no momento atual por três razões:

- A primeira, pelo temor, pela realização de perda feita também com o fato de ser abandonado pela PESSOA-REFERÊNCIA. Neste caso, a angústia seria mobilizada pela perda da garantia que esta pessoa proporcionava;

- A segunda, pela perda das REFERÊNCIAS que garantiam suporte contra o desamparo. Com a perda destas, o sentimento de desamparo era inevitável.

- A terceira, quando havia questionamento do suporte dado pelas PESSOAS-REFERÊNCIA e da validade das REFERÊNCIAS que davam sustentação ao seu falso EU. Como este funcionava como proteção contra a experiência primitiva, o ‘colapso’ destas REFERÊNCIAS, proporcionavam a reexperiência das ‘angústias inomináveis’ de forma emocional, repentina e traumática, pois o expunha ao contato com seu verdadeiro EU traumatizado e desamparado.

A perda da PESSOA-REFERÊNCIAS e de REFERÊNCIAS poderia expô-lo à reexperiência da ‘angústia inominável’, o que significava o viver (ou reviver) a experiência de abandono e desamparo psíquico primitivo experimentada em tenra idade. A iminência de retorno desta experiência primitiva no momento atual parecia uma ‘assombração’, ao passo que a realização propriamente dita desta experiência primitiva era feita repentinamente, sem representação, sem defesa e de forma traumática: pelos ataques de pânico.

Podemos entender que embora os ataques de pânico ocorressem repentinamente, este era resultante de um processo. Ele acontecia no momento em que se rompia a última linha que suportavam as defesas. Com a ocorrência do ataque de pânico, José passou a ter ambos os registros - tanto o primitivo como o atual. Assim, passou a temer, e a ter expectativa ('assombração') de sua ocorrência a qualquer momento.

José também se defendia da possibilidade de ocorrência de ataques de pânico atribuindo-os a uma situação externa no qual estes haviam ocorrido anteriormente (nos exercícios físicos, dirigindo, na rua, ao dormir, etc..) e, sendo assim, passava a evitá-los. Como os ataques se referiam a um processo interno e não externo, este acontecia em qualquer lugar e a qualquer momento, mesmo sob evitação. Desse modo, José foi se excluindo da vida e de suas atividades cada vez mais.

Angústia de desintegração e de despersonalização (cf. WINNICOTT (1994b))

Podemos entender que, para José, constituir-se em um EU implicaria em questionar e mudar seus REFERENCIAIS. Para isto, ele teria, talvez, de agredir e(ou) abandonar, como também ser abandonado pelas PESSOAS-REFERÊNCIA. Porém, isto implicaria necessariamente em viver, reviver e conviver durante algum tempo - até que seu EU se constituísse e se organizasse com as 'angústias inomináveis', que continham sentimentos de desintegração, em virtude do mergulho no caos psíquico.

Em situações de conflitos, com a possibilidade de emergência de seu EU não organizado e até mesmo desintegrado, o corpo tomava a frente do processo: José sentia-se mal fisicamente. Sendo assim, podemos entender que manter o corpo dissociado de seu EU, pela dissociação psico-soma, significava de alguma forma uma garantia de minimizar a angústia pois esta poderia ser mantida e(ou) contida pelo corpo: o corpo se desintegraria e não ele. Além disso, tomando alguns medicamentos, via corpo, José acreditava que o conflito se resolveria e a 'angústia de desintegração' psíquica poderia ser dissipar.

Transferencialmente isto pôde ser observado. José insistia constantemente em manter seu corpo afastado do seu psiquismo durante as sessões, principalmente quando se instalava os questionamentos, as 'angústias inomináveis' e(ou) a 'angústia de abandono'. José insistia em manter seus 'males' no corpo.

Porém, esta defesa não era efetiva pois os sentimentos de desintegração também atingiam o corpo pelo sentimentos de perda e de referência corporal. Esta pode ser entendida como uma ‘angústia de despersonalização’, que surgia quando José experimentava seu EU caótico e desintegrado. Deste modo, podemos entender que ‘passar mal’, embora incluísse esta ‘angústia de despersonalização’ e ‘desintegração psíquica’, significava também contato e experiência com sentimentos e aspectos próprios.

Parecia que José não tinha medo da morte, pois não se importava se possuísse uma doença grave (um câncer por exemplo). Pelo contrário, ele desejava muitas vezes a morte, pois entendia que esta seria uma maneira de aliviar seus sintomas e para dar fim às angústias terríveis a que estava submetido. Sendo assim, entendemos que morrer significava para José um envio do seu corpo à ‘uma morte psíquica que ele já estava experimentando’.

Entretanto, José apresentava medo de morrer. Morrer, neste sentido, teria vários outros significados:

- Significava o temor de contato com um EU desordenado, desorganizado, tênue, frágil, desconhecido, que só podia ser experimentado por meio de sensações de morte. Este EU, sentido desta forma, também se manifestava nas sensações corporais, pois o corpo, como parte do EU, era sentido como frágil, insipiente e passível de morte, à semelhança do psiquismo;

- Morrer teria o significado de morte psíquica, de reviver as ‘angústias inomináveis’ e primitivas e de desintegração, que já haviam sido experimentadas e registradas emocional e inconscientemente e o estavam sendo agora no nível egóico;

- Morrer, significava também, ‘cair para sempre e de corpo e alma’ em um abismo sem REFERÊNCIAS.

