

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, pelo médico Mário Eduardo Costa Pereira

MÁRIO EDUARDO COSTA PEREIRA

Campinas, 08 de Novembro de 1988

Prof. Dr. Original / Orientador

DISTÚRBIO DE PÂNICO:

CONTRIBUIÇÕES PARA UMA ABORDAGEM

PSICODINÂMICA

Dissertação de mestrado apresentada à
Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

CAMPINAS - SP

1988

P414d

11801/BC

MÁRIO EDUARDO COSTA PEREIRA

**DISTÚRBO DE PÂNICO:
CONTRIBUIÇÕES PARA UMA ABORDAGEM
PSICODINÂMICA**

**Dissertação de mestrado apresentada à
Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas**

Orientador:

Prof. Dr. Dorgival Caetano

Co-orientadora:

Prof^a. Dr^a. Rachel Vilela Fávero

CAMPINAS - 1989

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA CENTRAL - UNICAMP

P414d Pereira, Mário Eduardo Costa
Distúrbio de pânico : contribuição para uma
abordagem psicodinâmica / Mário Eduardo Costa
Pereira - - Campinas : M.E.C. Pereira, 1989.

Dissertação (mestrado) - Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Estadual de Campinas, 1989.

Orientadores: Dorgival Caetano, Rachel Villela Fávoro.

1. Pânico. I. Título.

19. CDD- 616.08

Índice para catálogo sistemático:

1. Pânico 616.08

À Márcia
Com todo meu amor.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é expressão de um momento de meu desenvolvimento acadêmico e pessoal. Deste desenvolvimento têm participado inúmeras pessoas, cujas contribuições das mais diversas ordens foram sempre generosas e fundamentais.

Esta dissertação reflete o amadurecimento de um grupo de profissionais que vem trabalhando há alguns anos com distúrbio de pânico na UNICAMP e é fruto de uma reflexão coletiva e da interação enriquecedora que sempre houve entre mais participantes. Este agradecimento se estende a todos estes colegas que estiveram envolvidos neste trabalho em suas diversas etapas.

De forma especial, gostaria de agradecer ao Prof. Dr. Dorgival Caetano, um dos pioneiros do estudo sobre o distúrbio de pânico no Brasil, por tudo o que com ele aprendi e continuo aprendendo, por sua amizade e pelo apoio que sempre me ofereceu.

A Profª. Drª. Rachel Vilela Fávero, que esteve presente e disponível em todos os momentos, ajudando-me com sua experiência a aprofundar minhas reflexões e com seu estímulo a superar as dificuldades.

A psicóloga e psicanalista Maria Luiza Scrosoppi Persiano que durante mais de um ano supervisionou minhas entrevistas e sessões terapêuticas com pacientes com distúrbio de pânico e contribuiu decisivamente para este trabalho e para o amadurecimento de minhas concepções sobre o tema.

Ao Prof. Dr. Maurício Knobel, pelo apoio e confiança depositados.

Aos professores e amigos Paulo Dalgalarrrondo, Neury José Botega, João Baptista Laurito Jr., Roosevelt Moisés Smeke Cassorla, Liliana Andolpho Magalhães Guimarães, Sônia Novaes de Rezende, Miguel de La Puente, Lídia Straus, Eloísa Helena Rubello Valler, Egberto Ribeiro Turato e Maria Adélia Jorge McFadden, que em diferentes momentos contribuíram com sugestões, críticas, idéias e um ouvido amigo.

Ao amigo Luiz Percival Leme Britto, que acompanhou todas as etapas da dissertação com estímulo, contribuições valiosas, e realizou a correção do texto.

A Bernardo Garicochea, Léo Flores Nuñez, Henrique Luis Staub, Mônica Jacques de Moraes, Suzan Almeida, Antonio Muniz de Rezende e Alícia Dorado Lisondo que foram muito importantes em minha vida pessoal neste período e cujas marcas de certa forma transparecem nesta dissertação.

A Walter e Jaqueline Gasparini e Cláudio Moreira Alves, que com toda a dedicação realizaram o trabalho datilográfico.

Finalmente, e de forma especial, aos pacientes que generosamente confiaram suas histórias e seus sofrimentos. Que este trabalho seja uma forma de retribuir - ainda que simbólica - o amadurecimento que me proporcionaram.

...pânico: são situações sem resto
sem troco; me projetei no outro com
tal força que quando ele me falta
não posso me recuperar: estou perdi-
do para sempre.

BARTHES

SUMÁRIO GERAL

	pag.
Lista de Siglas e Abreviaturas	3
Resumo	4
Abstract	6
Introdução	9
Justificativa, objetivo e metodologia de trabalho.....	22
Cap. I - Aspectos Históricos	25
Cap. II - A Clínica Psiquiátrica do DP	49
Cap. III - O Fenômeno do Pânico: entre as Ciências Naturais e as Ciências Humanas	88
Cap. IV - A Vivência do Pânico	111
IV.1 - O Pânico como Fenômeno Coletivo	118
IV.2 - O Pânico como Fenômeno Individual	121
IV.3 - O Pânico como um Fenômeno Humano	128
Cap. V - Algumas Contribuições da Psicanálise para o Estudo do Pânico	131
V.1 - Os Afetos na Teoria Psicanalítica	132
V.2 - Contribuições de Freud para os Fenômenos de Pânico e Angústia	133

V.3 - Contribuições Pós-Freudianas	163
V.3.1 - Melanie Klein	163
V.3.2 - Bion	167
V.3.3 - Winnicott	174
V.3.4 - René Spitz	175
Cap. VI - Discussão de um Caso de DP a partir da Consulta Psiquiátrica e Entrevistas Psicológicas	179
VI.1 - A Entrevista Psicológica como um Método de Investigação Clínica	179
VI.2 - O Procedimento	193
VI.3 - Caso Clínico	196
VI.4 - Análise das Entrevistas	217
VI.5 - Considerações Teóricas	242
Cap. VII - Conclusão	249
VII.1 - O Papel de Continência do Psiquiatra e Profissional de Saúde	251
VII.2 - O Papel da Psicoterapia	252
VII.3 - A Abordagem da Família	253
Bibliografia	255

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

DP	: Distúrbio de Pânico
AP	: Ataque de Pânico
AgCP	: Agorafobia com Crises de Pânico
DAG	: Distúrbio de Ansiedade Generalizada
CID 9	: Classificação Internacional de Doenças; 9ª edição.
DSM III	: Manual de Diagnóstico e Estatística; 3ª edição.
DSM III-R	: Manual de Diagnóstico e Estatística; 3ª edição revisada.
SPVM	: Síndrome do Prolapso da Valva Mitral.

RESUMO

Esta dissertação é uma reflexão crítica sobre a assimilação do fenômeno das crises de pânico às categorias nosológicas da psiquiatria moderna, sob o título de DISTÚRPIO DE PÂNICO (DP).

A clareza de definição da constelação sintomatológica, a evidente modificação destes sintomas pelo uso de medicamentos e o achado de elementos biológicos associados a este quadro foram fatores que favoreceram o desenvolvimento de uma concepção de doença própria ao modelo médico-biológico.

O objetivo central deste trabalho é resgatar a dimensão humana do fenômeno do pânico, no sentido de contribuir para uma prática clínica integrada junto aos pacientes diagnosticados como DP.

O eixo de organização das reflexões foi o da prática clínica frente a estes pacientes - uma prática que tem sido marcada pela referência aos achados biológicos.

Para tanto esta dissertação foi estruturada da seguinte forma:

1. A apresentação e discussão do DP em seus aspectos históricos, de classificação e clínicos, tais como concebidos pela psiquiatria, bem como os limites de seus pressupostos operacionais.

2. O uso do termo "pânico" em outros contextos e a relação destes com o do DP - o fenômeno do pânico é discutido desde a óptica da experiência vivida pelo sujeito.

3. Discussão sobre a abordagem de ciências naturais a que o fenômeno do pânico foi submetido e as possibilidades de uma abordagem segundo os procedimentos das ciências humanas.

4. Apresentação de algumas contribuições da psicanálise para a compreensão do fenômeno do pânico e reflexão quanto as suas repercussões sobre a atitude clínica.

5. A partir da apresentação e análise de um caso de uma paciente com o diagnóstico de DP que serve como referência e ilustração, é discutida a atitude clínica frente a estes pacientes, quando se considera fatores psicodinâmicos em jogo.

Como conclusão do trabalho são apresentadas algumas propostas clínicas e de investigação futura que incluem o papel do psiquiatra particularmente no diagnóstico, prescrição farmacológica e acompanhamento, o papel da psicoterapia individual e as propostas de trabalho em grupo e com os familiares.

ABSTRACT

This dissertation is a critical reflection on the assimilation of the phenomenon of panic attacks into the nosological categories of modern psychiatry, under the title of Panic Disorder (P.D.).

The clear definition of the cluster of symptoms, the evidence of modification in these symptoms through the use of medication and the discovery of biological elements associated with this clinical picture are factors which favoured the development of its concept as an illness.

The main objective of this work is to reinstate the humanistic dimension to the phenomenon of panic so as to contribute to an integrated clinical practice for patients diagnosed as suffering from P.D.

The organization of these reflections is focused on clinical experience - a practice which has been marked by the reference to biological findings.

For this reason the dissertation has been set out in the following way:

1. The presentation and discussion of Panic Disorder in its historical and clinical aspects such as they are conceived of in psychiatry, as well as the limits of its operational criteria.
2. The use of the term "panic" in other contexts and the relationship between these contexts and Panic Disorder - the phenomenon of panic is discussed from the viewpoint of the subjects' experience.
3. Discussion of the natural sciences' approach to the phenomenon of panic and the possibilities of an approximation following the procedures of human science.
4. Presentation of some of the contributions of psychoanalysis to the understanding of panic and reflections as to the repercussions in clinical attitude.
5. Using the case history of a patient diagnosed as suffering from Panic Disorder as a reference, the clinical attitude towards this patient is

discussed in relation to the psychodynamic factors involved.

In conclusion, some clinical proposals are presented for future investigation which include the role of the psychiatrist especially with regard to diagnosis pharmacological prescription, follow-up, the role of individual psychotherapy and proposals to work in groups and with family members.

INTRODUÇÃO

Esta introdução não visa apenas preparar o leitor para o trajeto que o espera na leitura do trabalho. Ela pretende também situá-lo frente a algumas motivações que me levaram a escolher este tema e esta forma específica de abordá-lo. Tal explicitação ajudará na compreensão do sentido do texto.

Este trabalho surge como resultado de questionamentos pessoais a partir de uma prática clínica e científica. Em 1985, um grupo de residentes e jovens psiquiatras (entre os quais eu), sob a orientação do Prof. Dr. Dorgival Caetano, do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da UNICAMP, propôs-se ao atendimento de pacientes com diagnóstico de Distúrbio de Pânico (DP). Era um projeto pioneiro, uma vez que poucos profissionais no Brasil estavam familiarizados com este diagnóstico. A proposta inicial era bastante simples: desenvolver uma experiência clínica e de manejo farmacológico com o objetivo de instalar a médio prazo um ambulatório especializado no tratamento de DP, dado que não havia um serviço similar em nosso meio e todos os dados

epidemiológicos disponíveis sugeriam que o DP fosse um distúrbio altamente prevalente (0,5 a 3% da população). Desejava-se iniciar uma linha de pesquisas clínicas dentro deste campo.

O atendimento, a princípio, consistia na aplicação de um questionário padronizado que se centrava em torno dos critérios diagnósticos preconizados pelo DSM-III e dos achados clínicos mais comuns relacionados ao pânico pela literatura da época, além da aplicação da Escala de Sheehan para pânico e fobias. Uma vez feito o diagnóstico de DP, o procedimento consistia em explicar ao paciente o que era aquilo que ele estava experimentando (desde uma óptica clínica), reassegurando-o de que não morreria das crises, que não se tratava de uma doença física fatal e que havia um tratamento eficaz para ajudá-lo. A seguir, fazia-se a prescrição de medicamentos (em geral, antidepressivos) e combinava-se o atendimento semanal.

Os resultados, a princípio, foram excepcionalmente positivos. Os pacientes costumavam estar sem crises dentro de poucas semanas, apresentavam considerável melhora de seu estado ansioso e muitos superavam a maior parte de suas fobias. Para o acompanhamento clínico habitual parecia ser suficiente o ajuste da medicação e o encorajamento do paciente para que enfrentasse suas fobias, já que não tinha mais as crises de pânico.

Eram muito raros os casos nos quais o paciente não melhorava das crises. Os principais motivos de eventuais maus resultados terapêuticos deviam-se à manutenção de um elevado nível de ansiedade antecipatória ou à persistência de intensas evitações fóbicas a despeito de o paciente já não ter mais as

crises. Havia ainda um número considerável de pacientes que recusavam-se a tomar a medicação por más experiências anteriores, por medo de piorar, por medo de efeitos colaterais ou por medo de ficar dependentes do remédio. Estas situações, contudo, não eram as mais comuns.

Tudo isso levou a um alto grau de entusiasmo quanto ao tipo de tratamento que se estava começando a utilizar. Afinal de contas, era um atendimento clínico "rotineiro", sem grande sofisticação tecnológica e com resultados significativamente positivos. Parecia que o foco principal de atenção, tendo em vista o papel de um serviço de saúde universitário, era a divulgação científica que facilitasse o diagnóstico e o tratamento eficazes e precoces. Do ponto de vista clínico, estava claro para nós o papel central de apoio e encorajamento que a figura do médico deveria assumir.

As publicações da época, tanto científicas como leigas, passaram a divulgar a nova descoberta da medicina: A DOENÇA DO PÂNICO. Nestes textos, havia dois focos principais de atenção:

- 1) O "pânico", fenômeno até então aceito sem necessidade de outras justificativas como pertencente à ordem dos acontecimentos emocionais, começava a poder ser explicado dentro de uma linguagem biológica.

- 2) Os resultados com tratamentos farmacológicos, tal qual observados em nossa experiência clínica, pareciam ser extremamente positivos no controle das crises e na melhora dos sintomas fóbicos. Falava-se do pânico como uma "doença" (a "panic disorder" do DSM-III foi traduzida um tanto apressadamente nos

meios psiquiátricos brasileiros como "doença do pânico"). Mais do que isso, falava-se da "cura" da "doença do pânico".

O acontecimento emocional do pânico foi definitivamente incorporado a uma medicina que restringe a doença a uma lesão anatômico-funcional. As linhas biológicas da psiquiatria encontraram no pânico um grande alento. Afinal de contas, parecia ser possível falar de uma "lesão" (ainda que presumivelmente neuroquímica), de uma manifestação clínica desta lesão (as crises de pânico e suas "consequências") e de um tratamento biológico específico, que atuaria de alguma forma sobre a lesão (as drogas "antipânico").

As crises de pânico seriam as consequências diretas da "lesão" neuroquímica. Os outros achados clínicos ligados ao pânico, tais como a agorafobia, a depressão, etc., foram agrupados em torno de e em relação a esta lesão. Eventuais obscuridades e contradições nos achados experimentais ligados à nova "doença" eram atribuídos à condição da fase relativamente inicial da investigação.

Deve-se ser justo com a ciência e com o DSM-III. O termo "disorder" da panic disorder realmente não permite ser traduzido por "doença". "Disorder" foi escolhido justamente para ressaltar que era possível estabelecer uma "constelação" clínico-sintomatológica, mas não era possível falar de uma doença no sentido de uma alteração orgânica etiológicamente ligada a uma manifestação clínica. É por isso que neste trabalho usarei o termo DISTURBIO DE PÂNICO (DP), tal como é utilizado na tradução brasileira do DSM-III-R, para referir-me a "panic disorder".

Todas as observações iniciais me parecem válidas ainda hoje, mas precisaram ser reelaboradas.

Com o passar do tempo, nossa experiência clínica foi amadurecendo. Havia dois pólos de incertezas: por um lado, um número considerável de pacientes mantidos assintomáticos por longos períodos e já sem medicação (o tratamento era continuado por até 6 meses após o controle das crises) retornavam ao ambulatório com recidiva das crises ou com manutenção de altos níveis de ansiedade e comportamento fóbico ou, ainda, e talvez mais frequentemente, com novos quadros de sofrimento psíquico, notadamente os quadros depressivos, embora não estivessem apresentando mais crises.

Por outro lado, à medida que permitíamos um maior espaço às manifestações espontâneas dos pacientes, passamos a observar que as crises não pareciam ser "absurdos" saídos do nada que invadiam a vida do paciente. Ao contrário disso, pareciam ser coerentes com a história de vida por eles relatada e com a dinâmica de personalidade que podíamos observar no contato direto, tanto individualmente como com suas famílias. Ainda que houvesse uma inquestionável atenuação das crises com o uso da medicação, havia "algo" que permanecia não resolvido em uma grande parte dos pacientes.

Nossa postura clínica foi se modificando aos poucos. Os fatores emocionais como um todo passaram a ser cada vez mais focalizados na avaliação e no planejamento do tratamento clínico, bem como o papel das abordagens psicoterápicas no planejamento do tratamento global do paciente.

O presente trabalho é, assim, uma tentativa de explicitar as inquietações das mais diversas ordens que me foram suscitadas pela experiência clínica com estes pacientes. Ele foi escrito com o objetivo de refletir sobre o processo de amadurecimento e elaboração do grupo que trabalha com o DP. Em outras palavras, quero dividir com o leitor algumas reflexões oriundas desta vivência clínica e pessoal.

Em 1964, D.F. KLEIN (1964) apresentou os resultados de suas pesquisas clínicas com o uso de imipramina em pacientes ansiosos. Os dados indicavam que os quadros de neurose de ansiedade nos quais predominava a apresentação da ansiedade em crises (que por suas características e intensidade passaram a se chamar "ataques" ou "crises" de "pânico" - AP), respondiam ao tratamento com imipramina, mas não com os tranquilizantes habituais. Por outro lado, quando os pacientes não apresentavam crises de pânico, mas um estado ansioso mais constante e modulado, não havia melhora com a imipramina, mas sim com os tranquilizantes. Esta "dissociação farmacológica" levou KLEIN (1981) a propor que a ansiedade de pânico seria qualitativamente diferente da ansiedade "não-pânico" (denominada por ele de "ansiedade de antecipação").

Em 1980, este ponto de vista foi incorporado pelos autores da 3ª Revisão do Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais da Associação e Psiquiátrica Americana (DSM-III), quando criaram as categorias diagnósticas de "Panic

Disorder" (Distúrbio de Pânico - DP) e "Agoraphobia with Panic" (Agorafobia com Crises de Pânico - AgCP) no caso da presença de crises de pânico, e "Generalized Anxiety Disorder" (Distúrbio de Ansiedade Generalizada - DAG), nas vezes em que o quadro se caracteriza pela presença de ansiedade flutuante sem crises de pânico.

Esta proposta de separação qualitativa dos estados ansiosos era claramente contrastante com as concepções nosológicas sobre ansiedade até então aceitas.

No glossário de transtornos mentais da CID 9 (1978), encontra-se a seguinte definição para "ESTADOS DE ANSIEDADE" (300.0):

"Várias combinações de manifestações físicas e mentais de ansiedade que não podem ser atribuídas a um perigo real e que ocorrem em forma de ataque ou como um estado persistente. A ansiedade é geralmente difusa e pode chegar ao pânico ..." (o grifo é meu)

Assim, até a CID 9, os estados "difusos" de ansiedade e os ataques de pânico estavam agrupados sob um mesmo diagnóstico e, pelo que é sugerido pela descrição, estado "difuso" de ansiedade e "ataque" de pânico estariam dispostos num continuum, guardando entre si diferenças basicamente quantitativas. A descoberta de que uma droga podia ser usada para controlar especificamente certos tipos de estados ansiosos agrupados em torno das crises de pânico introduziu um novo "recorte" no quadro

clínico da ansiedade. A assimilação deste recorte pelo DSM-III equivale a dizer que essa concepção passou a fazer parte dos conhecimentos oficialmente aceitos pela psiquiatria.

Seguindo as descobertas de Klein, principalmente a partir da publicação do DSM-III, houve um enorme aumento das pesquisas sobre os ataques de pânico. Talvez devido ao fato de os estudos com drogas terem sido o mais forte estímulo para a criação desta categoria diagnóstica de Distúrbio de Pânico, a maior parte das pesquisas científicas recentes concentrou-se em abordagens de cunho biológico com relação a este objeto. Sugeriu-se que uma série de fenômenos de caráter aparentemente biológico estaria relacionada a este distúrbio: possibilidade de induzir crises de pânico quimicamente mediante o uso de substâncias específicas (p. ex., infusão endovenosa de lactato de sódio) apenas, ou com muito maior probabilidade, em pacientes com este diagnóstico (PITTS e McCLURE, 1967; KLEIN, 1981; LIEBOWITZ e cols., 1984; LIEBOWITZ e cols., 1985, 1986); maior prevalência de prolapse da valva mitral nos pacientes com DP comparativamente ao restante da população (PARISER e cols., 1978; KANTOR e cols., 1980; VENKATESH e cols., 1980; CAETANO, 1984, 1986); prevalência aumentada desta condição nos familiares dos pacientes (CROWE e cols., 1983; JUDD e cols., 1987); uma possível influência genética implicada na etiologia do distúrbio (TORGERSEN, 1983); e a já discutida especificidade de resposta clínica ao uso de medicações antidepressivas (KLEIN, 1964, 1981; ANDERSON e cols., 1984). Todos estes achados levaram ao desenvolvimento de modelos fundamentalmente biológicos para explicar as crises "espontâneas"

de pânico (como se verá no decorrer deste trabalho), com o surgimento de propostas terapêuticas coerentes com os referidos modelos.

Além disso, diversos autores (SHEEHAN, 1982a, b; KLEIN, 1981) passaram a sustentar que todas as formas de psicoterapia, incluindo as de orientação comportamental, seriam secundárias ou irrelevantes no tratamento da DP: o elemento central seria o controle psicofarmacológico das crises. Diz SHEEHAN, em um dos trabalhos "fundadores" da nova concepção do pânico, publicado em 1982, no The New England Journal of Medicine (SHEEHAN, 1982a) :

"Os tratamentos psicossociais são melhor conduzidos para aumentar a obediência ao regime de tratamento medicamentoso e ajudar o paciente a se aproximar das situações fóbicas evitadas. Seu papel agora é mais complementar do que central." (p. 157)

A afirmação de Sheehan baseia-se na suposição de que as crises de pânico são o elemento primário e têm origem biológica (metabólica). Logo, abordagens comportamentais e psicanalíticas teriam efeitos apenas parciais e temporários, pois não permitiriam uma mudança radical na "causa" das crises (SHEEHAN, 1982a).

NOYES (1987) aponta algumas vantagens de o fenômeno do pânico ser incorporado a um modelo médico:

"A razão pela qual o modelo médico é importante para pessoas com DP é a de que ele é o que tem mais a oferecer" (p.582)

e enumera:

- 1º Possibilita um diagnóstico diferencial, o que não é disponível em outros modelos.
- 2º Estabelece um diagnóstico positivo, o que por si só seria um motivo de tranquilização para a pessoa (ela não teria uma terrível "doença" que dá continuamente mostras de sua presença, mas que nunca é diagnosticada. Passa a ter um status de "portadora" do "distúrbio de pânico") e de "doente crônico", uma vez que o tratamento medicamentoso seria apenas sintomático. Isso, de qualquer forma, seria menos penoso para o paciente e facilitaria o controle precoce e eficaz de eventuais recidivas.
- 3º Assegura à pessoa de que ela não é responsável por sua situação difícil ... "This can be important in preserving vital relationships" (p. 584).
- 4º Oferece um tratamento eficaz: o clínico-medicamentoso.

Na própria exposição de Noyes sobre as vantagens deste modelo, vê-se que não se assume sem ônus uma abordagem

estritamente "médica", no sentido de uma prática terapêutica sobre o corpo biológico. Este mesmo autor aponta riscos deste modelo quando aplicado de forma muito limitada:

1. Permite que a pessoa ocupe permanentemente um papel de "doente" ou "deficiente", o que pode ser reforçado pelos próprios benefícios secundários de ser rotulado como tal por alguém que fala desde um lugar de autoridade - o médico.
2. Diminui a auto-estima do paciente, que se sente um "paciente crônico", sempre ameaçado de que, talvez, um dia as crises retornem.
3. O tratamento medicamentoso apresenta efeitos colaterais e risco de dependência física e psíquica.

Noyes não aponta, contudo, um risco talvez ainda mais importante da abordagem estritamente "médica": a absolutização dos fatores biológicos, dados como fatos inquestionáveis, fatos sobre os quais a CIÊNCIA já teria se pronunciado de forma definitiva e inequívoca, com o conseqüente apagamento dos fatores subjetivos e emocionais. Em outras palavras, se por um lado a "medicalização" do pânico permite operacionalizar um manejo farmacológico eficaz do fenômeno, por outro, introduz o risco de reduzir esta manifestação da vida afetiva do sujeito à categoria de "erro metabólico geneticamente determinado", com o aval de uma ciência supostamente absoluta que pairaria, infalível, sobre todas as coisas. Isso é, introduz o risco de mais uma vez tomar como "natural" um fenômeno humano.

O "pânico", tradicionalmente descrito entre os transtornos da vida afetiva, e os fenômenos ansiosos em geral, tão centrais nas teorias psicodinâmicas da mente, foram subitamente incorporados a uma linguagem biológica.

O que se deseja neste trabalho é esboçar uma tentativa de reaproximação com aquilo que experimentam os pacientes, desde um ponto de vista psicodinâmico de orientação psicanalítica. Nosso objetivo não é nem o de desqualificar os achados da pesquisa neurobiológica sobre o pânico, nem tampouco ensaiar uma síntese apressada entre estes achados biológicos e o referencial psicanalítico.

O problema, assim apresentado, insere-se na questão mais ampla da fragmentação das disciplinas científicas em blocos estanques e da dificuldade de manter a comunicação entre os especialistas. DEJOURS (1988) descreve como "uma tentativa gigantesca que se arrisca a ser irrealista, megalomaniaca, grotesca, ou as três coisas ao mesmo tempo" (p. 12) aquela de tentar uma síntese entre a biologia e a psicanálise, apontando barreiras epistemológicas intransponíveis. Propõe, por seu turno, "colocar frente a frente certos conhecimentos da Biologia com certos resultados da investigação clínica [psicanalítica]" (p. 12). Seria algo desta ordem que estaria em questão diante da proposta de confrontar, com relação ao pânico, abordagens provindas de dois pontos de vistas distintos: a psiquiatria e a psicanálise.

A partir da discussão sobre as implicações de uma situação clínica e científica concreta - a descrição psiquiátrica do fenômeno do pânico e seus modelos explicativos biológicos -, surgem subsídios para uma reflexão sobre as possibilidades e limites de uma abordagem estritamente biológica para os fenômenos emocionais do homem.

Meu objetivo não é esgotar uma reflexão que é obviamente ampla e sobre a qual muito já se tem escrito. Nem, tampouco, propor que seu foco principal sejam as questões epistemológicas que estão envolvidas no cerne desta problemática.

O que desejo é manter a reflexão desde o ponto de vista central da atitude clínica frente aos pacientes. Ou, dito de outra forma, perguntar quais as implicações na clínica psiquiátrica da assunção de uma compreensão biológica do fenômeno emocional apresentado pelo paciente e o que se pode "escutar" se se der a palavra livre ao paciente.

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS e METODOLOGIA DO TRABALHO

1. **Justificativa:** A codificação do fenômeno do pânico pela psiquiatria moderna sob o título de Distúrbio de Pânico está fortemente marcada por concepções biológicas, algumas em um sentido muito estrito e de caráter absoluto. Tal situação torna plenamente justificável - e até recomendável - uma abordagem do pânico que leve em conta sua dimensão humana e seus aspectos psicodinâmicos.

2. **Objetivo:** O objetivo desta dissertação é fazer uma abordagem psicodinâmica do fenômeno do pânico que amplie a compreensão do DP., desde o ponto de vista central da atitude clínica junto aos pacientes com este diagnóstico.

3. **Metodologia:** ARRUDA (1989;p.116) lembra que etimologicamente, metodologia "é o estudo das ciências dos caminhos, das vias a serem percorridas" e que, recorrendo a LADRIERE (apud ARRUDA, 1989;p.117), a verdadeira justificação de um método está na sua fecundidade, isto é, na medida em que ele é útil para fazer compreender a realidade investigada.

Coerentemente com o objetivo de levantar subsídios para uma aproximação psicodinâmica do fenômeno do pânico em sua dimensão clínica, o "caminho" a ser percorrido neste trabalho está dividido em três momentos:

1. Discussão das relações entre o fenômeno humano do pânico e a incorporação deste ao DP na psiquiatria moderna.

Para tanto, são discutidos os diversos usos do termo "pânico" e a questão do pânico enquanto uma experiência vivida pelo indivíduo.

A seguir, aborda-se o pânico tal como é incorporado à psiquiatria. O DP é apresentado em seus aspectos históricos, de classificação e clínicos. São discutidos os limites de uma abordagem operacional desse fenômeno e as possibilidades de aproximação segundo os procedimentos das ciências humanas.

2. Apresentação e análise de um caso de uma paciente com DP abordado por um método "clínico" por excelência: a entrevista psicológica. Este caso serve como referência e ilustração para uma discussão sobre a atitude clínica do profissional de saúde mental, junto a estes pacientes, quando este leva em conta os fatores psicodinâmicos em jogo.

3. Apresentação de propostas de investigações futuras e de campos clínicos a serem desenvolvidos na assistência a estes pacientes, a partir das reflexões realizadas nesta dissertação.

1. ASPECTOS HISTÓRICOS

O passo decisivo para o estabelecimento da DP como uma entidade clínica específica surge no início dos anos 60 com os estudos de KLEIN com a imipramina.

Em 1959, DONALD F. KLEIN estudava os efeitos clínicos da imipramina, uma droga nova na época, sintetizada a partir de uma modificação estrutural das fenotiazinas. Havia a expectativa de que se pudesse demonstrar que ela, assim como as fenotiazinas, fosse um potente tranquilizante.

A imipramina, entretanto, mostrou-se ineficaz contra os sintomas psicóticos dos pacientes esquizofrênicos, embora se mostrasse eficaz no tratamento de seus sintomas depressivos. Posteriormente, demonstrou-se que pacientes que apresentavam depressões severas poderiam melhorar com a imipramina, sendo que seus efeitos não seriam devidos a uma hiperestimulação (como ocorre com as anfetaminas), mas como por uma "normalização" do humor.

KLEIN (1981) comenta que em 1959 a teoria predominante na psiquiatria americana era fundamentada em hipóteses

estruturais psicanalíticas: toda a psicopatologia seria secundária à ansiedade, a qual, por sua vez, era causada por um conflito intrapsíquico. A psicose era considerada o resultado de um excesso de ansiedade que desintegrava e fazia regredir o ego, enquanto a neurose seria o resultado de uma defesa parcialmente exitosa contra a ansiedade que levava à formação de sintomas.

A explicação imediata para os efeitos marcantes da clorpromazina como antipsicótico era a de que ela deveria ser um poderoso agente anti-ansiedade, noção que estava apoiada na evidência da intensa ação sedativa desta droga. A hipótese era que a clorpromazina seria um agente antipsicótico por ter efeitos anti-ansiedade.

Klein estava estudando um grupo de pacientes extremamente ansiosos, sem delírios ou alucinações, que pareciam não melhorar com tratamento psicoterápico de longo prazo. Estes pacientes recebiam também drogas sedativas que não contribuíam com qualquer benefício substancial sobre seus sintomas. KLEIN (1981) afirma que tais pacientes seriam hoje classificados como agorafóbicos.

Surpreendentemente, quando foram tratados com clorpromazina os pacientes não apresentaram qualquer melhora e alguns até pareceram piorar. Klein descreveu sua inquietação diante daquele achado da seguinte forma:

"Nós ficamos muito surpresos, porque estes pacientes pareciam uma 'cultura' quase pura de ansiedade. Se a clorpromazina reduziu os sintomas ainda

mais severos em pacientes grosseiramente psicóticos, porque ela não funcionou neste grupo de pacientes?" (p. 237).

A esperança que surgiu foi a de que os pacientes pudessem se beneficiar da nova droga: a imipramina. Klein iniciou, então, um estudo-piloto com pacientes voluntários utilizando a imipramina.

Já na 1ª semana do estudo-piloto, o resultado das reuniões de avaliação em que participavam os pacientes (individualmente), o terapeuta e a equipe técnica mostrou que os pacientes não pioravam ao serem medicados com clorpromazina, mas certamente a imipramina não parecia trazer mais benefícios que aquela. Uma vez que em pacientes depressivos os sintomas só melhoravam após o uso de imipramina por várias semanas, o mesmo processo poderia ser esperado com os pacientes ansiosos e o tratamento foi mantido por mais tempo e as doses aumentadas.

Até a 3ª semana, tanto os pacientes quanto seus psicoterapeutas não observavam qualquer melhora. Contudo, os outros membros da equipe estavam mais otimistas. Um observador apontou que nos 10 meses anteriores ao estudo-piloto muitos dos pacientes corriam ao posto de enfermagem 2 a 3 vezes ao dia, gritando que sentiam estar morrendo e pediam socorro urgente. As enfermeiras tentavam tranquilizá-los e sentavam com eles por uns 20 minutos. Os pacientes finalmente se aliviavam de seus estados agudos de terror e iam embora. Contudo, este estado costumava voltar a ocorrer outras vezes durante o dia. No caso do estudo-

piloto, as enfermeiras observaram que os pacientes não estavam mais apresentando este comportamento a partir da 3ª semana, aproximadamente, do uso de imipramina.

Após algumas semanas, tornou-se óbvia a melhora dos pacientes. Eles queixavam-se menos e passaram a assumir uma maior autonomia em suas atividades diárias.

Para explicar o efeito farmacológico observado, a primeira teoria foi a de que aqueles pacientes eram, na verdade, deprimidos e que a ansiedade e o comportamento fóbico eram simplesmente epifenômenos de uma depressão mascarada. Com o alívio da depressão ocorria também a melhora dos outros sintomas.

Surgiram inúmeros argumentos contra este ponto de vista. Em primeiro lugar, a maioria dos pacientes nem pareciam nem agiam como deprimidos. Quando não estavam sob ansiedade eram sociáveis, com muitos interesses e com prazer no sexo e na comida. Embora expressassem sentimentos de desmoralização não tinham idéias de suicídio, culpa ou de referência depressiva com frequência.

Assim, Klein verificou que estes pacientes inicialmente sofriam de ataques de pânico repetidos e que, quando passavam a submergir em um estado de ansiedade crônico, pelo temor da reincidência destes ataques, já não conseguiam distinguir as crises do estado ansioso crônico.

Os estados de crise de ansiedade tornavam-se aparentes quando, mesmo num estado de doença plenamente desenvolvida, a imipramina prevenia a recorrência dos ataques mas não da ansiedade crônica.

O ataque de pânico era muito mais severo que a ansiedade crônica e a hipótese de que a ansiedade crônica fosse um fenômeno qualitativamente distinto do ataque de pânico era sustentada pela especificidade da ação da imipramina sobre este e a falta de efeitos sobre aquela.

As descobertas de Klein levaram-no a postular uma descontinuidade qualitativa entre a ansiedade crônica e os ataques de pânico que inicialmente pareciam ser diferentes apenas em sua intensidade.

Klein postulou que os ataques de pânico seriam um evento específico especial de origem biológica. Suas observações no tratamento com imipramina e suas ações sobre ansiedade foram publicados em 1962 no American Journal of Psychiatry (KLEIN e FINK, 1962) e seguidas de um estudo confirmatório controlado com placebo, duplo-cego, em 1964 (KLEIN, 1964).

No trabalho de 1962, KLEIN e FINK relataram suas experiência clínicas com imipramina em 215 pacientes com os mais diversos diagnósticos, entre 1958 e 1961. Eles descreveram 8 padrões de respostas à imipramina, sendo 3 favoráveis e 5 desfavoráveis. Entre os favoráveis estavam aqueles de "Resposta de redução de ansiedade episódica". Eles descreveram assim este grupo de pacientes:

"Tipicamente, os indivíduos notavam o começo súbito de ataques de 'pânico', acompanhados por respiração rápida, palpitações, fraqueza, e um sentimento de morte iminente. Suas atividades tornaram-

se progressivamente restritas, até que eles logo não pudessem viajar sozinhos por medo de ficarem subitamente desamparados quando distanciados de socorro. Queixas depressivas eram incomuns e associadas com sentimentos de inutilidade. Embora o medo de espaços abertos não fosse a marca principal, mas o medo expectante de perda de apoio quando nos ataques, essa condição era frequentemente referida como agorafobia (...)" (p. 435).

Os autores relatavam que nos pacientes "sob tratamento com imipramina os ataques de 'pânico' cessaram, embora tanto as fenotiazinas como sedativos tivessem sido ineficazes anteriormente" (p. 436). A ansiedade dos ataques de pânico era controlada com a imipramina, embora a ansiedade "antecipatória" relacionada aos padrões fóbicos permanecesse.

Klein e Fink introduzem, então, uma especulação baseada nas suposições de BOLWBY (BOLWBY, 1984) de que a ansiedade de separação não é aprendida nas experiências de separação, sendo antes devida a um mecanismo inato para evocar a resposta de cuidados dos pais. A imipramina teria uma ação específica sobre este mecanismo de alguma forma disfuncionante.

A proposição de Klein de uma divisão qualitativa entre os quadros de ansiedade segundo a existência central de crises de pânico ou de ansiedade crônica flutuante sem pânico foi, como se viu, incorporada em 1980 ao DSM-III, surgindo o DP, a AgCP e o DAG.

Os fenômenos ligados à ansiedade são familiares aos clínicos desde toda a história da medicina. Diversas tentativas de agrupar, classificar e compreender estes fenômenos foram efetuadas. Aqui, destacam-se apenas alguns pontos desta trajetória com o objetivo de melhor situar o surgimento e a inserção do DP na psiquiatria moderna.

Uma das características centrais desta evolução é a marcante semelhança que as descrições clínicas das crises de ansiedade mantêm entre si através dos séculos. LESSER e RUBIN (1986) apresentam, por exemplo, o relato de uma crise de ansiedade feito por ROBERT BURTON (apud LESSER e RUBIN, 1986)¹, no século XVII:

"... This fear causeth in man, as to be red, pale, tremble, sweat; it makes sudden cold and heat to come over all the body, palpitations of the heart, syncope, etc. It amazeth many men that are to speak or show themselves in public assemblies ...

Many men are so amazed and astonished with fear, they know not where they are, what they say, what they do, and that which is worst, it tortures them many days before with continual affrights and suspicions ...".

¹BURTON L: The Anatomy of Melancholy. London, Dent. 1964.

Encontra-se, nesta descrição do século XVII, aspectos muito semelhantes àquilo que se conhece operacionalmente no século XX como um ataque de pânico, particularmente a presença de uma aflicção ansiosa "psíquica" acompanhada de intensos sintomas físicos.

É, talvez, por causa da abundância dos sintomas físicos presentes nos ataques de ansiedade que tenha aparecido uma outra característica da evolução do conhecimento sobre os fenômenos ansiosos, a saber, as tentativas de compreender as relações entre as vertentes "psíquica" e "corporal", particularmente com relação aos sintomas cardiovasculares. A história do saber médico sobre a ansiedade apresenta diversos "capítulos" que pertencem simultaneamente às histórias da psiquiatria e da cardiologia. Muitos dos avanços obtidos neste campo foram devidos justamente a delimitação de o que pertencia a cada uma delas na clínica da ansiedade.

A "Síndrome do Coração Irritável" (ou a "Síndrome de Da Costa"), descrita por JACOB M. DA COSTA, em 1871, foi um dos marcos fundadores da compreensão atual dos distúrbio ansiosos.

WOOLEY (1976, 1984) fez o resgate deste período histórico. Ele relata que, com a Guerra Civil Americana, a Filadélfia tornou-se o maior centro hospitalar daquele país, comportando 27 hospitais e 25.000 leitos. À medida que a guerra progredia e o espaço ia-se tornando insuficiente, diversos pavilhões foram sendo contruídos em propriedades suburbanas e se

transformando em enfermarias especializadas.

Uma delas foi confiada a DA COSTA, fato que lhe proporcionou a oportunidade de estudar "o coração cansado" dos soldados. Toda a investigação de DA COSTA foi conduzida com métodos simples de obtenção da história clínica e exame físico, sem a ajuda de testes laboratoriais complementares.

O que Da Costa nomeou de "coração irritável" era um transtorno funcional do coração, observado na população militar durante a Guerra. Estes casos representavam o transtorno cardíaco mais comum entre os soldados e logo foi reconhecido também na população civil. Os sintomas incluíam palpitações de variadas intensidades, com ataques que podiam durar várias horas, acompanhados de dores torácicas e grande mal estar. A dor era um sintoma quase constante, descrita como ocorrendo em paroxismos. Exercícios, esforços ou o surgimento de palpitações produziam um ataque de dor e ansiedade.

LESSER e RUBIN (1986) citam um trecho do trabalho fundamental de DA COSTA - "On the irritable heart: A clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences"², em que Da Costa descreve um ataque típico deste quadro:

"... he had an attack of diarrhea, after the Battle, he was rized with lancinating pains in the cardiac region,

²Am J Med Sci 61: 17-52, 1871.

so intense that he was obliged to throw himself down upon the ground, and with palpitation. These symptoms frequently returned while on the march, were attended with dimness of vision and giddiness... It seems to me most likely that the heart has become irritable, from its overaction and frequent excitement, and that disordered innervation keeps it so ..."