A ‘angústia de desintegração’ e a ‘angústia de despersonalização’ davam a José sensações de inexistência e morte. Estas sensações eram aliviadas por meio das REFERÊNCIAS de como conduzir a vida e de como tratar o corpo (que eram oriundas de OUTROS). A possibilidade de contenção de sua própria angústia só poderia ser feita caso

houvesse a discriminação entre bom/mal, EU/OUTRO, necessidade/afeto. Como este não era o caso, seu corpo e seu psiquismo podiam ser contidos por OUTROS que davam a ele significação e sentido de organização e integração psíquica e corporal.

Com esta dissociação (corporal e psíquica), José cuidava e tratava seu corpo tecnicamente e priorizava sua aparência. Podíamos observar este dado quando José se apresentava na sessão corporalmente diferente (com roupas e aparência diferente). Baseado nas REFERÊNCIAS e nas orientações que tinha obtido e aderido, José apresentava-se corporalmente diferente a cada sessão, porém, mesmo apresentando-se bem externamente, José vivia internamente (mas negava, e(ou) se defendia) sentimentos de desamparo, de abandono e angústias intensas.

Podemos entender com isso, que José só concebia uma organização psíquica desde que fosse dada por REFERÊNCIAS pois estas davam um sentido de organização. Quando isto não podia ser conseguido, José oferecia seu corpo e seu psiquismo para serem cuidados, vistos e tratado por OUTROS. Estas providências funcionavam (até certo ponto) como defesa contra as 'angústias de desintegração e de despersonalização'.

Angústia de REFERÊNCIAS

Um modo pelo qual José tentava defender-se da 'assombração', dos ataques de pânico e das 'ansiedades primitivas' era a adesão às REFERÊNCIAS. Isto lhe garantia um sentido de existência, de ser um EU. No entanto, estas tinham de ter algumas características para serem validadas por ele: tinham que ser do OUTRO para ele; não deveriam ser contraditórias com as REFERÊNCIAS dadas pela PESSOA-REFERÊNCIA atuante no momento; e não podiam questionar as REFERÊNCIAS que o 'mantinham defendido' e lhe davam garantia contra o desamparo psíquico.

Com as REFERÊNCIAS dadas por estas PESSOAS, José sentia-se seguro e confiante. Desta forma, compreendia (do ponto de vista intelectual) seus sintomas; demonstrava organização, conseguia FAZER satisfatória e defensivamente falando, baseado nas condições da realidade, como se nunca tivesse se sentido mal anteriormente. Até a ocorrência de outros ataques de pânico.

A recorrências dos ataques aconteciam quando José questionava – com as descobertas conscientes, dadas por sua percepção e crítica, e(ou) por descobertas inconscientes - as REFERÊNCIAS e/ou as PESSOAS-REFERÊNCIA. Com isto, José ‘sentia-se mal’; apresentava funcionamento psíquico regredido; sentia-se inseguro e frágil, e havia, também, um desmoronamento de sua condição de FAZER. José atribuía a recorrência dos ataques à uma ‘falha e(ou) a um erro’ de REFERÊNCIAS e(ou) da PESSOA-REFERÊNCIA. Quando isto ocorria, José voltava a procurar outras REFERÊNCIAS mais garantidas e PESSOAS-REFERÊNCIA mais confiáveis.

Entretanto, nas últimas sessões, observou-se que José não conseguia mais aderir definitivamente a uma só REFERÊNCIA nem a uma determinada REFERÊNCIA. Surgiu, então, uma angústia de REFERÊNCIAS que pode ser entendida como ‘tomada de providências’ para aliviar e(ou) eliminar seus sintomas e para conseguir amparo e segurança.

2.4.4. O processo de pânico

Pelo histórico de José, conforme relatado por ele mesmo, a ‘crise’ que estava vivendo no momento atual, era conhecida, pois já havia acontecido na adolescência, aos dezenove anos. Naquela época, a sobrevivência da família de origem estava garantida, e José podia, então, escolher uma profissão e decidir onde morar e que rumo tomar em sua vida. Nesse período experimentou os primeiros ataques de pânico com os sintomas físicos semelhantes aos atuais.

Quando a ‘crise’ aconteceu na adolescência, José foi para a casa do tio, mas não conseguiu relaxar. Trabalhou e FEZ para tentar encontrar-se; mudou de cidade; fez faculdade; arrumou um emprego e casou-se com uma mulher ‘batalhadora e trabalhadora’ (no sentido de sobrevivência) e teve três filhas. Seus ataques diminuíram de intensidade e recorrência.