Osler³ (apud WOOLEY, 1984) descreve o "coração irritável" na população civil, em 1887. Esta condição não seria tão perigosa para a vida como uma doença orgânica. Osler, como Da Costa, considerava que o "coração irritável" era resultado de um grande esforço, repetido e prolongado. Frequentemente, esta patologia se manifestava como grande desconforto, mal estar e sintomas proeminentes de palpitação, dor torácica e dispnéia. A classificação do "coração irritável" era feita segundo o agente etiológico:

1. Casos tóxicos (pelo uso de fumo, chá ou café);
2. Casos devidos à hiperexcitação (ex: a condição descrita por Da Costa nos soldados);
3. Casos devidos a excessos sexuais;

³OSLER, W. The irritable heart of the civil life. Canadian Practitioner, 12:156-7, 1887.

4. Casos em que o "coração irritável" acompanha a "neurastenia".

Em 1919, THOMAS LEWIS⁴ (apud WOOLEY, 1976) descreve a "Síndrome do Coração do Soldado" e a "Síndrome de Esforço". LEWIS estudou soldados durante a Primeira Guerra Mundial. Ele acreditava que a "síndrome do esforço" surgia pela ação de um grupo muito heterogêneo de condições precipitantes (como infecções não diagnosticadas, convalescência, doença cardíaca incipiente) sobre pacientes com algum tipo de fraqueza constitucional (física, nervosa ou ambas). Os achados principais eram falta de ar, fadiga (uma queixa quase universal), dor torácica, palpitações e taquicardia que, igualmente, poderiam surgir em crises.

Lewis achava que quase todos os sintomas seriam respostas fisiológicas exageradas ao exercício físico, daí o termo "Síndrome de Esforço".

Ele Também assinalou a associação da "Síndrome do Esforço" com a neurastenia.

A neurastenia foi descrita pelo médico norte-americano GEORGE BEARD em dois artigos principais: "American nervousness", de 1881, e "Sexual neurasthenia (nervous exhaustion)", de 1884. O quadro clínico era centrado na fadiga física de origem nervosa acompanhada de outros sintomas físicos tais como cefaléia, dispepsia, flatulência, prisão de ventres, dores e parestesias espinhais e diminuição do interesse sexual.

⁴LEWIS, T. The soldier's heart and the effort syndrome. New York, Paul B. Hoeber, 1919

Como o título do trabalho de 1884 de Beard sugere, havia na época a crença de que a etiologia da neurastenia estivesse ligada a "práticas sexuais nocivas", notadamente a masturbação excessiva.

LAPLANCHE (1987; p. 18) cita um trecho de um artigo de Preyer, contemporâneo das pesquisas de Beard, a propósito da etiologia sexual da neurastenia:

"As perversões sexuais ..., as diversas espécies de masturbações psíquicas podem ter uma ação etiológica. Mesmo no casamento, e quando existem relações normais, o coito interrompido é capaz de provocar o surgimento de fenômenos neurastênicos ..."⁵

Assim, a neurastenia seria o sinal de um esgotamento da energia sexual ligado a uma atividade sexual anormal.

Foi pela via do estudo da neurastenia que FREUD aproximou-se dos fenômenos da ansiedade, para, a partir dela, trazer sua contribuição fundamental para a nosografia e para a nosologia dos quadros ansiosos descrevendo a "NEUROSE DE ANGÚSTIA".

⁵em "Les rapports sexuels incomplets, coit interrompu ou onanisme conjugal et leurs conséquences chez l'homme; étude tirée de la clinique"

Convém destacar algumas características da descrição clínica de Freud da "Neurose de Angústia" relevantes para o problema do DP:

1. O diagnóstico de neurose de angústia designa um quadro em que a ansiedade pode apresentar-se de duas formas: como um estado crônico ou como uma crise (FREUD, 1976; p. 42).
2. Os estados de ansiedade tenderiam a desenvolver fobias. A agorafobia é secundária ao medo de se ter novas crises.
3. Os sintomas da ansiedade, das fobias e ela relacionadas e seus mecanismos seriam irreduzíveis a uma explicação psicológica, isso é, seu mecanismo não é psicológico e a sua causa primária é atual (GOBBI Jr., 1981; p. 106).

O item 1 mostra uma semelhança com os critérios diagnósticos de "estado de ansiedade" encontrados na CID 9, não supondo uma distinção qualitativa entre crise de ansiedade e ansiedade crônica. O item 2 corresponde às hipóteses de KLEIN (1981) do surgimento da agorafobia como complicação das crises de pânico na DP; e o item 3 está próximo às concepções de SHEEHAN sob a DP como doença metabólica de fundamento genético no sentido da ausência de um mecanismo psicológico que o explicasse (SHEEHAN, 1982a). Esses pontos serão aprofundados nos capítulos seguintes.

Cabe ainda destacar que Freud estudou e relatou diversos quadros de crises ansiosas cuja apresentação lembram muito a descrição atual da DP.

Vejam-se alguns exemplos:

"Homem, 42 anos, filhos de 17, 16 e 13. Bem disposto até um ano atrás, por ocasião da morte do pai, súbito ataque de angústia com palpitações, medo hipocondríaco de um câncer na língua; vários meses depois, um segundo ataque, com cianose, pulso intermitente, medo de morte e assim por diante; desde então, sente-se enfraquecido, tonto, agorafóbico, alguma dispepsia. É um caso de neurose de angústia pura, acompanhada por sintomas cardíacos subsequentes a uma perturbação emocional ..." (carta a Fliess de 6/10/1893 - FREUD, 1986, p. 57).

ou

"... penso num homem de 45 anos que teve seu primeiro ataque de ansiedade (com colapso cardíaco) diante da notícia da morte de seu pai, já idoso; daí por diante desenvolveu uma neurose de angústia típica e complicada com agorafobia" (FREUD 1976; p. 146).

O interesse de Freud pela neurastenia advinha da possibilidade de demonstrar suas hipóteses sobre a etiologia

sexual das neuroses, criadas a partir do estudo da histeria e da neurose obsessivo-compulsiva. A natureza sexual era mais convincente uma vez que se tratava de alterações da vida sexual atual do indivíduo, passíveis de serem exploradas pela obtenção da história clínica e da anamnese dirigida. A neurastenia era uma neurose atual⁶.

O objetivo de Freud ao estudar a neurastenia aparece explícito em um trecho de seu Rascunho B, enviado a Fliess em 1893:

"Pode-se considerar como fato reconhecido que a neurastenia é uma consequência freqüente da vida sexual anormal. Contudo, a afirmação que desejo fazer e verificar através de observações [clínicas] é que a neurastenia, a rigor só pode [é sempre e exclusivamente] ser uma neurose sexual (FREUD, 1986; p.39)" - os grifos são meus.

⁶ A título de facilitar a compreensão da exposição que se segue convém recordar a sub-divisão que Freud estabeleceu para o grupo das neuroses:

1) **NEUROSES ATUAIS:** seus sintomas resultam diretamente de ausência ou inadequação da satisfação sexual da vida presente do indivíduo. Incluiriam a neurastenia, a neurose de angústia (descrita por Freud a partir da neurastenia) e a hipocondria (LAPLANCHE e PONTALIS, 1986; p. 382).

2) **PSICONEUROSES,** cujos sintomas seriam a expressão simbólica de conflitos relacionados à vida sexual infantil. Incluiriam as neuroses de transferência (histeria de angústia, histeria de conversão e neurose obsessiva) e as neuroses narcísicas (psicoses). (LAPLANCHE e PONTALIS, 1986; p. 500).

Por outro lado, Freud tinha uma outra hipótese que queria testar: a neurastenia não seria um quadro uniforme, comportando, em sua definição excessivamente ampla, um subgrupo de sintomas "que estão mais ligados entre si do que os sintomas típicos da neurastenia ...; e os quais, por outro lado, apresentam diferenças essenciais, em sua etiologia e mecanismo, em relação às neuroses neurastênicas típicas". (FREUD, 1976; p. 107). Este subgrupo seria denominado "Neurose de Angústia".

Freud propõe-se, então, a uma exploração clínica, não-psicanalítica, da neurastenia para provar sua heterogeneidade.

"À guisa de preparativos, iniciei uma coleção: cem casos de neurose de angústia; da mesma forma, gostaria de compilar cem número equivalente de casos masculinos e femininos de neurastenia e das depressões periódicas brandas, que são muito mais raras. Uma contrapartida necessária seria uma segunda série de cem casos de não-neuróticos". (FREUD, 1986; p. 44).

Os resultados de suas investigações clínicas foram apresentadas no trabalho intitulado "Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada 'neurose de angústia'", de 1895 (FREUD, 1976).

Freud aborda a neurose de angústia do ponto de vista clínico-descritivo e elabora hipóteses de sua etiologia, fundadas na concepção de que se trataria de uma neurose atual. Este capítulo aborda principalmente a descrição deste quadro tal como foi feita por Freud.

Freud caracteriza a neurose de angústia da seguinte maneira:

"Chamo essa síndrome de 'neurose de angústia' porque todos os seus componentes podem ser agrupados em torno do sintoma principal da ansiedade, já que cada um deles mantém com a ansiedade uma relação definida". (p. 108).

O quadro clínico tem como elementos centrais:

- Um fundo de irritabilidade geral, que "aparece invariavelmente na neurose de angústia" e traduz um acúmulo de excitação que o sujeito não consegue tolerar.

- Expectativa ansiosa: "é o sintoma nuclear da neurose. Talvez possamos dizer que aqui está presente um quantum de ansiedade de livre flutuação, o qual, onde haja expectativa, controla a escolha das idéias e está sempre pronto a ligar-se a qualquer conteúdo ideativo adequado". (p. 110).

Esta capacidade de ligação a um "conteúdo ideativo adequado" será a base da concepção do surgimento das fobias como secundárias às crises de angústia.

- Crises de angústia: "Pode, subitamente, irromper pela consciência sem proceder de um encadeamento de idéias, provocando assim um ataque de ansiedade. Um ataque de ansiedade deste tipo pode consistir apenas no sentimento de ansiedade, sem nenhuma idéia associada, ou, então, acompanhada da interpretação que estiver mais à mão, tais como idéias de extinção da vida ou de uma pancada ou de uma ameaça de loucura ou, ainda, alguma espécie de parestesia (similar à aura histérica) pode vir combinada ao sentimento de ansiedade ou, finalmente, o sentimento de ansiedade pode estar ligado ao distúrbio de uma ou mais funções corporais - tais como respiração, a atividade cardíaca, a inervação vasomotora e a atividade glandular. Dessa combinação, o paciente seleciona um ou outro fator em particular. Queixa-se de 'espasmos do coração', 'dificuldade respiratória', 'inundações de suor', 'fome devoradora', e coisas como essas..." (p. 111).

No Rascunho B, Freud - à semelhança da descrição dos estados ansiosos de Donald Klein de 50 anos mais tarde - vê uma subdivisão na apresentação dos quadros de angústia:

"A angústia aparece sob duas formas: como um estado crônico e como uma crise de angústia" (FREUD, 1986; p. 42).

No trabalho de 1985, em que pretende fazer uma distinção clínica entre a neurastenia e a neurose de angústia e fundamentá-las sobre diferentes alterações das funções sexuais

atuais, acha que:

"a ansiedade pode, subitamente, irromper pela consciência sem proceder de um encadeamento de idéias, provocando assim um ataque de ansiedade. Um ataque de ansiedade desse tipo pode consistir apenas no sentimento de ansiedade, sem nenhuma idéia associada, ou então acompanhada da interpretação que estiver mais à mão, tais como idéias de extinção da vida, ou de uma pancada, ou de uma ameaça de loucura; ou ainda, alguma espécie de parestesia (similar à aura histérica) pode vir acompanhada ao sentimento de ansiedade, ou, finalmente, o sentimento de ansiedade pode estar ligado ao distúrbio de uma ou mais funções corporais - tais como a respiração, a atividade cardíaca, a inervação vasomotora e a atividade glandular" [o grifo é meu] (p. 111).

Vê-se que Freud, em seus escritos iniciais, mais descritivos do fenômeno de ansiedade, apresenta algumas observações que são congruentes com as descrições clínicas do DSM

III e de algumas hipóteses de Klein: separação dos quadros crônicos e críticos de angústia; associação com sintomas orgânicos; a "irrupção" súbita das crises, "sem proceder de um encadeamento de idéias" (o que aproxima da noção de espontaneidade); o fato de encarar a agorafobia como secundária

às crises de ansiedade.

É notável a concordância da descrição de Freud das crises de angústia, de uma neurose de angústia, como a descrição de um ataque de pânico pelo DSM-III ou pelo DSM-III-R (cf. Cap. 2).

Freud acrescenta um outro achado clínico que também é descrito nos pacientes diagnosticados atualmente como DP - os ataques de ansiedade rudimentares e "equivalentes de ataque de ansiedade". Eles seriam "estados larvais de ansiedade", nos quais um sintoma concomitante poderia constituir a totalidade do ataque.

- Quanto ao DESENVOLVIMENTO DE FOBIAS SECUNDÁRIAS, estas seriam basicamente de dois grupos:

I) "... ao primeiro grupo pertencem o medo de cobras, tempestades, escuridão, vermes, e assim por diante..." (p. 113). Refere-se ao emprego da ansiedade disponível "para reforçar aversões que estão instintivamente implantados em toda a gente". Estas fobias se devem à expectativa ansiosa: o quantum de ansiedade livremente flutuante liga-se a um conteúdo ideativo adequado.

"... o afeto não se origina de uma idéia reprimida, mas mostra não ser posteriormente redutível pela análise psicológica, nem é equacionável pela psicoterapia. Portanto, o mecanismo da substituição não se mantém para as fobias da neurose de angústia" (p. 114).

II) AGORAFOBIA. No texto "Obsessões e Fobias", de 1895 (FREUD, 1976; p. 96), Freud afirma que "... no caso da agorafobia, etc., encontramos freqüentemente a recordação de um ataque de ansiedade, e o que o paciente teme é a recorrência de tal ataque em condições especiais, nas quais acredita que não possa escapar dele".

— Outros sintomas da neurose de angústia: acordar com medo no meio da noite, vertigens, sensação de queda, perturbações digestivas e parestesias..

Nessa fase de sua obra, Freud atribui a origem da neurose de ansiedade à "... acumulação da tensão sexual, produzida pela abstinência ou pela tensão sexual não-consumada" (FREUD, 1976; p. 97).

Freud reformulou suas concepções sobre a natureza e o mecanismo psíquico da angústia no decorrer de sua obra, no sentido de compreendê-la cada vez mais como um processo psicológico e menos "naturalisticamente", como em sua fase inicial. Isso será posteriormente discutido.

COHEN e WHITE (apud WOOLEY, 1976) estudaram um quadro que denominaram astenia neurocirculatória e sumaram seus conceitos em 1972⁷. O complexo deste quadro clínico incluía

⁷COHEN, M.E., WHITE, P.D. Neurocirculatory asthenia. Concept Mil Med 137:142, 1972.

sintomas cardiovasculares como palpitações, taquicardia, dor torácica, além de fadiga, ansiedade e dispnéia. Além disso, eles afirmavam que este transtorno tinha transmissão familiar.

Em 1967, PITTS e McCLURE (PITTS e McCLURE, 1967; ACKERMAN e SACHAR, 1974; MARGRAF e cols., 1986 b.) apresentaram dados apoiando a hipótese de que os estados ansiosos estariam causalmente relacionados aos efeitos específicos do aumento do lactato sérico. Isto seria verdadeiro para todos os tipos de ansiedade. O mecanismo seria indireto: o aumento do lactato levaria a uma redução dos íons cálcio ao nível das membranas excitáveis das terminações nervosas e esse seria o elemento central do surgimento dos estados ansiosos. Abria-se a possibilidade de induzir experimentalmente estados ansiosos em condições controladas; infusão endovenosa de uma solução racêmica de lactato de sódio evocava sintomas afetivos e somáticos de ansiedade tanto em pacientes ansiosos como em controles normais, sendo que os sintomas tendiam a ser mais numerosos e mais intensos nos primeiros.

Com a descrição da SÍNDROME DO PROLAPSO DA VALVA MITRAL (SPVM), na década de 60, muitos dos sintomas de pacientes previamente diagnosticados como neurose de ansiedade passaram a ser implicados à condição cardíaca subjacente. Em ambos os distúrbios pode-se caracterizar a fadigabilidade fácil, hiperventilação, palpitação, dispnéia, apreensão e medo de ameaça à vida por um problema cardíaco (WEINSTEIN e cols., 1982). Com o surgimento do SPVM, muitos sintomas "cardíacos" que eram concebidos como manifestação da neurose de ansiedade passaram a ser explicados por uma modificação anatômica e funcional do coração, passível de ser objetivamente diagnosticada e especificamente tratada.

A ênfase na investigação sobre o SPVM em pacientes apresentando sintomas de ansiedade criou uma tendência a uma dicotomização dos aspectos psicológicos e fisiológicos do quadro clínico. Haveria dois grandes grupos de transtornos de ansiedade: um que estaria ligado principalmente a uma enfermidade psiquiátrica e outro que a ansiedade seria um sintoma do PVM. PARISER e cols. (1978) relataram a ocorrência de PVM em muitos pacientes com estados ansiosos com crise de pânico, o que estimulou vigorosamente a pesquisa da associação das duas condições.

WOOLEY (1984) propõe uma continuidade clínica e histórica entre a "Síndrome do Coração Irritável" de Da Costa, a

"Síndrome do Coração do Soldado e do Esforço", a "Astenia Neurocirculatória", a neurose de ansiedade da 2ª Guerra, a síndrome de prolapso da valva mitral e os distúrbios de ansiedade e pânico da segunda metade do século XX. Assim, o que hoje se conhece como uma entidade específica chamada DP já estaria incluída anteriormente, em parte ou quase totalmente, em quadros clínicos descritos de outra maneira. O que a psiquiatria moderna permitiu foi uma maior discriminação entre eles, segundo critérios que lhe são próprios.

A caracterização que foi dada ao pânico como entidade nosológica dentro das classificações atuais e as relações que ele estabeleceu com os demais quadros ansiosos será tema do próximo capítulo.

II. A CLÍNICA PSIQUIÁTRICA DO DP

Para compreender o tratamento dado ao Distúrbio de Pânico nas classificações de distúrbios mentais mais importantes (CID-9, DSM-III, DSM-III-R) é necessário discutir previamente alguns princípios que fundamentam a constituição de sistemas nosográficos em psiquiatria.

A psiquiatria, enquanto disciplina médica, precisa contar com um sistema de classificação das doenças que lhe são concernentes. Este sistema deve começar por uma **nomenclatura**, isto é, uma lista concordante de nomes de doenças, na qual cada nome corresponde a uma doença (Ex: CID-9, glossário e guia para classificação de Transtornos Mentais). Uma vez que a nomenclatura é apenas uma lista de nomes, na ocorrência de descrição de uma nova doença, esta pode ser simplesmente acrescentada àquela; a nomenclatura tem um caráter "aditivo".

O outro princípio para o funcionamento de um sistema de ordenação de doenças é o de que os nomes dados a estas doenças devem ser agrupados de acordo com critérios estabelecidos, isto

é, devem ser classificados. A **classificação** implica uma relação entre os nomes: as doenças com características semelhantes são dispostas na mesma classe. O critério de formação destas classes, por sua vez, dependerá dos objetivos desta classificação.

Em psiquiatria, contudo, a definição dos quadros clínicos e critérios classificatórios é um problema delicado: a etiologia e a patogenia das doenças mentais são, em sua maior parte, desconhecidas. Além disso, há diversas escolas e correntes de pensamento que a influenciam (como a neuropsicologia, a escola comportamental, a teoria psicanalítica, etc....) e que tendem a agrupar e interpretar os achados clínicos segundo seus próprios referenciais. Isso equivale a dizer que as diversas escolas aceitam a existência de diferentes quadros clínicos e os interpretam de maneiras diferentes. Outras vezes, a mesma designação empregada por diferentes escolas corresponde a conceitos bem distanciados entre si. Assim, para se possibilitar um avanço na investigação científica em psiquiatria e para uma aplicação clínica mais eficaz dos novos conhecimentos tornou-se necessária a utilização de critérios de definição e de classificação que implicassem a menor participação possível de influências teóricas. Estes critérios deveriam idealmente ater-se a fatos diretamente observáveis na clínica, tais como a semelhança de sintomas, o comportamento e o curso da doença. Uma classificação nunca é aceita simultaneamente por todas as escolas, todos os clínicos e pesquisadores. Uma classificação é antes de tudo um **"compromisso prático"** (ver CID-9, Introdução). Ela se dá em função de um objetivo mais amplo: a possibilidade de

se criar uma comunicação confiável entre os profissionais e pesquisadores, de modo que os conceitos se refiram a fatos clínicos mais uniformes e a grupos mais homogêneos de pacientes. Coerente com esses objetivos os critérios devem ser explícitos e seguidos de forma estrita.