José e a esposa constituíram uma família com este significado comum ao casal: FAZER e cumprir as REFERÊNCIAS de trabalho para sobrevivência. A identidade desta

família atual foi constituída deste modo e com estas REFERÊNCIAS que nortearam suas decisões e condutas de vida. Não houve mais ataques de pânico até os cinquenta e sete anos. Esses dados podem conduzir às seguintes interpretações:

- A identidade de José, desde a infância até a adolescência, foi constituída pela obediência e cumprimento das REFERÊNCIAS de seus pais, que eram pobres e tinham de trabalhar para sobreviver;
- José não teve condições para desejar e integrar-se segundo sua própria percepção e experiência, mas, ao contrário, teve de constituir um falso EU e nortear sua vida pelo FAZER e pela REFERÊNCIA do trabalho;
- Quando sua sobrevivência estava garantida na adolescência e houve a oportunidade de escolher, desejar, enfim, de constituir-se em um EU, José perdeu-se pois seu EU era precário e caótico com relação ao contato com a realidade e com seus próprios sentimentos e desejos. José mergulhou no caos psíquico, desintegrou-se e experimentou ‘angústias’ e pânico;
- Como defesa, suporte e necessidade de integração, José aderiu novamente às REFERÊNCIAS e manteve o que fazia até então: trabalhou para sobrevivência. Com isso, elegeu uma esposa que possuía o mesmo modo característico de funcionamento psíquico - baseado nas mesmas REFERÊNCIAS da família de origem, o que o ajudou a mantê-las;
- Esta condição de vida e de defesa manteve sua identidade sobre um falso EU; evitou a quebra das REFERÊNCIAS; evitou a emergência de um EU que gerava ‘angústia’ e pânico.

Aos cinquenta e sete anos, outros fatos semelhantes aos da adolescência se apresentaram:

- Houve a iminência de perder sua esposa, quando esta teve que submeter-se a uma cirurgia. Como esta PESSOA representava e fazia a função de manter as REFERÊNCIAS - que nortearam sua vida até então, pois ele sempre obedeceu e cumpriu REFERÊNCIAS de OUTROS - sua perda significava para José perder a possibilidade de desejar, pensar, avaliar e conduzir sua vida, pois ele não podia (ou não acreditava poder) fazê-lo com seus próprios referenciais;

- Nesta época, aconteceu também a aposentadoria. José mencionava a sensação, de que a vida passou por ele, que não foi necessariamente foi vivida, pois as coisas e as pessoas faziam parte de um mundo no qual ele atuou e não experimentou por ter tido necessidade de 'sobreviver'. Ao se aposentar, a sobrevivência estava novamente suprida e garantida, e 'a crise' como aquela que aconteceu aos dezenove anos (nas mesmas condições e circunstâncias de sobrevivência garantida; de possibilidade de desejo e escolhas possíveis) voltou a acontecer.

Nesta segunda edição da 'crise', houve duas ameaças de perdas importantes: a ameaça de perder a PESSOA-REFERÊNCIA que mantinha sua identidade em condições estáveis desde a adolescência até então; e houve novamente a possibilidade de não precisar cumprir a REFERÊNCIA de trabalho para sobrevivência.

Aos cinquenta e sete anos, José poderia administrar e conduzir sua vida sob outras referências e significados; como também, poderia desenvolver seus próprios recursos e potenciais. Neste momento, houve novamente a oportunidade de José organizar-se e constituir-se em um EU. Por outro lado, estas ameaças de perdas e abertura de possibilidades, proporcionaram rompimentos internos, um 'colapso' nas REFERÊNCIAS que sustentavam seu falso EU. Depois dessas experiências José não conseguiu mais ver, fazer as coisas, significar e ter as mesmas REFERÊNCIAS que conduziram sua vida até então. Mas, José também não tinha seus próprios referenciais para poder orientar-se na vida.

Desta forma, houve o retorno da experiência de 'angústias' e de ataques de pânico com sensações de morte psíquica (desintegração e caos); e de morte física (despersonalização, apresentada por aumento de pressão, desmaio e outros sintomas físicos). Enfim, a 'crise' eclodiu à semelhança daquela ocorrida na adolescência.

Então, essas sensações 'angústias' e pânico surgiram com:

- A possibilidade de perder as REFERÊNCIAS que davam suporte e apoio à sua identidade e sobrevivência;

- A possibilidade de perder sua esposa, que era a PESSOA-REFERÊNCIA mais importante de sua vida (além do significado que ela tinha para ele em termos do objeto transferencial que ela representava), pois José não acreditava poder viver sem ela, ou sem a manutenção das REFERÊNCIAS que ela proporcionava;

- A possibilidade e a oportunidade de constituir-se em um EU.

Compreendemos que a dependência que José tinha da esposa e o temor de perdê-la existia, mas porque José não conseguia ter (ou não acreditava poder ter) recursos próprios para ser auto-referencial e constituir-se como um EU. Porém, houve também dois outros episódios - o casamento de sua filha e a aposentadoria - que proporcionaram ameaças de perder sua esposa e que possibilitaram a compreensão das dificuldades que José tinha de constituir-se em um EU, sob outro prisma.

No episódio do casamento da filha, sua esposa fez 'birras' (como ele mesmo mencionou); determinou que José escolhesse entre ficar com ela na praia ou ir ao casamento; e o ameaçou de abandono caso fosse ao casamento. José conseguiu avaliar e reconhecer como infundadas e exageradas as atitudes de sua esposa; pôde ajudar sua filha sem o conhecimento da esposa; mas não conseguiu romper suas REFERÊNCIAS, pois não foi ao casamento da filha e fez o que a esposa determinou que ele fizesse.