A classificação tem um caráter menos flexível que a nomenclatura. Como classificar implica um contexto de relações entre os "nomes", quando surge uma nova doença ou uma nova descoberta relacionada a uma doença, esta é acrescentada à classificação pré-estabelecida ou a importância de sua novidade é tão profunda que pode determinar a necessidade de um rearranjo de parte ou de todo o sistema. De certa forma, foi isso o que aconteceu com o pânico.

Vejam-se, então, esquematicamente, alguns princípios que norteiam os principais sistemas classificatórios de doenças mentais atuais: a CID-9, o DSM-III e o DSM-III-R, onde encontramos o diagnóstico de DP.

Inicialmente, atende-se à CID-9:

A CID-9 tem fins primariamente estatísticos; o item "Propósitos e Estrutura da CID-9 Como um Todo" o define como:

"... uma classificação estatística de enfermidades, complicações da gravidez, do parto e do puerpério, de anomalias congênitas, de causas de morbidade e mortalidade perinatais, de acidentes, de intoxicações, violências e de sintomas, sinais e estados mórbidos mal definidos. A CID-9 é empregada principalmente na

classificação de informações de morbidade e mortalidade
para fins estatísticos."

Até a CID-9 não havia um glossário que definisse os termos utilizados nas doenças mentais. O glossário da CID-9 é composto da descrição de sintomas, padrões e síndromes mais do que de definições bem delineadas ou mutuamente excludentes. Como as definições da CID-9 são feitas de forma ampla, deixa muito do processo de decisão diagnóstica nas mãos do clínico individual (SKODOL e SPITZER, 1982).

Seus critérios de classificação para as doenças mentais não são uniformes em toda sua extensão. Tenta-se a homogeneidade dos termos a partir de uma concordância descritiva, embora fatores etiológicos e de prognósticos também sejam utilizados.

Na CID-9, os estados de ansiedade (300.0) estão classificados entre os "Transtornos Neuróticos", conforme o Quadro I seguinte:

QUADRO 1: TRANSTORNOS NEURÓTIICOS (CID-9)

300.0	Estados de Ansiedade
300.1	Histeria
300.2	Estado fóbico
300.3	Transtorno obsessivo
300.4	Depressão neurótica compulsiva
300.5	Neurastenia
300.6	Síndrome de despersonalização
300.7	Hipocondria
300.8	Outros transtornos neuróticos

Os "Estados de Ansiedade" (ver Introdução) estão definidos no Quadro II seguinte:

QUADRO II:

ESTADOS DE ANSIEDADE (CID-9)

Várias combinações de manifestações físicas e mentais de ansiedade que não podem ser atribuídas a um perigo real e que ocorrem em forma de ataques ou como um estado persistente. A ansiedade é geralmente difusa e pode chegar ao pânico. Às vezes, outras características neuróticas, tais como sintomas obsessivos ou histéricos, podem estar também presentes mas sem dominar o quadro clínico.

Inclui: Estado (neurótico) ansioso

Neurose de ansiedade

Reação ansiosa

Ataque, Estado, Transtorno de pânico

Exclui: Neurastenia (300.9)

Transtornos psicofisiológicos (306)

ESTADO FÓBICO (CID-9)

Estados neuróticos com medo anormalmente intenso de certo objetos ou de situações específicas que normalmente

não produziriam tal efeito. Se a ansiedade tende a espalhar-se de uma situação ou objetos específicos para um conjunto mais amplo das circunstâncias, torna-se idêntico ou semelhante ao estado de ansiedade e deve ser classificado como tal (300.0).

Inclui: Agorafobia

Claustrofobia

Fobias sem outras especificações

Fobias de animais

Histeria de ansiedade

Exclui: Estados de ansiedade (300.0)

Fobias obsessivas (300.3)

Assim, este sistema indica um "Transtorno de Pânico" sem, contudo, especificar suas características. Além disso, na CID-9, Agorafobia não está associada ao diagnóstico de neurose de ansiedade (isto é, um estado ansioso), mas está classificada entre os "Estados fóbicos". A descrição de "Estados de Ansiedade" do CID-9 é muito próxima daquela de "Neurose de Angústia" feita por Freud, em 1895 (ver Cap. I).

O DSM-III, por sua vez, surge em 1980 como um esforço no sentido de se criar um sistema de classificação mais replicável, válido e clinicamente mais útil. Ele tenta superar o

espaço amplo de decisão subjetiva do clínico para a escolha do diagnóstico, presente na CID-9.

O DSM-III introduz novos princípios para o estabelecimento de suas categorias diagnósticas e de sua classificação (SKODOL e SPITZER, 1982):

1) Abordagem descritiva para a definição do diagnóstico. Suas bases são características clínicas observáveis do distúrbio em termos de sinais, sintomas, curso e duração, com exceção feita às condições nas quais o papel etiológico de fatores orgânicos já estiver bem estabelecido. As doenças foram agrupadas conforme sua sintomatologia predominante.

2) Os critérios diagnósticos são específicos e explícitos.

3) Introduz pela primeira vez em uma classificação oficial, um sistema diagnóstico multiaxial (HOLMBERG, 1987).

No eixo I estão classificadas as síndromes clínicas; no II, os transtornos de personalidade; no III, os transtornos físicos potencialmente importantes; no IV, o grau de agentes estressores psicossociais potencialmente relevantes e no eixo V, o nível mais alto de funcionamento durante o último ano. Um sistema diagnóstico multiaxial não só aumenta a possibilidade de replicabilidade do diagnóstico como também leva mais em conta a complexidade da abordagem total do indivíduo.

No eixo I, descritivo, os conceitos de "neurose" e "psicose" presentes na CID-9 foram eliminados. Neste eixo I, sob o título de "Distúrbios de Ansiedade" estão dois subgrupos assim compostos:

QUADRO III: DISTÚRBIOS DE ANSIEDADE (DSM III)

1. Distúrbios fóbicos

300.21 Agorafobia com ataques de pânico

300.22 Agorafobia sem ataques de pânico

300.23 Fobia social

300.29 Fobia simples

2. Estados de Ansiedade

300.01 Distúrbio de pânico

300.02 Distúrbio de ansiedade generalizada

300.30 Distúrbio obsessivo-compulsivo

308.30 Distúrbio de stress pós-traumático agudo

309.81 Distúrbio de stress pós-traumático crônico
ou deferido

300.00 Distúrbio de ansiedade atípico

Em 1987, surge a revisão do DSM-III que ficou conhecida como DSM-III-R, que procura manter os princípios de categorização operacional de seu antecessor, o DSM-III, mas que, em seu caráter de revisão, introduz modificações ao nível da nomenclatura, nos critérios diagnósticos e na sistemática de classificação (ver quadro IV, a seguir). Estas mudanças estavam fundamentadas nos avanços do conhecimento científico sobre os distúrbios mentais e tentavam corrigir inconsistências do DSM-III que iam ficando claras à medida que a experiência com este sistema aumentava.

QUADRO IV: DISTÚRBIOS DE ANSIEDADE (DSM-III-R)

300.21	Distúrbio de pânico com agorafobia
300.01	Distúrbio de pânico sem agorafobia
300.22	Agorafobia sem história de DP
300.23	Fobia social
300.29	Fobia simples
300.30	Distúrbio obsessivo-compulsivo
309.89	Distúrbio de stress pós-traumático
300.02	Distúrbio de ansiedade generalizada
300.00	Distúrbio de ansiedade sem outra especificação

No momento atual, está em preparação, a nível mundial, uma nova edição da Classificação Internacional de Doenças, a CID-10. Ela deverá incorporar os princípios básicos de estruturação do DSM-III. Por ainda não estar concluída oficialmente, não será aqui discutida.

Estas considerações preliminares são importantes para compreender a definição do distúrbio de pânico e sua classificação nos diversos sistemas e, principalmente, para compreender os principais problemas em jogo na constituição da nosografia dos distúrbios ansiosos em que o pânico se insere.

Como se verá com relação ao caso específico dos distúrbios ansiosos (mas não só deles), é a adesão a certos postulados clínicos e/ou teóricos que definirá a estrutura básica dos critérios diagnósticos e classificatórios de cada sistema. Isso é, o ideal de um sistema classificatório permanente descritivo e ateuórico é mais uma direção a ser seguida que uma realidade concreta (ou, talvez, que uma realidade possível).

Os quadros VI e VII (no final do capítulo) mostram os critérios diagnósticos do DP e dos principais distúrbios ansiosos a ele relacionados no DSM-III e no DSM-III-R, respectivamente. Devem ser também comparados para se apreender o sentido das modificações nosográficas com o quadro II, dos critérios da CID-9.

Para que possam ser compreendidos é preciso que se estabeleçam algumas definições e problematizem-se alguns de seus conceitos.

1) Distinção entre "Ataque ou Crise de Pânico" e "Distúrbio de Pânico"

Um Ataque de Pânico (AP) supõe um estado súbito de intensa ansiedade, com a sensação de desintegração e ineficiência psíquica, de terror com sensação de morte iminente acompanhado de uma gama de sintomas físicos autonômicos, tais como palpitações, sudorese, sensação de sufocação, calafrios, tremores, vertigens, etc.

Por si só, um ataque de pânico não define o distúrbio de pânico. Um ataque de pânico pode ocorrer, por exemplo, em: 1) uma situação de intenso perigo objetivo (p.ex. numa catástrofe); 2) uma circunstância em que um paciente fóbico é exposto a seu objeto fóbico (p.ex. um paciente com fobia de ratos diante de um rato) ou a uma situação fóbica (p.ex. um paciente com uma fobia social na contingência de ter que falar em público); 3) situações em que um paciente obsessivo-compulsivo é impedido de realizar seus rituais, ou como um componente de um quadro depressivo intenso; 4) uma manifestação de uma crise tireotóxica ou, ainda, após o abuso de certas substâncias psicotrópicas (p.ex. maconha, cocaína), etc. Assim, um ataque de pânico é um sintoma inespecífico que pode estar presente em diversas entidades clínicas.

O ataque de pânico, por outro lado, é o elemento central do distúrbio de pânico, tal como definido no DSM-III e no DSM-III-R. Para isso o ataque deve obedecer certas condições e apresentar certas particularidades de modo a caracterizar este distúrbio:

- a) O ataque de pânico deve ter, em pelo menos algum momento da evolução do distúrbio, a característica de "espontaneidade" ou de ser "inesperado".
- b) Os ataques devem ser recorrentes, isto é, um ataque de pânico espontâneo isolado não constitui um distúrbio de pânico.

Veja-se o que diz o DSM-III:

"As características essenciais [do DP] consistem em ataques de pânico (ansiedade) recorrentes, que ocorrem em ocasiões imprevisíveis, embora certas situações, e.g. conduzir um automóvel, possam estar associadas com um ataque de pânico."

No DSM-III-R encontra-se:

"O achado essencial destes distúrbios são ataques de pânico recorrentes (...). Os ataques, no mínimo inicialmente, são inesperados, isto é, não ocorrem imediatamente antes ou durante a exposição a uma situação que quase sempre causa ansiedade ..."

Há outras entidades clínicas que podem apresentar AP. Se elas puderem ser caracterizadas, algumas vezes excluem o

diagnóstico de distúrbio de pânico e, noutras, podem ser anotadas como diagnóstico simultâneo. A "hierarquia" de decisão diagnóstica varia segundo cada sistema.

2) Ataque de Pânico, Ansiedade Generalizada, Ansiedade Antecipatória

Outra questão central é se os quadros de ansiedade mais crônica e menos intensa estão numa relação de continuidade com o pânico ou apresentam diferenças qualitativas. De acordo com a posição tomada com relação a esta questão, os sistemas classificatórios mostrarão diferenças significativas.

A CID-9 indica um "Transtorno de Pânico" como um diagnóstico diferente de "Neurose de Ansiedade", sendo, contudo, ambos classificados entre os "Estados Ansiosos". Em certo momento de seu glossário (ver quadro II), a CID-9 afirma:

"A ansiedade é geralmente difusa e pode chegar ao pânico" isso é, coloca a ansiedade "difusa" e o pânico dentro de um "continuum" de intensidade.

O diagnóstico de DP, por sua vez, surge no DSM-III como uma assimilação da distinção qualitativa entre "ansiedade generalizada" e as "crises espontâneas de pânico", introduzida por Klein (KLEIN, 1981).

O termo "ansiedade generalizada" define um tipo de estado ansioso com características mais crônicas e menos intensas, em geral, que incluem sinais de tensão motora,

hiperatividade autonômica, expectativa apreensiva e aumento da vigilância.

Klein fundamentou sua distinção entre estes dois tipos de ansiedade inicialmente em diferenças de resposta terapêutica ao uso de certas medicações (tranquilizantes ou imipramina) [ver Capítulo II]. Investigações posteriores preocuparam-se em verificar se esta distinção era realmente justificável e se haveria outros fatores que ampliassem as bases para a separação. Outras áreas foram apontadas como qualitativamente diferentes nos dois tipos de ansiedade.

HOLMBERG (1987) apresenta as seguintes diferenças qualitativas do DP em oposição ao DAG:

- ataques característicos de ansiedade tipo pânico com fenômenos autonômicos concomitantes;
- desenvolvimento de ansiedade antecipatória e evitação-agorafobia;
- início mais tardio (25-35 anos);
- mais freqüente em mulheres do que homens (2-7 vezes);
- risco genético alto;
- maior presença de sintomas depressivos;
- alcoolismo freqüente, mesmo entre os familiares;
- maior presença de prolapso da valva mitral;
- indução de crises de pânico pelo lactato de sódio;
- presença de outros marcadores biológicos.

ANDERSON e cols. (1984) compararam um grupo de 40 pacientes diagnosticados como DP com um grupo de 18 pacientes com diagnóstico de DAG (ambos os grupos provindos de um estudo de

membros da família de pacientes diagnosticados como DP). Neste trabalho estudaram os padrões de sintomas, idade e tipo de início, características de personalidade, curso da doença e evolução. As principais características distintivas do grupo DAG foram:

- menor presença de sintomas autonômicos;
- início mais precoce e gradual;
- curso crônico;
- evolução mais favorável.

Além disso, de maneira menos significativa, os pacientes com DAG apresentariam mais frequentemente episódios de depressão secundária. O que se pode questionar é se estas características clínicas distintivas entre os dois grupos já não teriam sido incluídas pelo próprio processo diagnóstico dos grupos (foram usados os critérios do DSM-III-R).

RASKIN e cols. (1982) compararam os históricos psiquiátricos e de desenvolvimento de pacientes com DP e DAG sem ataques de pânico. O trabalho apresenta as limitações de ser retrospectivo, com uma pequena amostra e sem um grupo de controles normais. Eles encontraram que em ambos os grupos quase todos os pacientes apresentaram uma história discernível ligada ao surgimento e exacerbações secundárias dos estados ansiosos, de modo que um padrão de precipitação dos eventos poderia ser descrito: nos pacientes com pânico as crises surgiam após experiências de separação, tais como sair para morar fora do lar, de perda ou possível perda de alguém amado. Em alguns pacientes,

os ataques surgiam em situações de conflito com as figuras de autoridade ou por ameaça de perda do papel social.

Além disso, os pacientes com DP tinham uma história muito mais frequente de um contexto ambiental na infância "altamente perturbado", isso é, "altamente derivante daquele no qual o apoio à criança fosse consistente e apropriado".

Assim, em contrapartida ao DP, surge simultaneamente um quadro ansioso "não-pânico", o DAG, cujos critérios diagnósticos no DSM-III e no DSM-III-R estão nos quadros VI e VII (no final do capítulo).

Nas características diferenciais do DP, HOLMBERG (op. cit.) fala do desenvolvimento de "ansiedade__antecipatória". Convém que ela também seja melhor definida, pois este termo introduz algumas confusões.

É claro que todo o fenômeno afetivo que possa ser chamado de "ansiedade" tem um caráter "antecipatório", isto é, tem um fundo de que "algo de ruim" está por acontecer. Dirige-se a um futuro, ocorre uma antecipação (ALONSO-FERNANDES, 1976).

Na ansiedade da DAG também há, certamente, um componente de "antecipação", o que, inclusive, está presente entre seus critérios diagnósticos e definição:

"O paciente encontra-se habitualmente apreensivo e sente-se constantemente ansioso, preocupa-se, ruma e prevê que algo de mal lhe acontecerá" (DSM III, Glossário, item DAG).

O termo "ansiedade antecipatória" refere-se à concepção de Klein, que postula que esta ansiedade seria um fenômeno secundário aos ataques de pânico repetitivos e se originaria do temor do paciente em ser surpreendido por uma nova crise de pânico:

"A maioria dos pacientes desenvolve um grau de ansiedade antecipatória após ataques de pânico repetitivos. Assim, com cada ataque sucessivo, ao invés de diminuir o nível de ansiedade a um estado basal, o nível de ansiedade intercrítica se eleva. Um interrogatório cuidadoso destes pacientes demonstra que esta ansiedade é gerada pelo medo de sofrer outra crise de pânico" (GORMAN e cols., 1984; p. 18)

Tem-se aqui os três termos que precisam ser relacionados entre si: a crise espontânea de pânico, a ansiedade generalizada e a ansiedade antecipatória.

Segundo a concepção de KLEIN (1964, 1981) e de outros autores de orientação biológica (SHEEHAN, 1982 a), as crises espontâneas e repetitivas de pânico seriam o fenômeno primordial da desordem de pânico. Elas seriam de origem fundamentalmente biológica, com importante componente genético, não sendo, por isso, totalmente redutíveis a uma compreensão psicológica. À medida que as crises de pânico se repetem, dão origem ao temor do sujeito de ser surpreendido por uma nova crise (ansiedade antecipatória) em circunstâncias nas quais o paciente não crê que

possa contar com socorro urgente ou das quais seja difícil fugir no caso de ele sentir-se mal. Passa, então, a evitar os lugares onde já teve crises anteriores por associá-los à produção dos ataques - o comportamento observável é o da agorafobia. Tal parece ter sido a posição sustentada por Freud em suas observações clínicas iniciais sobre a neurose de angústia em relação a agorafobia. Esta derivaria daquela em virtude da "recordação dos ataques de ansiedade", como visto no capítulo I.

Muitas vezes o nível de ansiedade antecipatória pode ser tão intenso que torna difícil distingui-lo das crises de pânico, o que pode levar a diagnosticar-se equivocadamente a doença do paciente como DAG. (GORMAN, 1984).

De maneira simétrica, pacientes com DAG podem ter um nível de ansiedade tão elevada que por vezes, pode assemelhar-se a um ataque de pânico. Eventualmente, estes pacientes podem mesmo sofrer ataques de pânico isolados. Diante disso, o DSM-III preconiza que não se pode diagnosticar DAG se houver antecedentes de ataques de pânico recorrentes. Já o DSM-III-R admite o diagnóstico de DAG, mesmo quando há história de ataques de pânico, desde que a ansiedade não esteja focalizada no medo de se ter um novo ataque.

3) A questão da agorafobia

A distinção qualitativa entre ataque de pânico e ansiedade generalizada, adotada pelo DSM-III e pelo DSM-III-R, não é, de forma alguma, uma área livre de controvérsias entre os pesquisadores.

MARKS (1987) não acredita que existam fundamentos suficientes que permitam dizer que entre ansiedade generalizada e o pânico existem mais que diferenças quantitativas. Marks acredita que o que ocorre é a existência de dois tipos de pacientes com crises de pânico: aqueles que têm crises de pânico quando expostos a situações fóbicas - daí associação pânico e agorafobia - e aqueles pacientes com crises de pânico não situacionais. Isso não implica aceitar que estas últimas sejam crises "espontâneas". Este autor acredita que crises de pânico não-situacionais ocorram tanto em pacientes agorafóbicos como nos não-agorafóbicos. Ele contesta o termo "espontâneo", pois acha que deve haver um desencadeante não-claro, "oculto", mas concreto para as crises"

"Especulações sobre possíveis precipitantes da ansiedade não-situacional variam desde descargas do locus cerúleo até fantasias inconscientes. Tais especulações são difíceis de avaliar na ausência de dados bem controlados" (MARKS, 1987; p. 1161)

A concepção de Marks supõe que a agorafobia é uma fobia como qualquer outra, apresentando algumas características próprias. Seu objeto, ou situação fóbica específicas, seria os lugares públicos, logo são objetos "não múltiplos" e "frequentes". Além disso, na agorafobia seriam encontrados mais sintomas ansiosos não-fóbicos (como pânico não-situacional, tensão, depressão e despersonalização). O que o paciente teme na

agorafobia são certas circunstâncias. O pânico que lhes ocorre não seria uma "crise espontânea", mas, antes disso, ataques de pânico da mesma natureza daqueles que ocorrem com qualquer outro paciente fóbico quando exposto a seu estímulo fóbico.