Concomitante à ameaça de perda da esposa no episódio do casamento da filha, houve também a sua aposentadoria. Como a possibilidade de não trabalhar mais, infringia uma das REFERÊNCIAS mais importantes que sua esposa determinava (que ela achava justo e coerente), ela o ameaçou de retirar seu 'amor' e 'cuidados', e até mesmo de abandoná-lo, caso José não trabalhasse.

Transferencialmente, com relação ao processo psicoterápico, isto também pôde ser observado. Sua esposa era contrária à realização da psicoterapia. Nunca o acompanhou às sessões e o boicotava dizendo por exemplo: "*Vá falar com sua psicóloga, eu não tenho mais que ouvir você, agora que tem uma pessoa que faz isto*" (e outras frases mencionadas por ele e pelas filhas).

A ameaça de perder a esposa, não se situava apenas no risco de sua morte física em virtude da cirurgia, mas havia uma ameaça de abandono real e concreta caso José se constituísse em um EU, e caso rompesse e(ou) não cumprisse suas REFERÊNCIAS. José também não podia constituir-se em um EU e não podia também conceber seus desejos e seu próprio modo de realizá-los, pois com isto poderia ser efetivamente abandonado (ele havia tido experiências deste tipo com o desejo de ir ao casamento da filha; e com o desejo de não ir trabalhar) pela PESSOA-REFERÊNCIA mais importante de sua vida (sua esposa) que lhe dava as orientações que constituíam sua identidade e garantiram sua sobrevivência.

Esses episódios proporcionaram para José questionamentos, descobertas, rompimentos e um contato com sentimentos importantes:

- José teve, durante um certo período (entre a decisão de ir ou não ao casamento da filha), dúvidas se podia confiar em sua própria percepção - resultado de sua própria experiência e avaliação da situação - de inadequação da esposa. Esta dúvida ocorreu como nunca havia acontecido antes em sua vida em comum com a esposa, pois José sempre a tinha significado como uma mulher ‘certa, justa e perfeita’;

- José mencionou, apenas em ‘ato falho’, seu desejo de não trabalhar mais. José deve ter ‘descoberto’, em algum ‘lugar’ de seu psiquismo, que seria bom, agora, mais velho, aposentado, ter algum tipo de descanso e prazer;

- Sua esposa e conseqüentemente o modo como o casal via e significava a vida em comum, baseados em suas REFERÊNCIAS, foram questionados. José, em alguns momentos, parecia estar ‘entre’ cumprir REFERÊNCIAS (da esposa e dele) e experimentar outro tipo de vida;

- José passou a compreender o papel intrusivo e determinante que a esposa tinha em sua vida. Em alguns momentos, expressava alguma forma de repúdio, assim como desejo de eliminá-la, assim como às suas REFERÊNCIAS. José deve ter ‘descoberto’ seu sentimento de raiva ou ódio pela esposa (embora nunca tenha mencionado durante o processo psicoterápico) e teve contato com desejo (inconsciente, possivelmente) de abandoná-la.

Com estas descobertas e percepções, podemos compreender que José passou, de alguma maneira, a apresentar 'desejos', assim como tendências de realizá-los. Porém, estes sentimentos e desejos geravam 'angústia persecutória' pois:

- José tinha dúvidas se podia confiar ou não em sua percepção e, conseqüentemente, empreender seu processo de constituir-se em um EU;
- José acreditava não poder viver sem as REFERÊNCIAS e sem as PESSOAS-REFERÊNCIA, pois não conhecia outras REFERÊNCIAS, e não tinha outras experiências, diferentes de 'trabalho para sobrevivência'. Além disso, ele não conhecia outras PESSOAS-REFERÊNCIA tão confiáveis quanto sua esposa;
- Ser abandonado por sua esposa significava para José romper com a PESSOA-REFERÊNCIA (esposa e mãe, pelo significado transferencial que esta representava) que sempre deu significado e sentido às questões de sua vida;
- Sentir raiva, rejeitar sua esposa e abandoná-la significavam também para José, perder sua REFERÊNCIA e o suporte que elas (esposa e REFERÊNCIA) proporcionavam, pois entendia que estas o haviam tornado um 'homem bom' e fizeram com que ele 'desse certo na vida'.

Como defesa, José procurou outras PESSOAS-REFERÊNCIA e outras REFERÊNCIAS: os médicos que dariam a ele um suporte, por via de medicamentos, para manter sua saúde em bom estado, eliminando os sintomas físicos; e a psicoterapia entendida como um processo que forneceria a ele orientações e regras de condutas que, seguidas à risca, fariam com que ele não 'se perdesse, nem errasse'.

Porém, não era qualquer REFERÊNCIA que José aceitava, mas estas passavam por um processo de significação interna e de 'aprovação externa' para poder cumpri-las, seguir as PESSOAS-REFERÊNCIA e obter segurança interna. José as submetia a um consenso de aprovação para obter garantia de que estas eram 'corretas e verdadeiras'. Este consenso tinha também o intuito de 'legitimar' seu desejo e 'negociá-lo' junto às pessoas que eram contrárias a este.

Transferencialmente esta questão de consenso e 'negociação' para legitimar seu próprio desejo também pôde ser observada. José 'desejava' que seus sintomas tivessem uma etiologia orgânica para poder eliminá-los pela medicação e entendia que a terapeuta não concordava com esta posição. Tentou munir-se de vários diagnósticos (do gastro, do psiquiatra, do clínico geral) para 'convencer' a terapeuta de que seus 'problemas' não eram de origem psicológica, mas orgânica, para "negociar" com esta seu diagnóstico e tratamento.

Outro dado transferencial foi com relação à orientação da terapeuta de que ele deveria parar de trabalhar no momento. Esta orientação era convergente com seu 'desejo', mas contraditória à de sua esposa. José tentou munir-se do consenso de várias outras PESSOAS-REFERÊNCIA (médicos, filhas e outros) juntou-os com a da terapeuta, para 'legitimar' esta REFERÊNCIA e 'negociá-la' junto à esposa.

José também elegia outras REFERÊNCIAS e PESSOAS REFERÊNCIA para seguí-las e abandonar aquelas que eram consideradas por ele como 'erradas e inadequadas'. As REFERÊNCIAS 'certas' eram significadas por José desta forma, quando estas podiam dar-lhe orientações e garantias. Isto acontecia com relação à esposa, mas transferencialmente, com a terapeuta, o mesmo se repetiu. José entendia que a psicoterapia deveria dar a ele garantias para que pudesse manter-se integrado; para que não se deparasse com o caos psíquico; para que não tivesse mais ataques de pânico, nem sintomas; para que ele sobrevivesse; para que ele se 'curasse'. José demonstrou interesse e desejo de realizar o processo psicoterápico, e isto pôde ser observado, pois José chegava às sessões - apesar da distância (100 km para vir ao consultório e mais 100 Km para voltar) - decidido e entusiasmado mesmo com dores físicas; ia às sessões acompanhado pela filha, ou até mesmo sozinho com ou sem pânico e 'assombrações'; permaneceu neste processo por seis meses, mesmo alegando não ter disponibilidade de tempo, dinheiro, e apesar desta atitude ser oposta às idéias e orientações de sua esposa; mesmo se defendendo, aproveitava as sessões relatando coisas sobre ele e sua vida.

Este empenho e interesse foram mobilizados quando esta garantia pôde ser obtida pois nas primeiras sessões algumas orientações foram dadas pela terapeuta. Porém, quando José compreendeu que o processo psicoterápico implicava em compreender as

questões envolvidas no processo de seus sintomas; em sentir seus próprios sentimentos, e se deparar com seus próprios desejos, dificuldades, limites, "imperfeição" e com seus próprios recursos; que este processo seria lento pois poderia demorar anos ; e que ele necessitaria de recursos e referências próprias que ele acreditava não dispor, pois sentia-se 'pobre e miserável', José trocou a psicoterapia por outra REFERÊNCIA.

José elegia PESSOAS-REFERÊNCIA que pudessem lhe dar REFERÊNCIAS e não necessariamente suporte afetivo. Transferencialmente isto pôde ser observado quando José ouviu e aderiu à REFERÊNCIA do médico de que seus sintomas tinham etiologia orgânica e que ele seria curado em dois meses. Sendo assim, José seguiu à risca as orientações e REFERÊNCIAS garantidas do médico, o que proporcionou um alívio e uma melhora significativa de seus sintomas a princípio, pois isto era compatível com seu desejo. A partir disto, a terapeuta deixou de ser uma pessoa 'correta' e, sendo assim, pôde ser questionada por ele. Mas José se decepcionou e sua confiança no médico foi abalada, logo após a verificação de que seus ataques de pânico continuaram ocorrendo, mesmo tomando criteriosamente a medicação indicada. Substituiu o médico e suas orientações por outros médicos e tratamentos. Como cada um era inefetivo para 'curar-lhe imediatamente os sintomas', José passou a procurar outras REFERÊNCIAS e substituí-las umas às outras para: conseguir consenso e negociar junto à sua esposa seus desejos, e também para poder substituí-los (os desejos), ou abandoná-la (a esposa). Surgiu sua "Angústia de REFERÊNCIA".

Como José não conseguia consenso, garantia nem segurança na psicoterapia e nos outros tipos de tratamento que procurava, ele não pôde substituir a garantia que sua esposa lhe proporcionava, pois não tinha certeza que outras PESSOAS-REFERÊNCIA e outras REFERÊNCIAS poderiam substituí-la. Porém, José não conseguia parar de questionar as pessoas e seu modo de vida.

Pelos seus relatos e associações, José mencionava que durante todo seu processo de vida, fez questionamentos e descobertas. Parecia que 'em algum lugar do seu psiquismo', José sabia que suas relações eram baseadas em REFERÊNCIAS; que ele desejava por intermédio do OUTRO; que sofria boicotes dos chefes, da esposa e dele por

ele mesmo. Estes pareciam assuntos ‘conhecidos-não-pensados’, cf. BOLLAS (1992a), mas que também não podiam ser examinados e questionados explicitamente.