Há controvérsia na distribuição temporal dos acontecimentos. A escola que segue a linha iniciada por KLEIN preconiza a precedência das crises de pânico. A agorafobia seria um fenômeno secundário a estas crises. Autores que concebem a agorafobia como fenômeno independente, como MARKS e notadamente pesquisadores de orientação comportamental, tendem a separar a agorafobia do distúrbio de pânico e defendem que há vários tipos de início para a agorafobia, tais como aqueles graduais que iniciam com ansiedade leve e que, com o tempo, podem chegar até o pânico. Não haveria, portanto, apenas a evolução pela repetição de crises de pânico imotivadas.

Esta indecisão de se a agorafobia é apenas um fenômeno secundário do pânico ou se é uma fobia independente permanece presente nos sistemas classificatórios.

A CID-9 separa "os estados ansiosos" (onde localiza o "transtorno de pânico") do "estado fóbico" (onde classifica a agorafobia), concebendo, ao que assim parece, os dois fenômenos como independentes entre si.

O DSM-III, sob influência das teorias de Klein, introduz 4 categorias diagnósticas que devem ser discutidas:

a) A agorafobia com AP (300.21) e a agorafobia sem pânico (300.22), classificadas entre os distúrbios fóbicos (Quadro VI); e

b) O distúrbio de pânico (300.01) e o distúrbio de ansiedade generalizada (300.02), classificados entre os estados de ansiedade (Quadro VI).

O DSM-III dá primazia ao conceito de agorafobia, a qual pode ou não apresentar crises de pânico. Se um paciente tiver um quadro clínico de DP e apresentar sintomas agorafóbicos, deve ser diagnosticado como Agorafobia com ataques de pânico. Assim, vê-se que o DSM-III assimilou muito mais as concepções de Klein que propõem a separação entre pânico e ansiedade generalizada do que aquelas que atribuem à agorafobia um papel de sintoma secundário às crises de pânico.

Já o DSM-III-R, em relação à agorafobia, apresenta uma autêntica "formação de compromisso". Ele não estabelece mais a distinção entre os estados ansiosos e os fóbicos, agrupando todos sob o título de "distúrbios de ansiedade" [ver Quadro IV].

O distúrbio de pânico passa a ser a referência para a classificação. Desaparece a categoria de agorafobia com ataques de pânico. O distúrbio de pânico passa a ter duas subcategorias:

a) DP com agorafobia (300.21);

b) DP sem agorafobia (300.01) (Quadro VII).

Invertem-se os critérios de prioridade diagnóstica:

Agorafobia sem história de desordem de pânico (300.22)

só é diagnosticado se não preencher os critérios para DP. O DSM-III-R admite, contudo, que na Agorafobia sem pânico possa haver sintomas limitados de crise de pânico.

A posição de "compromisso" do DSM-III-R manifesta-se mais claramente na presença de duas definições, ou duas

critérios diagnósticos, para agorafobia ligeiramente diferentes, mas em pontos significativos.

Nos critérios diagnósticos para "DP com agorafobia", o item B descreve "agorafobia" da seguinte forma:

"B. Agorafobia: medo de estar em lugares ou situações dos quais escapar possa ser difícil (ou embaraçoso) ou no qual socorro possa não estar disponível na eventualidade de um ataque de pânico (inclui casos nos quais haja comportamento de evitação persistente originado durante uma fase ativa da DP, mesmo se a pessoa não atribui seu comportamento de evitação a medo de ter um ataque de pânico)..." [o grifo é meu]

Já, para definir "Agorafobia sem história de DP", encontra-se:

"A Agorafobia é um medo de estar em lugares ou situações das quais escapar possa ser difícil (ou embaraçoso), ou no qual socorro possa não estar disponível na eventualidade de um desenvolvimento súbito de (um) sintoma(s) que poderia(m) ser incapacitante(s) ou extremamente embaraçoso(s). Os exemplos incluem: vertigens ou quedas, despersonalização ou desrealização, perda do controle da bexiga ou dos intestinos, vômito ou desconforto cardíaco ..." [o grifo é meu]

Aqui desaparecem justamente as referências aos ataques de pânico.

As conclusões a que se pode chegar são:

1. O DSM-III-R admite que a agorafobia pode ser tanto um fenômeno secundário ao pânico como um fenômeno independente do pânico.

2. O termo agorafobia perde seu valor descritivo. Utiliza-se o mesmo nome para designar situações nas quais o sujeito teme sofrer um ataque de pânico, bem como em outras nas quais teme outros tipos de mal estar, mas não teme uma crise de pânico especificamente com relação a situação ambiental.

Disso, pode-se concluir que concepções discordantes sobre fatos clínicos similares manifestam-se por uma maior ou menor representação ao nível da nosografia.

A nosografia, por vezes, precisa adaptar-se para comportar as áreas de disputa de pontos de vista científico (o que evidentemente tem implicações extracientíficas que não estão no âmbito desta tese discuti-las). A assimilação de uma teoria pela nosografia, por sua vez, dá a esta teoria um caráter de "posição oficial" que influencia os trabalhos de pesquisa subsequentes no sentido de eles tende a se estruturar de forma a confirmar ou a refutar estas proposições "oficiais".

4) Distúrbio de Pânico e Depressão Maior (DM)

Do ponto de vista das características de apresentação clínica o DP e a DM mostram inúmeras sobreposições.

Em estudo realizado em 1979, CAETANO (1985), procurou estabelecer uma diferenciação entre pânico e depressão de ponto de vista fenomenológico. Aplicando o PSE, este autor

encontrou as seguintes características em comum entre DP e as síndromes depressivas quanto a sintomatologia: irritabilidade, cansaço, perda de interesse, idéias de suicídio, insônia inicial, dificuldade de concentração, desassossego e hipocondria.

CLONNIGER e Cols (1981) estudando a história de pacientes com DP encontraram que 97% destes apresentavam humor depressivo e 75% apresentavam uma síndrome depressiva.

BREIER e Cols (1984) estimaram que cerca de um terço dos pacientes com DP, com ou sem agorafobia, desenvolviam DM secundária, enquanto 22% haviam tido um episódio de depressão maior antes de desenvolverem o DP.

LESSER e RUBIN (1986), revisando a literatura, encontraram que a incidência relatada de episódio depressivo maior no DP variava de 28 a 90%.

LESSER e cols. (1988) estudando a sintomatologia depressiva em 481 pacientes com DP e evitação fóbica encontraram 31% dos casos com pelo menos um episódio de DM após o início do DP.

Estes e outros trabalhos mostram a possibilidade de semelhança da apresentação dos dois quadros. Além disso, a resposta de ambos ao tratamento com antidepressivos levou à suspeita que o DP fosse uma forma de "depressão mascarada". Talvez por isso, num primeiro momento da investigação sobre o DP tivesse sido importante marcar-se uma diferença entre DP e DM ao nível nosográfico. Assim, o DSM-III inclui a depressão maior como um dos diagnósticos diferenciais tanto da Agorafobia com ataques

de pânico como do Distúrbio de Pânico.

À medida que foram ampliados as investigações surgiram sugestões de que DP e DM podiam ser diferenciados sob diversos aspectos:

1) Fenomenológico - CAETANO (1985) mostrou que DP e distúrbios depressivos podiam ser separados em torno de algumas características específicas.

- Distúrbio de pânico - ataque de pânico, dores tensionais, ansiedade autonômica livre-flutuante, ansiedade autonômica situacional, ansiedade autonômica ao encontrar pessoas, fobias específicas, evitação de situações ansiogênicas e ansiedade observada durante a entrevista.

- Distúrbios depressivos - humor deprimido, depressão pior pela manhã, retardamento psicomotor subjetivo, depressão observada durante a entrevista, perda de interesse e insônia terminal.

2) Achados genéticos e familiar (CLONINGER e Cols. 1983; TORGENSEN, 1983).

- 3) A resposta farmacológica do DP a drogas não-antidepressivas como a Alprazolam e o Clonazepam e a doses sub-terapêuticas de antidepressivos em relação à depressão.
- 4) Evidências clínicas de que a melhora clínica com antidepressivos não depende diretamente da presença de depressão.
- 5) A resposta de supressão da suprarrenal pelo uso de dexametazona parece só estar alterada entre os pacientes com DM mas não com DP (SHEEHAN e Cols, 1983; LIEBERMAN e Cols, 1983).
- 6) Estudos polissográficos do caso indicam que há uma tendência à produção mais rápida do sono REM, na depressão mas não na ansiedade, (AKISKAL, 1986).

Assim, o DSM III-R não exclui o diagnóstico de DP na presença de DM.

5) Pânico e Somatização

Muitos pacientes com distúrbios de somatização tem queixas médicas múltiplas e visitam repetidamente ao médico. Embora eles possam estar ansiosos com relação à sua saúde eles raramente têm um episódio agudo de ansiedade, característico do DP. No DSM III-R os distúrbios somatoformes não excluem o DP.

**QUADRO V. POSIÇÕES DOS SISTEMAS DE CLASSIFICAÇÃO COM RELAÇÃO
AS PRINCIPAIS DISCORDÂNCIAS TEÓRICO-CLÍNICAS
QUANTO AO DP**

	Distúrbio do Pânico x Ansiedade Generalizada	Agorafobia x DP	Estados de Ansiedade Distúrbios Fóbicos	Distúrbios objetivos (Depressão Maior) e Distúrbios somatoformes
CID-9	Continuum	Eventos independentes	separados	são eventos separados do pânico
DSM-III	- entidades separadas - história de DP exclui DAG	Agorafobia é o eixo organizador da classificação	separados	excluem o diagnóstico de DP
DSM-III-R	- entidades separadas - história de DP só exclui DAG se o conteúdo da ansiedade for medo de crises	Pânico é o eixo organizador da classificação Agorafobia é definida de forma ambígua	fazem parte do mesmo grupo	são diagnósticos adicionais ao DP

QUADRO VI: CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO DSM-III

DISTÚRBIO DE PÂNICO

- A. Pelo menos 3 AP num período de três semanas, em circunstâncias em que não se verifiquem exercícios físicos violentos ou situações de perigo de vida. Os ataques não são exclusivamente provocados pela exposição a um determinado estímulo fóbico.
- B. Os AP manifestam-se por períodos discretos de apreensão ou medo. Durante cada ataque verificam-se, pelo menos, 4 dos seguintes sintomas:
1. Dispnéia;
 2. Palpitações;
 3. Mal estar ou dores torácicas;
 4. Sensações de sufocação ou estrangulamento;
 5. Tonturas, vertigens ou sensações de instabilidade;
 6. Sentimentos de irritabilidade;
 7. Parestesias (formigueiros nas mãos ou nos pés);
 8. Arrepios de calor ou frio;
 9. Suores;
 10. Desmaios;
 11. Tremores ou estremecimentos;
 12. Medo de morrer, enlouquecer ou cometer um ato descontrolado durante o ataque.

(cont.)

C. Não provocado por um distúrbio físico ou outro distúrbio mental, como Depressão Maior, Distúrbio de Somatização ou Esquizofrenia.

D. O distúrbio não está associado com Agorafobia.

AGORAFOBIA

A. O indivíduo tem medo acentuado, evitando assim estar sozinho ou em lugares públicos, donde possa ser difícil sair, receia a inexistência de socorro em caso de doença súbita, por exemplo, multidões, túneis, pontes, transportes públicos.

B. As atividades normais tornam-se cada vez mais limitadas à medida que o medo ou o evitamento dominam a vida do indivíduo.

C. Não provocada por um evento depressivo maior, distúrbio obsessivo-compulsivo, distúrbio paranóide da personalidade ou esquizofrenia.

COM ATAQUES DE PÂNICO

Existem antecedentes de ataques de pânico (os quais podem ser atuais ou não) associados com o comportamento de

(cont.)

evitamento (medo antecipado de ter tais ataques ou recusa de encarar uma variedade de situações associadas a estas).

SEM ATAQUES DE PÂNICO

Ausência de antecedentes de ataques de pânico.

DISTÚRBO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

A. Manifesta-se uma ansiedade generalizada e persistente pelos sintomas de pelo menos três das quatro categorias abaixo:

- (1) Tensão motora: estremecimento;
- (2) Hiperatividade neurovegetativa;
- (3) Expectativa apreensiva;
- (4) Vigilância e atitude de "esquadrinhar".

B. Humor ansioso, persistente, durante, pelo menos, 1 mês.

C. Não provocado por um outro distúrbio mental, como Distúrbio Depressivo ou Esquizofrenia.

D. Com, pelo menos, 18 anos de idade.

QUADRO VI

A) CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DO DSM-III-R

DISTÚRPIO DE PÂNICO

- A. Em algum momento durante a perturbação, uma ou mais crise de pânico (discreto período de intenso medo e desconforto) ocorriam e eram (1) inesperadas, isto é, não ocorrem quase imediatamente antes ou em exposição da situação que quase sempre causa ansiedade e (2) não foram desencadeadas em situação na qual a pessoa era o foco da atenção de outros.
- B. Quatro crises, como definido no critério A, ocorreram no período de quatro semanas ou uma ou mais crises foram seguidas por um período de pelo menos um mês de persistente medo de ter outra crise.
- C. Pelo menos quatro dos seguintes sintomas se desenvolveram durante ao menos uma das crises:
- (1) diminuição do fôlego (dispnéia) ou sensações de sufocação;
 - (2) vertigens, sensação de instabilidade ou de desmaios;
 - (3) palpitações ou aceleração da frequência cardíaca (taquicardia);
 - (4) tremor ou abalos;

(cont.)

- (5) sudorese;
- (6) sufocação;
- (7) náusea ou desconforto abdominal;
- (8) despersonalização ou desrealização;
- (9) entorpecimento ou sensação de formigamento (parestésias);
- (10) rubor (ondas de calor) ou calafrios;
- (11) dor ou desconforto torácico;
- (12) medo de morrer;
- (13) medo de ficar louco ou fazer algo incontrolável.

NOTA: crises envolvendo quatro ou mais sintomas são crises de pânico; crises envolvendo menos de quatro sintomas são crises de sintomas limitados (ver Agorafobia sem história de Distúrbio de pânico).

D. Durante pelo menos alguma das crises, ao menos quatro dos sintomas do item C desenvolveram-se subitamente e aumentaram de intensidade nos 10 minutos do início do primeiro sintoma de C notificado na crise.

E. Não pode ser estabelecido que um fator orgânico iniciou e manteve a perturbação, exemplo, Intoxicação por Anfetamina ou Cafeína, Hipertireoidismo.

NOTA: Prolapso de valva mitral pode ser uma condição associada, mas não exclui um diagnóstico de Distúrbio de Pânico.

TIPOS DE DISTÚRPIO DE PÂNICO

B) CRITÉRIO DIAGNÓSTICO PARA 300.21 - DISTÚRPIO DE PÂNICO COM AGORAFOBIA DSM-III

A. Preenche os critérios para Distúrbio de Pânico

B. Agorafobia: medo de ficar em lugares ou situações das quais escapar possa ser difícil (ou embaraçoso) ou na qual o socorro possa não estar à disposição no caso de uma crise de pânico (inclui casos no qual comportamentos de evitação persistentes originados durante uma fase ativa do Distúrbio de Pânico, ainda que a pessoa não atribua ao comportamento de evitação ao medo de ter uma crise de pânico). Como resultado desse medo, a pessoa restringe as viagens ou precisa de companhia quando sai de casa, ou senão suporta a situação agorafóbica apesar de intensa ansiedade. Situações agorafóbicas comuns incluem estar fora de casa sozinho, estar em multidão ou em filas, estar em uma ponte, viajar de ônibus, trem ou carro.

- Especificar a Severidade Atual da Evitação Agorafóbica

LEVE: alguma evitação (ou tolerância sob situação de desconforto), mas estilo de vida relativamente normal,

(cont.)

exemplo, viaja sem companhia quando necessário, como também consegue trabalhar ou fazer compras; de contrário evita viajar sozinho.

MODERADO: A evitação resulta em um estilo de vida mais retraído, exemplo, a pessoa é capaz de sair de casa sozinha, mas não vai mais que alguns quilômetros desacompanhada.

SEVERA: A evitação resulta em ficar por perto ou completamente restrito ao lar, ou incapaz de sair de casa desacompanhado.

EM REMISSÃO PARCIAL: Não tem evitação agorafóbica atual, mas alguma evitação agorafóbica durante os últimos 6 meses.

EM TOTAL REMISSÃO: Não tem evitação agorafóbica atual e nem durante os últimos 6 meses.

- Especificar a Severidade Atual das Crises de Pânico

LEVE: Durante o último mês, ou todas as crises tiveram sintomas limitados (isto é, menos que quatro sintomas), ou não tiveram mais que uma crise de pânico.

MODERADA: Durante o último mês as crises eram intermediárias entre "leve" e "severa".

SEVERA: Durante o último mês houve pelo menos oito crises de pânico.

EM REMISSÃO PARCIAL: A condição estava numa posição intermediária entre "total remissão" e "leve".

TOTAL REMISSÃO: Durante os últimos 6 meses não teve pânico nem sintomas limitados de crise.

C) CRITÉRIO DIAGNÓSTICO PARA 300.01 - DISTÚRBO DO PÂNICO SEM AGORAFOBIA DSM-III-R

A. Preenche os critérios para Distúrbios do Pânico.

B. Ausência de agorafobia como definido acima.

- Especificar a severidade atual das crises de pânico, como definido acima.

D) CRITÉRIO DIAGNÓSTICO PARA 300.22 - AGORAFOBIA SEM HISTÓRIA DE DISTÚRBO DE PÂNICO DSM-III-R

A. Agorafobia: medo de ficar em lugares ou situações das quais escapar possa ser difícil (ou embaraçoso) ou de onde o socorro possa não estar à disposição no caso de desenvolver subitamente sintomas que poderiam ser incapacitantes ou extremamente embaraçosos, exemplos: vertigens ou quedas, perda do controle da bexiga ou do

(cont.)

intestino, vômito ou desconforto cardíaco. Como resultado desse medo, a pessoa ou restringe as viagens ou precisa de companhia quando sai de casa; ou senão suporta situações agorafóbicas ou de intensa ansiedade. Situações agorafóbicas comuns incluem estar fora de casa sozinho, estar em multidões ou em filas, estar em uma ponte e viajar de ônibus, trem ou carro.

B. Nunca preencher os critérios para Distúrbios do Pânico

- Especificar se o paciente está com ou sem sintomas de crises limitadas.

E) CRITÉRIO DIAGNÓSTICO PARA 300.02 - DISTÚRPIO DE ANSIEDADE GENERALIZADA DSM-III-R

A. Ansiedade excessiva ou não realística (expectativa apreensiva) sobre duas ou mais circunstâncias de vida, exemplo, preocupação sobre a possibilidade de ocorrer algo de trágico para uma criança próxima (que não está em perigo) e preocupação sobre finanças (sem uma boa razão); por período de 6 meses ou mais durante o qual a pessoa ficou a maior parte do tempo incomodada por essas preocupações. Em crianças e adolescentes, isto pode tomar

(cont.)

a forma de ansiedade e preocupação sobre o desempenho acadêmico, atlético e social.

B. Se outro distúrbio do eixo I está presente, o foco da ansiedade e preocupação no item A não está relacionado a este outro distúrbio, exemplo: a ansiedade ou preocupação não é sobre ter crise de pânico (como no Distúrbio de Pânico), ficar embaraçado em público (como na Fobia Social), ficar contaminado (como no Distúrbio Obsessivo Compulsivo) ou sobre o ganho de peso (como na Anorexia Nervosa).

C. A perturbação não ocorre somente durante o curso de um distúrbio de humor ou de um distúrbio psicótico.

D. Pelo menos 6 dos 18 sintomas seguintes estão freqüentemente presentes quando o indivíduo está ansioso (não inclui os sintomas que só estão presentes apenas durante a crise de pânico):

TENSÃO MOTORA

- (1) Tremor, contrações, sentir-se trêmulo (fraco);
- (2) Tensão muscular, dores, irritação;
- (3) Inquietação;
- (4) Fadiga fácil;

(cont.)

HIPERATIVIDADE AUTONÔMICA

- (5) Diminuição do fôlego ou sensação de sufocamento;
- (6) Palpitação ou aceleração da frequência cardíaca (taquicardia);
- (7) Sudorese ou mãos úmidas e frias;
- (8) Boca seca;
- (9) Vertigens, sensação da "cabeça estar rodando";
- (10) Náuseas, diarreia ou outro desconforto abdominal;
- (11) Rubor (ondas de calor) ou calafrios;
- (12) Micção frequente;
- (13) Dificuldades para engolir ou "nó na garganta".

VIGILÂNCIA E OBSERVAÇÃO

- (14) Sensação de tensão;
- (15) Resposta de susto exagerada;
- (16) Dificuldade de concentração ou "branco na mente" por causa da ansiedade;
- (17) Problemas de iniciar o sono ou se manter dormindo;
- (18) Irritabilidade.

E. Não pode estar estabelecido que um fator orgânico iniciou ou manteve o distúrbio, exemplo: Hipertireoidismo, Intoxicação por cafeína.