Em virtude destes questionamentos e ‘conhecimentos’, sentimentos e desejos foram sendo concebidos e descobertas iam sendo feitas. Porém José ‘optou’ por negar sua percepção, seus desejos e sentimentos e ‘procurou ignorar’ o que se passava à sua volta, e com ele mesmo. Cumpriu as REFERÊNCIAS, o que funcionou como defesa contra seus sentimentos e percepções, mas não ficou ‘adormecido’, pois tanto sua percepção como suas defesas continuavam em pleno funcionamento.

Isso se observou transferencialmente todas as vezes que seus próprios sentimentos, desejos questionamentos e opiniões surgiam e quando percebia o modo de funcionamento de alguma REFERÊNCIA. José ‘passava mal’; queixava-se de dor física desviando - sua atenção para o corpo; mudava de assunto e também ‘não compreendia’ as interpretações dadas a este modo de funcionamento; referia-se aos OUTROS, atribuía a eles suas opiniões e desejos; e respondia às perguntas e questionamentos com respostas contidas nas REFERÊNCIAS.

Sabemos, cf. WINNICOTT (1990e) que um EU totalmente verdadeiro seria utópico de ser concebido, pois na vida, de modo geral, o desenvolvimento de um falso EU e a obediência a algumas referências e REFERÊNCIAS são necessários em função da própria condição de civilização e cultura a que estamos submetidos. No caso de José, este falso EU existia, mas instalou-se de uma forma intensa e predominante, tomando um volume significativo em sua relação consigo mesmo e com o mundo. José se relacionava (consigo e com o mundo) predominantemente pelo falso EU, constituindo seu EU em um EU-OUTRO.

Até que estas ameaças e quebras efetivas de defesas e de desmoronamento do falso EU acontecessem, antes ‘das crises’, José mantinha um estado de dependência relativa com as pessoas e com as atividades e apresentava, também, uma organização egóica estável, com defesas bem estruturadas, características de um ego organizado.

Com os questionamentos das REFERÊNCIAS e das PESSOAS-REFERÊNCIA, e com as descobertas de seus desejos e sentimentos, pode ter havido o ‘colapso’ das defesas que constituíam e davam sustentação ao falso EU - que se mantinha dissociado de seu EU - e que dava suporte à sua estrutura defensiva, e à organização egóica. Como este falso EU tinha também a função de defesa, proteção e barreiras contra o surgimento do EU frágil, caótico, dissociado e muitas vezes desintegrado, este desmoronamento de defesas proporcionou o contato com seu EU. Isto abalou significativamente sua organização egóica.

Desse modo, podemos entender que os questionamentos não proporcionaram a José flexibilidade, para que ele pudesse realizar sua independência. Ao entrar em contato com seu EU, José passou a apresentar um funcionamento psíquico regredido, com ‘angústias primitivas’ intensas, e passou a realizar uma condição de dependência absoluta e fusional com o mundo e com OUTROS. Porém, apesar de ter surgido uma condição de SER caótica, José a princípio não perdeu sua organização egóica, e a condição de FAZER organizada, que conduziu sua vida até então, mas esta foi abalada, pois ambas as condições (regredida e desenvolvida) passaram a conviver simultaneamente.

Além dos questionamentos, e contato com sentimentos e desejos próprios, a possibilidade de abandono concreto atual era outra condição que proporcionava a re-experiência de ‘angústias primitivas’, e de pânico de forma repentina, intrusiva e traumática, pois estes proporcionavam ‘colapso’ de suas defesas egóicas, o que fazia eclodir o funcionamento psíquico regredido.

Pelo modo de funcionamento psíquico de José e pelos fatores que proporcionavam o desencadeamento de seu pânico, entendemos que na base deste ‘processo de pânico’ havia uma questão estrutural de EU e uma condição de abandono emocional primitivo. Esta compreensão pôde ser feita em virtude da possibilidade de abandono atual ‘evocar’ essas ‘agonias primitivas’ e sentimentos de desamparo psíquico.

As ‘assombrações’ surgidas depois da ocorrência dos ataques de pânico podem ser vistas como uma preparação, ou mesmo como um início do processo de intrusão e da realização da experiência primitiva de desamparo e ‘agonias’.

José relatava uma ter sensação, após a ocorrência de ataques pânico, de irrealidade, de não mais fazer parte da mesma realidade das outras pessoas, que foi percebida pela inversão da forma com que via as pessoas, o mundo e a realidade. Mas, na verdade, após a ocorrência dos ataques, quem estava diferente não eram os outros nem o mundo, mas ele mesmo, pois havia passado por uma transformação:

- Após o ‘colapso’ das defesas, que sustentavam o falso EU, o sentido de sua vida, de seu meio social, e das pessoas que o suportaram com suas REFERÊNCIAS, não mais faziam parte da mesma realidade psíquica que foi mantida até então;
- O ‘trabalho para sobrevivência’, que era uma REFERÊNCIA que deu sentido, segurança e norteou sua conduta, identidade e perspectiva de vida até antes das ‘crises’ fornecidas pelos OUTROS e assumidas por ele, posteriormente entrou em crise. Com a ‘crise’ surgida pelo rompimento do falso EU como estrutura defensiva do verdadeiro EU, instalaram-se sentimentos de fragilidade, impotência, e incompetência e pânico, mas também surgiram possibilidades:
- O falso EU que sustentava e dava sentido à sua vida, ainda existia, mas não funcionava como antes, pois as REFERÊNCIAS que faziam sentido e lhe davam apoio e segurança, ao serem questionadas, geravam também insegurança e opressão. Assim, um EU Verdadeiro também passou a existir e deste modo, José podia, em alguns momentos, SER, pensar, sentir e significar a vida de uma forma auto-referencial. Abriu-se, então, a possibilidade de SER, de surgimento de seu verdadeiro EU, e contato com sentimentos e desejos e prazer, como nunca havia experimentado antes;
- Surgiu também um ‘entre’. José ficou entre as REFERÊNCIAS antigas e a possibilidade de ser ELE MESMO e de constituir-se em um EU. “Entre” um e outro modo de significar a vida e a si mesmo;
- Surgiu um terceiro espaço, um espaço ‘intermediário’, ou ‘transicional’ e paradoxal (cf. WINNICOTT (1975c) . José conseguia ser ELE MESMO e também e ao mesmo tempo o OUTRO. Consequia cumprir e suprir as expectativas do OUTRO, mas também conseguia, de alguma forma, realizar seus próprios desejos.

Com e pelo pânico, José tentou uma organização e, com isso, passou a apresentar um funcionamento psíquico paradoxal: duas identidades afastadas e apartadas entre si. José ERA, sentia, desejava (muito fragilmente, sem dúvida) e dependia de OUTROS; como também e, ao mesmo tempo, FAZIA, organizava, desenvolvia, questionava e era independente do OUTRO. Este funcionamento psíquico paradoxal gerava insegurança e ‘angústia de abandono’.

José tentou defender-se desta angústia, mas também, de maneira paradoxal. Aderia às REFERÊNCIAS e às PESSOAS-REFERÊNCIA novas e diferentes daquelas que lhe deram suporte até então, mas, ao mesmo tempo, questionava-as e não conseguia mais ater-se a nenhuma delas da mesma forma como fazia anteriormente. Surgiu com isto, a angústia de REFERÊNCIA e José usava como defesa contra ela, suas tentativas de restabelecimento de funcionamento psíquico baseado no EU-OUTRO, mas as questionava, e assim formava-se um círculo. Mas, várias outras questões também se apresentaram:

- José não conseguia SER ele mesmo, mas também não conseguia mais FAZER como antes;
- José experimentou prazer, mas tinha necessidade de obedecer e cumprir as REFERÊNCIAS;
- As PESSOAS-REFERÊNCIA procuradas por ele tinham muitas vezes REFERÊNCIAS e orientações contraditórias entre si. Havia confusões e ‘encruzilhadas’, e entre cada uma delas instalava-se o caos e o pânico;
- Havia uma cobrança interna de José, mas havia também uma cobrança externa e efetiva da esposa de que era necessário que ele voltasse a trabalhar e cumprisse as REFERÊNCIAS, ou ele seria abandonado.

Desse modo, como não havia referência interna para desenvolver seu EU; como não conseguia apoio e ainda havia ameaças de abandono externo, quando o conseguia; e como não podia utilizar sua agressividade para ultrapassar este estado transicional e paradoxal no sentido de objetivação e independência, aos poucos José foi regredindo (da independência para a dependência), foi perdendo sua organização egóica e mergulhando cada vez mais no caos psíquico. A depressão se instalou.

Pelas notícias recebidas sobre José, por sua filha, depois da interrupção do processo psicoterápico, houve um desfecho negativo deste processo. Segundo ela, José regrediu; perdeu sua capacidade crítica; seu estado de desintegração se agravou; a racionalização que sempre funcionou como defesa importante e predominante em seu funcionamento psíquico, passou a não funcionar mais; houve uma desorganização de seus sentimentos; e ele não conseguiu mais organizar-se nem da mesma, nem de forma diferente daquela até então mantida.

O atendimento de José gerou alguns questionamentos sobre que as possíveis falhas que teriam ocorrido no processo psicoterápico e também com relação à terapeuta, pois nem as orientações nem as interpretações surtiram efeito para o seu desenvolvimento. Além disto, José o interrompeu.

Compreendeu-se pelo processo psicoterápico de José, que as orientações dadas pela terapeuta não colaboraram para seu desenvolvimento pois:

- José a compreendeu como uma REFERÊNCIA o que de alguma forma reassegurou seu falso EU, pois José tentou transformar seu EU no EU-OUTRO-TERAPEUTA;

- José vivia a vida pelo crivo do certo ou pelo errado dado por REFERÊNCIAS e PESSOAS-REFERÊNCIA. Deste modo, como havia orientações contraditórias, e também por não conceber situações dúbias, contraditórias, paradoxais, transicionais e por não conseguir ter a si mesmo como referência para decisões, José teve que dar 'razão' e escolher entre a terapeuta e a esposa, a terapeuta e o médico, enfim, tinha de substituir o 'errado' pelo 'certo'.

- As orientações e cuidados 'técnicos' eram compreendidos por José de uma forma concreta e substitutiva. José não concebia que tivesse um psiquismo e um corpo, nem concebia sua 'existência dentro de um corpo'. Sua compreensão sobre si mesmo não era a de um corpo-pessoa que sente, que existe, que tem necessidades e desejos e se relaciona, mas era a de um-corpo-que-trabalha, que podia estar doente ou saudável, que podia ser orientado e também substituído a qualquer momento. Sendo assim, ele entendia que podia

manipular e ser manipulado, mas que também podia compreender como inadequada uma pessoa e(ou) uma situação, desde que não tratasse o corpo, ou que não o mantivesse saudável.

- José significava a vida como algo para ser aprendido, intelectualizado e FEITO. Algo ou alguém deveria ser colocado entre ele e o mundo para dar REFERÊNCIAS, orientá-lo e instruí-lo como FAZER. Na última sessão realizada com José, ele trouxe inclusive um livro para ser lido. Era assim (simbolicamente falando) que concebia a vida: por um afastamento de si mesmo e do outro em termos de afeto e sentimento.

Com isto, podemos entender que as orientações e REFERÊNCIAS, diminuam momentaneamente e até mesmo cessavam por algum tempo a ocorrência de seus sintomas. Mas, diminuía também, a possibilidade de uma organização emocional; de estruturação de sua condição psíquica; e de contato consigo mesmo, com seu EU verdadeiro. Neste sentido, as REFERÊNCIAS e ‘orientações’ dadas por OUTROS a José podiam ser consideradas como perigosas e até mesmo como desastrosas, pois elas reproduziam seu ambiente patogênico e impediam sua possibilidade de desenvolvimento.

As interpretações também não surtiam efeito para a elaboração e para o desenvolvimento, pois José, em muitos momentos, demonstrava ‘não compreender’ as interpretações, embora tenha se observado que ele possuía inteligência suficiente para compreendê-las. Sendo assim, sua ‘falta de compreensão’ não poderia estar baseada em uma dificuldade ou rebaixamento intelectual, mas como uma resistência ao sentir, e não ao pensar intelectualmente falando. Além disto, ficava evidente que José compreendia as interpretações, pois ele mudava bruscamente de assunto, principalmente quando estas proporcionavam e(ou) ‘evocavam’ qualquer tipo de sentimento e desejo próprio.

Quando a terapeuta interpretou seu modo de vida baseado em REFERÊNCIAS e apresentou a ele seus próprios sentimentos e desejos, o término do processo psicoterápico iniciou. José parecia não se sentir preparado para isto pois não tinha esta referência. José compreendia intelectualmente as interpretações dadas neste sentido, durante as sessões, mas estas pareciam sem significado e sentido para ele.

As interpretações o estavam levando a compreender e conhecer a si mesmo (mesmo que fosse racional e intelectualmente falando). Isto poderia significar para José, ter que passar por apuros importantes e significativos, pois compreender a interferência tão direta e coercitiva e inconveniente que as PESSOAS-REFERÊNCIA (principalmente sua esposa) tinham em sua vida, significava para ele, ter de abandoná-las, descartá-las e(ou) eleger outras PESSOAS-REFERÊNCIA. O contrário também seria possível: ele também poderia ser abandonado por não cumprir as REFERÊNCIAS.

Porém, externamente, descartar situações e pessoas depois de certa idade (cronológica, inclusive) e depois de ter organizado e estabilizado muitas questões, de tal forma e a tal ponto - tanto do ponto de vista do funcionamento e da estrutura psíquica, como de condições de vida - seria muito difícil para José.

Do ponto de vista interno, como seu EU não podia ser constituído pela própria experiência, mas pela REFERÊNCIA do OUTRO; e este EU-OUTRO não era constituído pelas relações afetivas mas por PESSOAS-REFERÊNCIA, e isto funcionava como uma defesa contra 'angústias' e pânico, para José, foi mais fácil e conveniente, negar sua percepção, não compreender as interpretações, e interromper a psicoterapia.

Este tipo de funcionamento parecia um boicote interno dele a ele mesmo no sentido de seu desenvolvimento e contato com emoções e prazer e com seu EU. Porém, o boicote não era apenas interno, mas o externo existiu, com as ameaças de ser abandonado pela esposa caso não desistisse deste processo.

Se levarmos em conta a proposta de análise de pacientes falso Self segundo WINNICOTT (1993j), podemos entender que:

- José precisaria ter tempo interno para experimentar e não atender às REFERÊNCIAS (incluindo não trabalhar) para sentir prazer; ter experiência de SER; ter uma experiência de integração de EU - com momentos de integração para sentir e compreender seu movimento interno, seu ritmo, seu corpo - para depois poder conceber suas próprias referências.

- José precisaria também, segundo esta corrente de pensamento, reviver este estado de dependência absoluta, evoluir para um estado de dependência relativa e partir desta, para a independência. Para isto, haveria a necessidade de uma PESSOA-REFERÊNCIA adequada, ou seja, uma pessoa que pudesse existir e sobreviver aos seus ataques; que pudesse contê-lo em suas 'angústias' sem impor suas REFERÊNCIAS; e que fosse capaz de se afastar, e desiludi-lo quando fosse necessário e possível para ajudá-lo a desenvolver seu verdadeiro EU.

Porém, José não conseguiu as condições internas nem externas favoráveis para que sua organização e desenvolvimento pudesse ocorrer. Sendo assim, entendo que o prognóstico deste caso parece ser muito desfavorável.