III. O FENÔMENO DO PÂNICO: ENTRE AS CIÊNCIAS NATURAIS E AS CIÊNCIAS HUMANAS

Em seguida à publicação do DSM-III, houve um enorme aumento nas pesquisas sobre os ataques de pânico. Talvez devido ao fato dos estudos com drogas terem sido o maior estímulo para a criação da categoria diagnóstica de desordem de pânico, desenvolveu-se modelos fundamentalmente biológicos para explicar este distúrbio. Isto estava associado aos diversos achados de caráter aparentemente biológicos ligados aos ataques (especificidade de resposta clínica a certos medicamentos, possibilidade da indução química, incidência familiar aumentada, associação com prolapso da valva mitral, espontaneidade das crises, etc.).

Vejam-se alguns destes modelos biológicos.

Conforme já visto no capítulo I, KLEIN (1980, 1981) desenvolve um modelo baseado no papel da espontaneidade dos ataques de pânico, postulando uma distinção básica entre os ataques de pânico e outros tipos de ansiedade. Os ataques de pânico seriam "espontâneos" e representariam uma disfunção

biológica específica.

Klein relaciona os ataques de pânico à ansiedade de separação. O comportamento dependente e de busca de auxílio dos pacientes com pânico lembraria as reações de animais jovens ou de crianças separadas de suas mães. Este comportamento indicaria um mecanismo inato, tanto em animais como em humanos, que seria ativado por estímulos de separação de um vínculo importante. O mecanismo inato de alarme consistiria de um componente de protesto e de um componente de desespero, concebidos por Klein como correspondentes aos dois primeiros estágios da resposta à separação da mãe (ou figura protetora), propostas por BOWLBY (1984). O componente de desespero incluiria a resposta de pânico. Klein especula que nos pacientes com pânico este mecanismo seria ativado por estímulos mínimos ou inexistentes, pois seu limiar para o alarme estaria cronicamente rebaixado.

A figura seguinte (retirada de MARGRAF, 1986a) representa esquematicamente o modelo de Klein:

MODELO	EVIDÊNCIA APRESENTADA
POSSÍVEL ANTECEDENTE PREDISPONENTE: SEPARAÇÃO DE UM ESTÍMULO SOCIAL ESPECÍFICO COM O QUAL HAVIA DESENVOLVIMENTO UM VÍNCULO.	PESQUISAS DE BOWLBY; OBSERVAÇÕES DE CRIANÇAS COM ESCOLARES; EFEITO TERAPEÚTICO SOBRE ANSIEDADE CAUSADA POR SEPARAÇÃO, EM CRIANÇAS E ANIMAIS.
PROTESTO INATO (NÃO-CONDICIONAL), COMPORTAMENTO DE BUSCA DE AUXÍLIO E PÂNICO (MECANISMO INATO DE ALARME)	
DESENVOLVIMENTO DE ATAQUES DE PÂNICO: LIMAR BIOLÓGICO PATOLOGICAMENTE REBAIXADO LEVA À ATIVAÇÃO DE UM MECANISMO DE ALARME, INATO INDEPENDENTE DO ESTÍMULO EXTERNO = ATAQUE DE PÂNICO ESPONTÂNEO.	ESTUDOS FAMILIARES; ESTUDOS DE INDUÇÃO DE PÂNICO COM LACTATO DE SÓDIO; BLOQUEIO DAS CRISES DE PÂNICO "NATURAIS" E INDUZIDAS PELO LACTATO, COM O USO DE ANTIDEPRESSIVOS.
DESENVOLVIMENTO DE AGORAFOBIA (NÃO INEVITÁVEL) A EXPERIÊNCIA DOS ATAQUES DE PÂNICO LEVA À ANSIEDADE ANTECIPATÓRIA E EVITAÇÃO DAS SITUAÇÕES NAS QUAIS OS ATAQUES OCORRERAM.	OBSERVAÇÃO CLÍNICA DO DESENVOLVIMENTO DOS SINTOMAS; BLOQUEIO DA ANSIEDADE ANTECIPATÓRIA NAS NÃO DOS ATAQUES DE PÂNICO COM O USO DE BENZODIAZEPÍNICOS
GENERALIZAÇÃO DA ANSIEDADE ANTECIPATÓRIA E EVITAÇÃO DE MUITAS SITUAÇÕES.	

De modo similar a Klein, SHEEHAN (1982b) aceita que os ataques de pânico espontâneos são uma entidade distinta de outras formas de ansiedade e propõe que a causa dos ataques de pânico seja puramente metabólica:

"Até recentemente, o distúrbio de pânico era visto quase exclusivamente em termos psicológicos. Acreditava-se que o paciente estava superreagindo a um estresse da vida ou a um conflito 'inconsciente'. Um corpo crescente de evidências sugere que nós revisemos esta visão em favor de um modelo médico de doença. Este modelo sugere, em contraste com a ansiedade situacional relacionada ao estresse, que o distúrbio de pânico esteja associado com uma anormalidade bioquímica do sistema nervoso, para a qual há uma vulnerabilidade genética." (SHEEHAN, 1982; p. 156)

Esquemáticamente, sua hipótese supõe uma disposição sequencial dos eventos:

- 1º) vulnerabilidade genética; isto é, uma disposição herdada sobre a qual o sujeito não tem qualquer responsabilidade;
- 2º) anormalidade bioquímica cerebral;
- 3º) surgimento das crises de pânico;
- 4º) reação do indivíduo ao surgimento da "doença", segundo os fatores de sua própria "personalidade prévia".

Sobre este aspecto Sheehan comenta:

"Estas respostas [mal adaptativas] - aprendidas em geral - começam somente depois do início dos ataques de pânico espontâneos e súbitos e seriam [as respostas] reforçadas por e secundárias a este distúrbio nuclear biológico central." (SHEEHAN, 1980; p. 59)

Assim, todas as formas de psicoterapia seriam secundárias ou sem importância no tratamento das crises de pânico do DP.

"... a função primária da psicoterapia com estes pacientes está em preparar o paciente a encarar o objeto ou a situação fóbica, o que resulta numa extinção in vivo de sua ansiedade antecipatória. Esta tática raramente é efetiva ou duradoura, a menos que os ataques espontâneos de ansiedade sejam primeiro adequadamente controlados por drogas." (SHEEHAN, 1980; p. 55)

Pode-se ver que este modelo que considera o ataque de pânico como elemento primário e biologicamente determinado de uma condição específica - o distúrbio de pânico - tem implicações diretas no manejo clínico dos pacientes. Contudo, o seguimento estrito de modelos biológicos incorre em uma postura reducionista, uma vez que tenta explicar inteiramente um fato psicológico (o pânico) por uma linguagem neurobiológica.

A descoberta de elementos biológicos associados aos ataques de pânico traz à tona a antiga questão das relações entre

os estados cerebrais e os estados mentais.

Convém, portanto, que se discutam alguns pressupostos, subjacentes a estes modelos biológicos, que igualam o fenômeno psíquico do pânico a uma "doença" metabólica cerebral com bases genéticas. Em outras palavras, o que se deseja é trazer alguns elementos para discutir a possibilidade de uma tradução total de um fenômeno psicológico - o pânico - nos termos de uma linguagem neurobiológica. Evidentemente, o objetivo não é elucidar a eterna discussão sobre as possíveis "pontes" entre o cérebro e o psiquismo. É, antes de tudo, problematizar os pressupostos e as possibilidades de um modelo biológico estrito.

Inicialmente, deve-se ressaltar justamente que há diferentes formas de abordar cientificamente os fenômenos mentais, que se circunscrevem a diferentes fundamentos epistemológicos.

As relações entre o cérebro e psiquismo passam pelo debate entre o materialismo e o idealismo. WIDLOCHER (1986, p. 231) assinala de forma sintética:

"O materialismo acredita profundamente que não há pensamento sem cérebro (...). O idealista, com efeito, pode muito bem admitir que todo ato de pensamento é produzido por um cérebro, mas o que lhe importa é afirmar que não há cérebro sem pensamento; em outros termos, que o real só é apreensível se construído, organizado num sistema conceitual."

O acontecimento neurológico e o acontecimento psíquico, contudo, só são dois fenômenos distintos pelo "recorte" introduzido pelo observador. É possível descrever os fenômenos que acontecem com os neurônios separadamente daqueles que acontecem ao nível psíquico, mas apenas por um artifício da percepção.

WIDLOCHER (1986, p. 232) aponta que o central neste debate é a questão do reducionismo:"

"Para o biólogo 'materialista', tudo decorre do princípio de que a todo acontecimento psicológico corresponde um acontecimento fisiológico, ou então se trata do mesmo."

Neste nível, o objetivo dos organicistas é descrever o mental a partir de estados neuronais concomitantes. Este seria o reducionismo__descritivo: a suposição de que a todo enunciado em uma linguagem psicológica corresponde um enunciado em linguagem neurobiológica.

O modelo de Sheehan para o pânico, se tomado em um sentido estrito, implica não apenas um reducionismo__descritivo, em que a um estado particular do cérebro corresponde certo estado psíquico, mas também um reducionismo__explicativo, isto é, uma relação causal entre o fenômeno neurobiológico e o fenômeno psicológico.

Considerem-se algumas concepções que ajudem a problematizar as relações entre um achado neurobiológico com os processos psíquicos concomitantes.

O final do século XIX e o início do século XX foram dominados, em grande parte, pela tendência positivista e cientificista. A ciência era regida por um rigoroso determinismo que não dava margem a qualquer arbítrio ou ao imponderável. Os fenômenos psíquicos também recebiam este tratamento objetivista. BROCA (1824-1880) anuncia a descoberta do centro cerebral da linguagem articulada; FECHNER (1801-1887) propõe a quantificação dos fenômenos psicológicos.

O próprio FREUD iniciou suas investigações sobre o psiquismo humano com estrita adesão a princípios materialistas e fisicalistas. Freud era um neurobiólogo e suas pesquisas começaram pelo projeto de elaborar uma teoria das neuroses com bases na neurofisiologia. É útil acompanhar um pouco da trajetória de Freud na tentativa de explicar os processos psíquicos a partir de suas bases neurológicas. Em seu "Projeto para uma psicologia científica", de 1895, Freud tenta inscrever sua psicologia no quadro das ciências naturais, o que fica claro já em sua introdução:

"Neste Projeto, procuramos introduzir a psicologia no quadro das ciências naturais, isto é, representar os processos psíquicos como estados quantitativamente determinados de partículas materiais discerníveis; e isso a fim de torná-los evidentes e incontestáveis. Esse Projeto comporta duas idéias principais:

- 1) O que distingue a atividade do repouso [do psiquismo] é de ordem quantitativa; a quantidade (Q) encontra-se

submetida às leis gerais do movimento;

2) As partículas materiais em questão são os neurônios." (p. 395)

Este tipo de concepção implica a aceitação de que o psiquismo está igualado às partículas materiais sobre as quais se assenta, o que justificaria o uso do método empírico das ciências naturais em sua abordagem.

Em relação ao meio científico em que tal "Projeto" pôde surgir, RICOUER (1977) lembra que "Freud vê e verá na ciência a única disciplina do conhecimento, a regra exclusiva de toda a probidade intelectual, como visão de mundo exclusiva de qualquer outra, ..." (p. 70)

Tanto em Viena como em Berlim da época tomava força, em biologia, "uma teoria físico-fisiológica fundada na idéia de força, de atração e de repulsão, regida pelos princípios da conservação de energia, descoberto por Robert Mayer em 1842 e realçado por Helmholtz. Seguindo esse princípio, a quantidade total das forças (motrizes e potenciais) permanece constantemente num sistema isolado. O "Projeto" tem o intuito de manter até o fim a hipótese de constância em regiões novas em que não havia sido comprovado: ao "sistema do pensamento observador julgador" (RICOUER, 1977).

Freud estava ligado à tradição de Herbart, que, desde 1824, manifestava-se contra o livre-arbítrio e ligara a questão do determinismo à motivação inconsciente e aplicara uma terminologia da física à dinâmica do psiquismo. O princípio da

constância de Freud é muito próximo das concepções de Herbart sobre a "busca de equilíbrio" ser o princípio direto dessa psicologia matemática. Mesmo quando, posteriormente, Freud renuncia a toda base anatômica para seu sistema psíquico, é sobre as concepções de Herbart e Fechner que ele reestabelece o lugar da psicologia (RICOUER, 1977).

O "Projeto" de Freud, sublinha Ricoeur, "aparece como o maior esforço que Freud jamais fez para coagir uma massa de fatos psíquicos a ingressar no quadro de uma teoria quantitativa" (p.71).

Freud abandona, em seus trabalhos, esta concepção "realista" do psiquismo numa evolução que vai desde seu "não acredito mais em minha neurótica ..." (trecho da carta de Fliess de 21/09/1897), quando começa a abandonar sua teoria traumática das neuroses, até sua elaboração teórica do capítulo VII da "Interpretação dos Sonhos", de 1900.

RICOUER (1977) defende a hipótese de que Freud tenta em seu "Projeto" fazer uma descrição dos processos psíquicos segundo uma lógica "econômica", "quantitativa", ligada aos paradigmas das ciências naturais, isto é, tenta abordar o psiquismo como fenômeno passível de explicação causal. Já na "Interpretação dos Sonhos", a proposição de Freud é a de que os processos psíquicos deveriam ser compreendidos dentro de relações de sentido, na articulação entre um sentido expresso e um sentido latente, relações estas não quantificáveis. O sentido procurado estaria oculto sob um conteúdo manifesto e o procedimento básico seria a interpretação do primeiro a partir das vicissitudes do segundo.

PORTELA NUNES (1988; p. 1086) afirma:

"Enquanto que no 'Projeto' Freud postula a existência de uma energia cujo suporte material seria constituído pelos neurônios, na 'Interpretação dos Sonhos', em contraste, ele fala do desejo e do investimento das representações. Na tópica do capítulo VII, os lugares tornam-se metafóricos e não mais anatômicos."

Contudo, esta adesão de Freud a uma abordagem puramente "psicológica" do psiquismo deveu-se, ao que parece, mais às limitações metodológicas que Freud e a ciência da época enfrentavam diante da investigação do espírito do que a uma clara negação da possibilidade de descrever os fenômenos mentais em termos neurofisiológicos.¹

BERGSON, contemporâneo de Freud, entre outros autores, vai criticar justamente a idéia de uma equivalência do estado psíquico e com o estado cerebral.

¹Ricoeur, em 1965 e Widdoicher, em 1986, mostram como a psicanálise na verdade ficou marcada por proposições de natureza causal e por outras da ordem do sentido. Ricoeur apóia a idéia de que o sentido das representações em psicanálise só é possível de ser encontrado com referência a uma energética subjacente - a economia do princípio do desprazer. A psicanálise seria um discurso misto, no qual "a energética passa por uma hermenêutica e a hermenêutica descobre uma energética".

Sua comunicação "O cérebro e o pensamento: uma ilusão filosófica" foi lida em 1904, no Congresso de Filosofia de Genebra. Nela, Bergson propõe-se a discutir a tese dominante em sua época do "paralelismo psicofisiológico": "sendo dado um estado cerebral, segue-se um estado psíquico determinado". Ele localiza a origem desta tese a partir das linhas cartesianas. Era interessante para a fisiologia ligar-se a esta tese e proceder "como se" ela devesse algum dia fornecer a tradução fisiológica integral da atividade psicológica.

Bergson afirma que "o paralelismo psicofisiológico" não seria uma regra científica mas uma hipótese metafísica:

"Cremos que os fatos, examinados sem pressuposições de mecanismo matemático, sugerem já uma hipótese mais sutil relativamente à correspondência entre estado psicológico e estado cerebral. Este momento exprimiria as ações que se encontram pré-formadas naquele; desvendaria as articulações motoras dele. Dado um fato psicológico, determinaremos sem dúvida o estado cerebral concomitante. Mas a recíproca não é verdadeira, e ao mesmo estado cerebral corresponderiam estados psicológicos muito diferentes."

(p. 44)

A esse respeito, WIDLOCHER (1989; p. 254) chama a atenção sobre a impossibilidade de se conceber um aparelho neuronal que desse conta dos múltiplos sentidos - da polissemia -

de uma mesma representação num mesmo momento. FREUD, em 1891, manifestava-se partidário deste paralelismo psicofisiológico, mas

ressaltava a irredutibilidade dos dois elementos:

"Será que se justifica tomar uma fibra nervosa - que em toda a extensão de seu curso é uma estrutura puramente fisiológica, sujeita a modificações puramente fisiológicas -, mergulhar-se a extremidade na esfera da mente, e ajustar essa extremidade a uma representação ou a uma imagem mnésica? (...)

é provável que a cadeia de eventos fisiológicos do sistema nervoso não esteja numa ligação causal com os eventos psíquicos (...) ... o psíquico é um processo paralelo ao fisiológico - 'um concomitante dependente' [expressão de Hughlings - Jackson]" (FREUD, 1979; pp. 52-54)

O objetivo de Bergson não é o de substituir a hipótese do paralelismo psicofisiológico por outra, mas o de mostrar como esta hipótese implica uma contradição fundamental.

Bergson assinala que o que possibilita a afirmação dogmática do paralelismo psicofisiológico é um artifício dialético "pelo qual se passa de um certo sistema de notação para o oposto, sem levar em conta a substituição" (p. 44).

O idealismo implica que todo o essencial da matéria seja mostrado (ou mostrável) na representação e que as articulações do real sejam as mesmas das representações. Já no realismo, a matéria existiria independentemente da representação;

sob a percepção atual haveria virtualidades ocultas. As articulações visíveis em nossas representações são puramente relativas a nossa maneira de perceber.

Destas duas notações do real, o idealismo implica a possibilidade de identificar as coisas com a representação enquanto o realismo reivindica o que ultrapassa a representação.

Para Bergson, a tese do paralelismo só é sustentável se se empregar ao mesmo tempo, na mesma proporção, os dois sistemas de notação de uma vez só. A afirmação do paralelismo, enquanto equivalência do estado psicológico e como estado cerebral incorre em contradição tanto da óptica realista como da idealista, se tomadas isoladamente. Para este autor, o que se faz na verdade é passar inconscientemente de um ponto de vista idealista a um ponto de vista pseudo-realista.

LAGACHE, em seu texto clássico "A Unidade da Psicologia" (LAGACHE, 1985), chama a atenção ao fato de que não haveria "a" Psicologia, mas "as" PsicoLOGIAS, que evidenciam uma multiplicidade quanto a seus objeto, método e doutrina. Embora haja descobertas convergentes e coerentes a partir destes diferentes enfoques, seria necessário destacar certas "atitudes dominantes" que as distinguem. O autor aponta que o dilema básico destas "psicologias" é o de abordar seu objeto desde um prisma das ciências naturais ou desde a óptica das ciências humanas.

LAGACHE (1985; pp. 22-27) considera que o "naturalismo" e o "humanismo" concebem de modo diferente os fatos psicológicos e tenta delimitar os pontos básicos de oposição entre estas duas posturas.

- 1) enquanto o naturalismo tende a eliminar a consciência, tratando os fatos psíquicos como "coisas" (cuja forma mais radical seria o condutismo de Watson, para quem o objeto da psicologia é a conduta no que ela apresenta de exterior e material), o humanismo concentra-se na existência vivida e nos fatos psíquicos. Segundo a visão humanista mais tradicional, seus objetos seriam "consciências", "vivências" e "expressões";
- 2) uma tendência a associar-se ao naturalismo uma crença na anterioridade dos elementos e das leis e ao humanismo a concepção de que o todo é anterior às partes e de que a personalidade é uma totalidade que não pode ser compreendida isolada de suas relações com o organismo e o meio;
- 3) as psicologias naturalistas tendem a constituir para o psiquismo leis análogas às leis da natureza, que devem exprimir relações quantitativas e que permitem "explicar" os fenômenos: a explicação causal. Já as psicologias humanistas não se apoiam em leis, mas em relações ideais que servem mais para "compreender" que para explicar: "... o estudo do caráter requer um método não estatístico mas qualitativo, intuitivo, artístico ..." (p. 24);

4) em relação ao substrato da vida psíquica, a postura naturalística tende a ser "neurológica", enquanto que a humanística se preocupa especialmente com os processos afetivos e representacionais "profundos" independentemente de uma "localização".

5) a postura de ciências naturais recusa as finalidades e os valores em razão de suas implicações subjetivas, enquanto a postura de ciências humanas considera o mundo do ser vivo sempre como um mundo de valores.

Esta oposição dos pressupostos de ciências naturais e de ciências humanas para a abordagem dos fenômenos psíquicos tem sua origem em W. DILTHEY (cf. REUCHLIN, 1971), que defendeu, no fim do século passado, a idéia de que os métodos empregados pelas ciências da natureza não podem ser aplicados à psicologia. A vida psíquica seria inexplicável em termos de causas e efeitos. Só seria possível compreendê-la, observá-la e descrevê-la em termos de totalidades dadas na experiência vivida.

ALONSO FERNANDEZ (1976) indica que a explicação refere-se ao somato-psíquico empírico e indaga relações de causalidade. Por sua vez, a compreensão limita-se ao psíquico empírico e busca estabelecer relações de sentido e de motivações.

A causa, que é visada pela explicação, desde o ponto de vista biológico, atua sobre o homem com o caráter de coação absoluta e inelutável, isto é, impõe uma relação necessária. O

nível das relações causais pressupõe o domínio das ciências biológicas. O **motivo**, presente nos fenômenos compreensíveis, subentende uma vivência impregnada de significação e sentido, sem um poder de determinismo absoluto. Alonso-Fernandez resume: "A causa obriga o homem; o motivo move o homem" (p. 46).

RICOUER (1977) aproxima a tendência naturalista à necessidade da descrição realista dos fatos neurológicos e às relações energéticas (de força) em jogo. Por sua vez, as abordagens psicológicas "puras", pela natureza de seu objeto, precisa utilizar o recurso de uma linguagem metafórica e abstrata.

De forma absolutamente esquemática, pode-se dizer que, no estudo dos processos mentais, aos pressupostos de ciência natural correspondem os métodos experimentais e de quantificação, enquanto que aos princípios de ciências humanas correspondem os métodos clínicos de natureza qualitativa, descritiva e individual.

Assim, os instrumentos metodológicos básicos para as ciências naturais seriam a observação, a experimentação e a análise, enquanto para as ciências do "espírito" seria a compreensão.

A atitude compreensiva se insere, de maneira mais geral, no quadro de uma fenomenologia existencialista, para a qual a contribuição mais importante foi a de K. JASPERS (1989). Jaspers chama a atenção de que, nas ciências naturais, "são as conexões causais aquilo que se visa apreender e que mediante observações, experiências, reunião de muitos casos, buscamos

encontrar regras do evento. Em grau mais alto, encontramos leis e atingimos, em várias áreas da física e da química, o ideal que consiste em poder exprimir matematicamente essas leis causais em equações causais" (p. 362).

Contudo, "... no terreno psíquico (o qual permanece sempre qualitativo, por sua essência), nunca é possível [a quantificação plena dos processos psíquicos], a não ser que se perca o objeto propriamente da investigação, ou seja, o objeto psíquico.

O psíquico resulta do psíquico de maneira que é para nós compreensível. Quem é atacado zanga-se e pratica atos defensivos, quem é enganado torna-se desconfiado e essa produção do evento psíquico nós compreendemos geneticamente." (p. 362)

Jaspers, em sua Psicopatologia Geral (JASPERS, 1979), apresentava a programática de uma Psicopatologia. Em um primeiro momento, deve-se proceder a descrição dos fatos típicos particulares e empíricos da vida psíquica para, em seguida, buscarem as relações da vida psíquica a nível compreensivo (relações de motivo, de significação) e a nível explicativo (relações causais).

A compreensão, contudo, refere-se a um contexto próprio à fenomenologia, isto é, àquilo que é conscientemente vivido.

Segundo Capalbo (CAPALBO, 1982), a tarefa central da fenomenologia é a descrição do vivido, isso é, a evidencia do que se mostra real para consciência do indivíduo. A possibilidade de se ter acesso a esse vivido individual se dá pela intuição:

"Com efeito, o médico não experimenta o fenômeno da doença. Ele o recebe pela percepção do outro e pela sua imaginação, que o presentifica para sua consciência (...). Isso, no entanto, não impede o médico de utilizar categorias sistemáticas, formulações felizes, comparações contrastantes, parentesco entre os fenômenos, a ordenação destes em sérios ou, ao contrário, mostrar sua aparição em saltos e sem transição" (CAPALBO, 1982; P. 287)

A intuição é o instrumento por excelência da captação fenomenológica.

O que deve ser ressaltado, contudo, é que a compreensão visa os processos conscientes.

A psicanálise, por sua vez, apóia-se na investigação dos processos mentais que não são conscientes. Neste sentido, seu procedimento básico é a INTERPRETAÇÃO. Aqui, como lembra ALONSO-FERNANDEZ (1976; p. 162), o trabalho não se limita ao fático, aos fatos observados, mas sim agrega algo alheio ou além da observação: a interpretação. Para este autor, o interpretar psicanalítico distingue-se do explicar e do compreender, uma vez que indaga relações de sentido, sobretudo dos fatores inconscientes.

Tentando delimitar o campo do "psíquico" em Ferenczi, em 1912, afirmou que os fenômenos psíquicos que podem ser medidos, expressos em fórmula matemáticas e tornados acessíveis ao experimento representam em conjunto "uma parte tão mínima e pedestre da vida mental que, sob a influência desta tendência

materialista a psicologia desceu até adquirir a posição de uma província subordinada, uma fisiologia dos sentidos ...". (FERENCZI, 1966; p. 282). Ele criticava o fato da técnica que, embora conduzindo uma crescente sujeição das forças da natureza, aplicava-se à psicologia sem se desprender dos modelos das ciências exatas e naturais, como a física, a química e a biologia.

O estudo de uma das enfermidades mentais, a histeria, teria levado a psicologia a retornar a sua verdadeira atividade, com uma técnica psicológica sob o molde das ciências empíricas, abandona-se o caráter sutil das vivências emocionais aos "poetas, os biógrafos e autobiógrafos e talvez alguns historiadores", que se interessariam por este campo, mesmo que sem condições de edificar uma verdadeira ciência:

"A psicologia continuou obstinadamente com seus experimentos psicofísicos partindo da idéia equivocada de que o objeto psicologia esta constituído exclusivamente por fenômenos psicofísicos e dando por suposto, a priori, que a camada subjacente à consciência não pode ser entendida senão fisiologicamente" (p. 284)

Ferenczi, em 1928, assinala que a partir das publicações de Freud sobre a técnica psicanalítica, tem-se a base para uma investigação metódica da mente sem depender exclusivamente de "uma faculdade especial e intransferível de compreensão da natureza humana". Para ele, essa investigação

deixava de ser apenas uma arte e teria como objetivo a compreensão da topografia, dinâmica e economia do aparelho psíquico.

WIDLOCHER (1986), com relação à possibilidade de uma transcrição dos achados clínicos da psicanálise em uma linguagem da fisiologia, aponta três traços que caracterizam o acontecimento observado pelo psicanalista e tornam esta redução impossível:

1) O acontecimento de que se fala em psicanálise é sempre singular, da ordem do individual. É uma expressão única de um momento da história do sujeito e, portanto, não pode ser tratado como representante de uma classe de eventos.

2) O psicanalista lida com efeitos de sentido. As fantasias e lembranças podem ter múltiplos sentidos. Essa característica polissêmica não pode ser reduzida ao que se passa no conjunto neuronal.

3) O evento mental identificado na situação psicanalítica tem um caráter não-público:

"O evento fisiológico é um fato positivo, em princípio observável por qualquer observador. O evento psicanalítico enquanto evento latente é deduzido pelo psicanalista. Resulta dos efeitos que a atividade mental do analisando produz sobre a do analista" (p. 233-4); isto é, está implícita a participação do observador no fenômeno observado.

WIDLOCHER (p. 234) apresenta o problema da seguinte forma:

"A psicanálise não coloca em questão o princípio de que toda a atividade de pensamento depende de um estado de cérebro. É o reducionismo metodológico que é recusado."

Os eventos mentais que a psicanálise identifica não podem ser descritos como fisiológicos. Estão em jogo as relações entre os interlocutores, cujas significações são singulares e históricas. Dessa forma, o reducionismo torna-se inviável e as relações causais intracerebrais não podem substituir a exploração psicanalítica naquilo que lhe é específico. Não se trata, portanto, de negar o fenômeno neurobiológico, mas de apontar que o seu reconhecimento não esgota nem o vivido concretamente pelo indivíduo nem a relação dinâmica de seus afetos e das representações (conscientes ou não). No dizer de Widlocher:

"Estamos em presença de duas cadeias de causalidade distintas: aquela que liga dois eventos fisiológicos e aquela que associa dois eventos psíquicos" (p. 241).

Neste momento, pode ficar um pouco mais claro um dos objetivos deste trabalho.

O fenômeno psíquico de alguns tipos de crise de pânico foi investigado pela psiquiatria segundo métodos experimentais com pressupostos de ciências naturais e, a partir de seus resultados, criados modelos biológicos (entre outros) para explicá-los, com implicações clínicas e terapêuticas.

O modelo biológico do pânico deriva de uma abordagem deste fenômeno segundo as pressuposições e procedimentos das ciências naturais.

Até aqui, tentei evidenciar este processo. Se este modelo pode, por um lado, ser útil em termos teóricos, possibilitando um certo tipo de abordagem clínica, por outro, não consegue sozinho dar conta de um vivido individual. Uma resposta exclusivamente biológica tende a afirmar que a crise de ansiedade e as sensações no corpo que são nela vividos são vazias de sentido em sua origem, ou, de outra forma, surgem de fora dos processos psíquicos do indivíduo - são "intrusos", com os quais ele deve lidar conforme seus recursos pessoais.

Além disso, os resultados de uma investigação científica estão vinculados aos métodos de pesquisa utilizados e ao sistema teórico que os referencia. O que cabe discutir então, é a relação causal, estabelecida por este modelo, de um achado neurológico em relação a um estado mental - a crise de pânico.

Neste sentido, FÉDIDA (1977) coloca de forma inspiradora de reflexões, o seguinte, com relação a representação "científica" do corpo como figura objetiva ao entendimento e à razão:

"A abertura dos cadáveres - que começa a se generalizar na Itália e depois em toda a Europa a partir de 1400 - tende a dissipar as invenções fantásticas da imaginação alquímica e médica e a dispor do corpo por um olhar vazio de repugnância e de paixão, separado das falsas crenças e superstições (...)

O corpo é desenraizado de seus mitos e esvaziado de seus mistérios; ele perde uma obscuridade e a morte

é assim evacuada ao mesmo tempo que a vida e a sexualidade" (FÉDIDA, 1977; pp. 19-20)

O que falta à explicação de natureza biológica é justamente isto: o lugar da "vida", da "sexualidade" e da "morte" naquele que sofre o pânico e a relação destes com seu sintoma.

É infrutífero tentar negar a importância das descobertas neurobiológicas na compreensão do pânico. Mas é necessário garantir a complexidade do pensamento sobre o psíquico de forma que estas descobertas possam ser levadas intrinsecamente em conta sem supersimplificar-se o fenômeno.

FÉDIDA (1988; p. 13) manifesta-se da seguinte forma quanto à articulação dos conhecimentos em psicopatologia, provindos de abordagens teórica e metodologicamente distintas:

"As proposições com vistas a uma nova semiologia em psicopatologia submetem os prolegômenos metodológicos de uma psiquiatria a abordagens clínicas não-contraditórias - operando complementarmente entre si. Fora deste ponto de vista, a psiquiatria estaria condenada a fazer da biologia não um fundamento científico mas uma ideologia." (o grifo é meu)

Agora, fica possível ter por objetivo a observação do fenômeno do pânico desde um outro enfoque, diverso de uma postura naturalista, com referência à dinâmica psíquica do indivíduo diagnosticado como DP em uma situação interpessoal. Neste momento, o método a ser utilizado deixa de ser experimental para ser um método clínico.

IV. A VIVÊNCIA DO PÂNICO

Quando se tenta descrever o fenômeno da crise de pânico a partir do ponto de vista da experiência vivida conscientemente pelo indivíduo penetra-se no campo da fenomenologia, particularmente no da psicopatologia.

NOBRE DE MELO (1979; p. 169, vol. I) afirma que o vocábulo "vivência" "designa tudo que é experiência interna vivida, ou seja, tudo que transcorre, a cada instante, no âmbito subjetivo de consciência individual. Vivências são, por conseguinte, os próprios conteúdos reais, imediatos da consciência mesma de cada um."

O estudo da afetividade humana, enquanto um vivido consciente, em que se insere o pânico, apresenta muitas dificuldades pela natureza mesma do objeto. A afetividade se interrelaciona com todas as funções psíquicas e só pode ser separada destas de uma maneira inteiramente artificial (NOBRE DE MELO, 1979; p. 501). ALONSO-FERNANDEZ (1976; p. 263) afirma que "a vida afetiva não tem um ser próprio", ela só pode existir em conexão com os demais setores da vida psíquica.

O pânico faz parte de um grupo de fenômenos que se pode designar, de modo amplo, como de "ansiedade", com os quais mantém alguns pontos de semelhança. Isso exige um esforço para especificá-los, a fim de se evitar confusões (Ex: "ansiedade", "angústia", "susto", "medo", etc.). Para tanto, começam as dificuldades. Às vezes não há correspondência idiomática de certos termos de significação precisa em outras línguas. Além disso, é freqüente que o mesmo termo refira-se a conceitos diferentes segundo cada autor, bem como suas classificações sobre os fenômenos da vida afetiva também podem ser altamente discrepantes.

Tome-se por exemplo, o conceito básico de "afeto". "Afeto" é definido por KURT SCHNEIDER (1976) como "sentimentos anímicos reativos, de caráter agudo, grau intenso e acompanhado de manifestações corporais" (p. 226) Já NOBRE DE MELO (1979) utiliza a mesma palavra "afeto" para "designar genericamente elementos típicos vivenciados sob a forma de emoções e sentimentos" (p. 502). Contudo, este mesmo autor define "sentimentos" como "estados afetivos duráveis mas algo atenuados em sua intensidade vivencial, geralmente revestidos de ricos e nobres tonalidades intelectuais e morais e, no mais das vezes, não acompanhados de concomitantes somáticos dignos de nota" (p. 503)!

É razoável, então, uma tentativa de definir e localizar o pânico em relação aos demais estados afetivos próximos à angústia.

As línguas latinas têm, em geral, duas palavras para designar o fenômeno da angústia: o próprio termo angústia e o termo ansiedade (por exemplo, no francês anxieté e angoisse). Ambos derivam do verbo latino "ANGERE" que significa "sufocar", "estrangular", "fechar a garganta", o que faz uma referência a situação de pânico no que diz respeito à presença de sintomas físicos desprazerosos.

A tradição francesa, em psiquiatria, tende a utilizar angoisse para expressar o aspecto mais orgânico das manifestações do afeto e anxieté para se referir aos componentes da esfera psíquica (como a expectativa de um sofrimento futuro).

BRISSAUD, em 1890 (segundo COSTA E SILVA, 1988; p. 9), diferenciava uma "angústia intelectual" da "angústia física". Esta se trataria de "sensação física de constrição torácica ou de plenitude". O termo ansiedade se aplica, segundo BRISSAUD, "ao estado mental que acompanha esta sensação".

Vários autores acompanham esta distinção.

NOBRE DE MELO (1979) considera que a ansiedade tem um conteúdo psíquico definível, é mais intelectualizada e menos intensa que a angústia.

SÁ Jr. (1988) descreve a ansiedade como fenômeno meramente psíquico de uma "tensão expectante", enquanto a angústia agrega o fenômeno psíquico mais seus concomitantes corporais.

ALONSO-FERNANDEZ (1976; p. 275) apresenta uma diferenciação mais extensa dos dois termos, que está reproduzida a seguir:

EXPERIÊNCIA CORPORAL GLOBAL	DEMANÇO DE FORÇA INTERNA E IMOBILIZANTE	DEMANÇO DE IMOBILIDADE
EXPERIÊNCIA CORPORAL LOCALIZADA, OPRESSÃO PSÍQUICA OU EPIDERMICA (INCÔNFORTE CARDÍACO)		DEMANÇO DE FALTA DE AR (INCÔNFORTE RESPIRATÓRIO).
VIVÊNCIA.....	TEMPO DE FICAR LENTO OU DE MORRER DEFINITIVAMENTE (PRESENTIMENTO DE DISSOLUÇÃO DO EU).	POSSIBILIDADE DE QUE OCORRA TUDO ISSO. "
PLANO PSÍQUICO.....	INIBIÇÃO E ENCENAMENTO	IMOBILIDADE E DESABANDONHO CORPÓREO.
TEMPO VIVIDO.....	IDENTIFICAÇÃO E ATÉ IMOBILIDADE	ATENTÇÃO
ESPAÇO INDIVIDUAL.....	REDUÇÃO	EXATIDÃO
NOTA PSÍQUICA.....	MAIS VISCERAL E FÍSICA	MAIS PSÍQUICA E ELEVADA
APRESENTAÇÃO.....	NA MAIOR PARTE DOS NEUROTÍCOS FÁBULOS	ACOMETE AQUELES NEUROTÍCOS FÁBULOS QUE TÊM UMA GRANDE CAPACIDADE DE INTROSPECÇÃO.

Já no que diz respeito às línguas anglo-saxônicas, a separação dos aspectos psíquicos e físicos tende a ser apagada. Assim, o termo alemão *ANGST* se refere de maneira unificada aos dois componentes. JAMES STRACHEY (FREUD, 1976c; v.3, p. 138), tradutor da obra de Freud para o inglês, afirma em um apêndice sobre a tradução do termo *ANGST*, que esta palavra é próxima, no alemão, de *ENG*, que significa 'estreito', 'restrito'. A *ANXIETY* do inglês seria a tradução mais próxima de *ANGST*, enquanto *ANGUISH* descreve situações mais agudas.

Utilizarei aqui, seguindo a tendência dos autores de língua portuguesa, os termos *angústia* e *ansiedade* como sinônimos (como em *Angst*) e se referindo a um estado de tensão expectante, acompanhado de sintomas físicos, notadamente a tensão muscular, opressão torácica e dificuldades para respirar.

A característica básica da *angústia* é um estado afetivo de preparação e espera de um perigo, ainda que este seja desconhecido. A *angústia* dirige-se para o futuro. Antecipa-se que no futuro está algo que é imaginado como muito ameaçador ao indivíduo. Este "algo" não é imediato, mas é temido. Tradicionalmente, afirma-se que a *angústia* não tem objeto: ela é simplesmente vivida.

O medo, por sua vez, é definido por DELGADO (1969, p.71) como "um estado afetivo, ora anímico, ora espiritual, suscitado pela consciência de um perigo ou, ao inverso, suscitando a consciência do perigo". O medo move à ação da defesa ou fuga. Se é tão intenso que inibe sua capacidade de reação, é chamado de pavor.

A expressão medo implica classicamente um objeto: teme-se algo. Nisso, o medo diferencia-se da angústia e do pânico do distúrbio de pânico. Estes últimos não têm objeto concreto. Por sua vez, o medo deve durar enquanto persistir a situação externa temida.

LAPLANCHE (1988; pp. 40-2) coloca da seguinte maneira a relação da angústia com o medo:

"- O medo é transitivo:

ich fürchte ...

temo tal perigo

(...)

- A angústia originalmente não é transitiva, mas reflexa ou média:

ich habe Angst

ich angstige mich

je m'angoisse (eu me angustio)".

Quanto à percepção do objeto de perigo, Laplanche afirma:

"Infelizmente, este medo transitivo, percepção ou objetivo adaptativo do valor perigo, não existe de saída no ser humano." (p. 41)

A questão que está em jogo é a da objetividade do perigo e como algo chega a ser interpretado como "perigoso". Voltarei a este ponto.

FREUD, em "Além do Princípio do Prazer", de 1920, ao comentar as características da neurose traumática", faz a distinção entre três termos: "Susto" (Schreck), "Medo" (Furcht) e "Angústia" (Angst):

'Schreck' seria "o nome que damos ao estado em que alguém fica quando entrou em perigo sem estar preparado para ele" (FREUD, 1976h; p. 24). Este seria o agente principal da neurose traumática, o trauma no qual o sujeito ficaria fixado e ao qual deveria retornar em sua neurose. 'Angst' seria o estado de preparar-se e esperar o perigo, ainda que desconhecido. 'Furcht' exigiria "um objeto definido de que se tenha temor". LAPLANCHE (1986) ressalta que no susto (Schreck) encontram-se dois elementos centrais: a não-preparação (ou fator surpresa) e a idéia de "débordement" e submersão. "O susto é triunfo do econômico, da força, do fator quantitativo", "... nada pôde ser simbolizado por ele, ou pré-simbolizado por ele, previnido, nem que fosse apenas por um sinal" (p. 28). Logo, o susto surgiria pela não-preparação, através da ANGST, contra uma excitação de grande intensidade e levaria à ruptura do sistema psíquico - a neurose traumática.

Uma vez delimitados os termos relativamente próximos a PÂNICO - angústia, medo, susto, pavor - vejam-se agora as definições de alguns autores sobre este afeto, desde o ponto de vista psicopatológico.

FENICHEL (1981; p. 126) fala do pânico como um "afeto esmagador".

Para NOBRE DE MELO (1979), o pânico é uma emoção primária, isto é, uma emoção observável desde o nascimento e "diretamente ligado à vida instintiva" (p. 504). Este estado afetivo pode estar acompanhado de uma "tendência à fuga desatinada", à "imobilidade" e à "inibição das funções vitais" (p. 504). O caráter "primário" do pânico surge também em relação ao caráter "secundário" de outras emoções a que dá origem:

"Assim, da emoção primária de choque-pânico, provém emoções 'derivadas' (espanto, susto, terror ...) e sentimentos de insegurança, desconfiança, receio, medo, etc." (NOBRE DE MELO, 1979; p. 512)

Se se usarem os critérios de KURT SCHNEIDER (1966; pp. 224-6) podem-se descrever o pânico como um sentimento simultaneamente corporal-vital (em seu caráter de sensações corporais difusas) e psíquico-subjetivo, de caráter desagradável.

KURT SCHNEIDER (1976) aponta que no susto (vivência que ALONSO-FERNANDEZ traduz como "pânico"), além de reações orgânicas, encontra-se também a "paralisação emotiva", isto é, "um momento de não-participação indiferente depois do susto" (p. 97) e "fixações de estados somáticos reflexológicos que acompanham e decorrem do susto" (p. 99) como a euforia, a gagueira, tremores, tiques e desmaios.

ALONSO-FERNANDEZ (1976; p. 710), por sua vez, associa fenômenos de pânico à interrupção forçada da atividade anímica.

Contudo, meu interesse é situar melhor o contexto de uso da palavra pânico para, com isso, compreender melhor as implicações de uma codificação médica deste fenômeno a título de um distúrbio de pânico.

Em 1921, Freud afirmava o seguinte:

"Não é de esperar que o uso da palavra 'pânico' [panik] seja claro e determinado sem ambigüidades. Às vezes ela é utilizada para descrever qualquer medo coletivo, outros até mesmo o medo do indivíduo quando ele excede todos os limites e, com freqüência, a palavra parece reservada para os casos em que a irrupção do medo não é justificada pela ocasião."
(FREUD, 1979; p.123)

Freud aponta três sentidos em que se usam habitualmente a palavra "panik". Tais sentidos também se encontram no português em relação ao "pânico": um fenômeno coletivo ou um fenômeno individual, "motivado" ou "espontâneo".

IV.1 O Pânico como Fenômeno Coletivo

Tomem-se como ilustração um artigo publicado no jornal "Folha de São Paulo" do dia 08/07/89 que comenta o conhecido episódio do programa radiofônico "A Guerra dos Mundos", realizado

por Orson Welles e levado ao ar na noite de 30 de outubro de 1938, nos EUA. O programa era a dramatização do romance "War of the Worlds" do inglês H.G.Wells, numa versão atualizada para a época. Welles era o locutor que transmitia a ficção de uma reportagem sobre uma invasão de marcianos que começavam a destruir a Terra. O grau de dramaticidade da narrativa de Welles foi tão convincente que "um-milhão^(A) das 6 milhões de pessoas que ouviram o programa morderam a isca até o fim" e "acreditavam que suas horas estavam contadas", especialmente aqueles que perderam o início da locução.

O articulista da Folha diz na reportagem que: "A psicologia do pânico de fato ganhou um caso e tanto com o 'halloween=boo'^(B) de Welles."

A situação de pânico a que se refere, foi assim por ele descrita:

"... Em diversas cidades, uma histeria coletiva^(C) deflagrou congestionamentos de tráfego, provocou chiliques^(C1) e fugas desatinadas^(C2). Houve gente que se mandou de casa com a roupa do corpo^(C3); outros torraram suas economias^(C4) em bares, certos de que o mundo estava mesmo acabando; uma senhora em Pittsburg quase se envenenou^(D). Durante a transmissão do programa, o número de telefonemas^(E) ao estúdio da CBS aumentou em 500%. Só a redação do 'New York Times' recebeu 875 chamados telefônicos, com pedidos de esclarecimento^(E1) sobre a invasão marciana."

Aqui encontra-se um primeiro uso para a palavra "pânico": um fenômeno coletivo, de multidões. Um estado no qual:

- um grande grupo (A),
- diante de uma representação tida como verdadeira e muitíssimo ameaçadora (B),
- experimenta um afeto extremamente desagradável (infere-se que fosse desesperador),
- altamente desorganizador da conduta coletiva (C), (C1), (C2), (C3), (C4)
- e da conduta individual (D),
- criando uma busca desesperada de alívio do estado aflitivo (proteção, segurança) (C2), (C3), (C4), (D)
- e de compreensão sobre o que está de fato acontecendo (E), (E1).

Chama a atenção que todo este estado de coisas foi deflagrado não por qualquer perigo concreto imediato, mas por palavras cujo sentido foi tomado como se descreve-se um fato verídico. Perdeu-se a natureza ficcional da narrativa. Aquilo que era para ser decodificado como da ordem do fantástico, do imaginário, agiu com a "eficácia" de uma verdadeira invasão alienígena. Vê-se, assim, que um momento de pânico pode ser deflagrado sem qualquer referência a um perigo real. Basta que, de alguma forma, se acredite que este perigo existe. Isso faz pensar sobre até que ponto se pode falar de ataques de pânico "espontâneos".

Freud, no capítulo V de sua "Psicologia das Massas" (FREUD, 1976), analisou situações de pânico coletivo em grupos como a Igreja e o Exército (altamente organizados, permanentes e artificiais). Para ele, estes grupos estariam unidos por laços

libidinais ao líder e, a partir desta ligação, também aos demais. Os sentimentos cruéis e agressivos ficam voltados para fora. A situação da perda do líder traz a irrupção do pânico no grupo, embora o perigo externo continue o mesmo. Freud recusa a proposição de que a ordem dos acontecimentos fosse (esquemáticamente) a seguinte:

- 1º) aumento do nível de temor no grupo;
- 2º) pânico;
- 3º) desintegração do grupo.

Pelo contrário, para ele o pânico pressupõe o relaxamento da estrutura libidinal do grupo. O grupo reage a este relaxamento de maneira justificável em relação a perda da proteção que o grupo representa. Nestes casos, o pânico é rapidamente expandido para todo o grupo por um mecanismo que chamou de "indução" ("contágio") (p. 122).

Freud traça uma analogia entre o pânico grupal e a "ansiedade neurótica individual": ambas estariam relacionadas ao desaparecimento da coesão permitida pelos laços libidinais.

IV.2 O Pânico como Fenômeno Individual

Num sentido individual, Freud assinala o uso da palavra pânico sob dois aspectos:

1. um medo que atinge um limite extremo.

Podemos ilustrar este primeiro caso de uma forma humorística pelos quadrinhos a seguir:



Nesta ilustração vemos um processo de temor crescente que evolui em direção ao pânico. O pânico é a expressão máxima deste movimento em "crescendo".

Outro aspecto central deste exemplo é que estes acréscimos de temor se referem a um perigo externo relativamente delimitado, isto é, não surgem espontaneamente.

2. um medo cuja irrupção não é justificada pela ocasião.

Este segundo sentido da palavra "pânico" como fenômeno individual trata dos elementos centrais das crises de pânico do distúrbio de pânico.

Vejam-se alguns relatos gravados de pacientes com diagnóstico de DP sobre suas crises.

Caso_1 (Carla, 34 anos, casada)

"... E começou sem nenhum motivo a me dar ... um medo ... uma coisa errada. Aí eu fui para o quarto e fui deitar. Não consegui.

Começou a me faltar o ar como se alguém estivesse apertando a minha garganta ... eu não conseguia respirar. Aí eu fui à farmácia da esquina, pois senti que estava mal ... E comecei a gritar e pedir pro farmacêutico que me desse oxigênio. Ele disse que não tinha oxigênio, que estava tudo bem, que eu estava é louca. Eu comecei a gritar, a pedir oxigênio; queria respirar e não conseguia ... Foi horrível ... um passo para a morte.

(...) Me levaram para o hospital e eu só pedia oxigênio. Eu pensei que ia morrer mesmo ... que estava morrendo. Me puseram oxigênio e eu continuava morrendo do mesmo jeito."

Caso_2 (Ricardo, 29 anos, casado)

"... de repente, começou a me dar uma desordem na cabeça ... Minha cabeça ficou confusa. Eu comecei a ficar extremamente nervoso. Eu achava que, de alguma forma, eu ia explodir. Eu estava perdendo o controle. Eu gritei pela minha mãe e falei que precisava ser internado, que eu precisava de um médico (...) Eu tava

-com a sensação de que ia ter uma perda de controle,
... medo de enlouquecer ..."

Caso_3 (Sandra, 31 anos, casada)

"Eu não entendia o que estava acontecendo ... a primeira vez eu achei que eu estava tendo um ataque do coração. Fui num Pronto Socorro. Foi quando eu tinha 21 anos. No fim não era nada ..."

Observa-se nos relatos um caráter súbito, inexplicável, intensamente desagradável. Há uma sensação de falência do controle psíquico e a vivência é a de morte iminente testemunhada pelos fortes sintomas físicos ligados a funções vitais.

O pânico descrito na DP é definido a partir de um achado clínico predominante da ansiedade irrracional, sob a forma de ataques de pânico recorrentes. lembre-se a descrição de DP do DSM-III: "As características essenciais consistem em ataques de pânico (ansiedade) recorrentes que ocorrem em ocasiões imprevisíveis, ..."

O DSM-III-R, por sua vez, exige que, ao menos inicialmente, os ataques sejam inesperados, isso é, não ocorram imediatamente antes ou durante a exposição a uma situação que quase sempre cause ansiedade (para evitar a confusão com ataques de "pânico" no contexto das fobias simples) nem em situações em que a pessoa seja foco de atenção de outras pessoas (para estabelecer a distinção de uma situação de "pânico" nas fobias

sociais (estes critérios classificatórios são vistos com mais detalhes no capítulo 2).

A imprevisibilidade dos ataques de pânico em relação a situações externas e a sua incompreensibilidade em termos vivenciais conscientes levaram a que tais ataques fossem denominados de "espontâneos".

Em todos os contextos de uso da palavra "pânico", mantêm-se constantes as referências a um estado afetivo extremamente desagradável, com sensação de ameaça à sobrevivência e desorganização do funcionamento mental.

Uma vez instalada a situação de pânico, as vivências correspondentes a cada um dos textos examinados parecem muito semelhantes. Contudo, elas diferem grandemente com relação a presença de um perigo objetivo que as desencadeiem.

Quanto a este aspecto, o "pânico" da DP guarda uma diferença fundamental em relação ao pânico nas multidões e ao pânico individual diante de uma situação de ameaça: ele surge sem qualquer motivo aparente, não há um perigo consciente a que possa atribuir sua reação afetiva. Retorna-se, assim, à questão da objetividade da situação ameaçadora, para qualificar uma crise de pânico como motivada ou espontânea.

Com relação ao objeto externo, a angústia e o pânico da DP se assemelham: em nenhum dos dois casos há uma situação conscientemente percebida que justifique o afeto.

LAPLANCHE (1988) ilustra a relatividade do perigo externo em relação aos processos psíquicos do sujeito com o caso das fobias, caso em que o objeto não justifica a intensidade da

resposta afetiva do indivíduo. Laplanche lembra que, no alemão, ANGST também pode ter um uso transitivo:

ANGST VOR

Angústia de

ou, mais precisamente no caso das fobias,

EU ME ANGUSTIO DIANTE DE

atribuindo-se ao objeto a causa do afeto.

No exemplo do pânico coletivo com a narração da "Guerra dos Mundos", um perigo imaginário pôde desencadear uma situação de pânico. Estes temores imaginários trazem a marca não de um objeto concreto do perigo, mas, pelo contrário, da subjetividade. Ainda que se possa questionar se existem realmente perigos objetivos "puros", "não-contaminados" pela imaginação, a referência a necessidade de uma situação de perigo objetivo para existir o medo ou desencadear uma crise de pânico só faz sentido dentro de uma psicologia dos processos conscientes.

A teoria psicanalítica, contudo, supõe que processos inconscientes podem dar origem ou estar intimamente relacionados a estados afetivos.

Se processos imaginários conscientes - como o temor de uma invasão marciana - podem dar origem a situações de pânico, é razoável pensar que processos psíquicos inconscientes, como os

que se refere a psicanálise, tenham o mesmo efeito como uma proposta alternativa ou complementar a uma mera "espontaneidade" do surgimento das crises de pânico. É preciso, então, examinar as contribuições da psicanálise para a abordagem do fenômeno do pânico. Faremos isso no capítulo 5.

Mas não é apenas a relação com uma situação externa, concreta, que interessa na especificação do pânico. Há também uma questão com relação a temporalidade própria a este fenômeno.

No caso do Robô da história em quadrinhos acima, a morte (ou o perigo para ele representado pelo "assassino psicótico") é antecipada. É a perspectiva de uma proximidade que faz com que o mal estar e a desorganização psíquica vão aumentando. À medida que o Robô ia interpretando as informações do rádio como evidências de aumento do risco, seu afeto ia tendendo ao pânico. Provavelmente, ao menos nos momentos iniciais, a antecipação do perigo do "assassino psicótico" poderia levá-lo a tomar providências para lidar com tal possibilidade.

Se não houvesse qualquer possibilidade de defesa ou reação e o objeto temido continuasse se aproximando, chegaria um momento em que o Robô entraria em pânico. O que interessa ressaltar é que no início há algo no tempo futuro que é temido. Isto está presente no medo e na angústia, sendo que, possivelmente, o desfecho que se quer evitar é mais discernível no medo do que na angústia.

Na crise de pânico da DP (ou em qualquer momento de pânico), a vivência de morte e de "loucura" são iminentes. Não há

mediação. A situação desagradável está presente. FENICHEL (1981) desde um ponto de vista psicanalítico retomando Freud, afirma que é a situação de pânico que não se quer chegar e por isso surge a angústia como uma antecipação. Numa crise de pânico, o processo em "crescendo", tal como apresentado pelo Robô, não existe ou é muito veloz. Não é mais o futuro que é temido:

"... e eu continuava morrendo ..." (Caso 1).

IV.3 O Pânico como um Fenômeno Humano

Como mostrei no capítulo II, o surgimento do DP como entidade nosológica seguiu uma ordenação fundamentalmente operacional. As crises de pânico deveriam ser o eixo organizador da classificação dos quadros ansiosos, pela possibilidade de tratamento farmacológico específico. Foi a partir daí que se passou a investigar outras evidências que legitimavam essa independência do diagnóstico de DP.

O "pânico" que atingiu a divulgação nos meios médicos e nos meios de comunicação de massa foi aquele definido no DSM-III, no DSM-III-R, no RDC.

Mas o que implica definir um fenômeno "operacionalmente" em psiquiatria? "Operacionalizar" consiste em reduzir a complexidade dos fenômenos e organizar as relações entre os elementos em questão, de forma a se alcançar objetivos pragmáticos. Limitam-se as nuances e particularidades. Simplifica-se o fenômeno em torno de certas finalidades. Como já discutidos no capítulo anterior, descrever e classificar uma

doença significa um "compromisso prático" para possibilitar a uniformização dos referentes nosológicos, de modo a criar uma comunicação possível, atitude essa que tem efeitos imediatos sobre a clínica e a investigação científica.

Este "compromisso prático", para fins de maior eficiência, deve limitar o espaço de inferência de quem faz o diagnóstico. Os fatos clínicos devem ser descritos a partir do mais externo, do empírico, do imediato.

Esta postura, contudo, só é útil se se mantiver restrita aos objetivos pragmáticos a que se propõe. Um cientista experimental que limita as variáveis de um determinado fenômeno para simplificar a observação das modificações introduzidas por seu experimento não pode deixar de levar em conta esta "redução" que foi feita por ele próprio. Há um salto epistemológico no momento em que se generalizam as observações operacionalmente simplificadas para as situações "naturais", o que sugere que se tenha uma postura de cautela na absolutização das conclusões providas de tais procedimentos.

Maior cuidado ainda deve ser tomado quando se trata de um fenômeno humano . JASPERS (1989) adverte:

"... em todo indivíduo, se oculta algo que ele [o psiquiatra] não pode conhecer (p.12)... [A atitude científica fundamental] é resistir a toda tentativa de reduzir o homem, por dizê-lo assim, a um denominador comum (p.17)."

Neste trabalho entretanto, em primeiro lugar, situar esta operacionalização do pânico pela psiquiatria para, a seguir, dela me distanciar um pouco, justamente para ampliar a possibilidade de compreensão deste estado afetivo enquanto fenômeno humano, complexo e matizado. De forma indireta, espero trazer subsídios para a discussão sobre a atitude clínica do psiquiatra frente ao diagnóstico relativamente. Novo de D.P. e ao paciente portador deste distúrbio.

V. ALGUMAS CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE PARA O ESTUDO DO PÂNICO

A reflexão psicanalítica sobre o fenômeno específico do pânico não é muito extensa. Como já anteriormente visto, FREUD abordou-o desde o ponto de vista de uma situação coletiva. No decorrer deste capítulo, discutem-se os pontos de vista de FENICHEL, que aproxima o pânico da "angústia automática" descrita por FREUD, e os de WINNICOTT, que fala da inutilidade de estudar o pânico como elemento importante em si mesmo, considerando-o apenas mais uma defesa.

Para discutir estas contribuições da psicanálise ao fenômeno do pânico, convém resgatar algumas concepções psicanalíticas dos afetos, particularmente no que diz respeito à angústia.

O quadro é bastante amplo. Os problemas suscitados pela questão da angústia estão no centro do pensamento psicanalítico e um projeto de apresentar a teoria geral da angústia na psicanálise implicaria a discussão de quase toda a teoria. Assim sendo, aborda-se o assunto de forma geral, focalizando apenas os pontos que contribuem mais diretamente para discussão.

V.1 OS AFETOS NA TEORIA PSICANALÍTICA

LAPLANCHE & PONTALIS (1986; p: 34) afirmam que na teoria freudiana toda a pulsão se exprime em dois registros: o do afeto e o da representação. O afeto é a expressão qualitativa da quantidade da energia pulsional e de suas variações.

GREEN (1982) distingue afeto de quota de afeto: este designa o aspecto propriamente econômico do fenômeno, enquanto aquele remete à qualidade subjetiva. A quota de afeto designa o aspecto quantitativo ligado ao aspecto subjetivo qualitativo que, assim, qualifica o afeto. A quota do afeto expressa as hipóteses econômicas, é o aspecto passível de aumentar, diminuir, deslocar-se, descarregar.

A partir destas noções quantitativas e econômicas, tornaram-se possíveis as hipóteses energéticas presentes em concepções como o princípio do Nirvana, o princípio do desprazer, catarse, etc.

LAPLANCHE (1987) indica que na teoria psicanalítica, sob um certo aspecto, afeto e representação estão em oposição (quantidade X representação), o que foi objeto de uma interpretação de tipo linguístico:

"... significado-significante; o significado corresponde ao afeto ou à quantidade, dentro do pensamento freudiano, e o significante, desde logo, à representação" (p. 13)

Este autor tenta mostrar que estas duas concepções não são incompatíveis e, em certos casos, o afeto pode chegar a ser significativo, isto é, converter-se em uma representação, particularmente no caso da angústia:

"Toda a evolução da teoria freudiana vai de uma concepção puramente econômica da angústia como simples descarga quantitativa, à angústia considerada como um sinal. Portanto, também o afeto pode, finalmente, adquirir valor de representação" (p. 14)

V.2. CONTRIBUIÇÕES DE FREUD PARA OS FENÔMENOS DE PÂNICO E ANGÚSTIA

GREEN (1982), em "O Discurso Vivo", descreve a evolução das concepções freudianas sobre a angústia, dividindo-as em três períodos:

I - De 1893 a 1895; período em que estudou a neurose de angústia e sua relação com a vida sexual atual. O surgimento da angústia se deveria ao afeto da excitação sexual corporal não descarregada não encontrar um representante na "libido psíquica", havendo a transformação direta desta excitação em ansiedade.

II - De 1909 a 1917; período em que Freud estuda as relações de angústia com a libido recalçada. No texto da Grávida

de 1907 (FREUD, 1976f), encontra-se uma explicação da ansiedade exemplar desta segunda fase da concepção freudiana:

"A ansiedade nos sonhos de ansiedade, como toda a ansiedade neurótica em geral, corresponde a um afeto sexual, a um sentimento libidinal, que surge da libido pelo processo de repressão." (p. 66)

Também neste caso se está suposto que um processo de acumulação da libido daria origem à ansiedade por transformação da primeira na segunda. O processo, contudo, não são as práticas inadequadas da vida sexual atual, mas o mecanismo de recalque.

III - De 1926 a 1932; período em que abordou as relações de angústia com o aparelho psíquico, considerando o ego como "a sede real da angústia" (Freud, 1976; p. 164). A angústia seria um sinal, emitido pelo ego, indicando que, caso a situação psíquica em curso continuar em progressão, ela levará a um estado de desamparo do ego diante da tensão crescente. Esta situação é análoga ao estado de desamparo vivido no nascimento.

Vejam-se com mais detalhes alguns momentos desta evolução que possam contribuir para o tema desta dissertação.

12 PERÍODO : A NEUROSE DE ANGÚSTIA

Em 25 de maio de 1895, Freud, em carta enviada a seu amigo Wilhelm Fliess, expõe suas preocupações em relação a sua Psicologia para Neurólogos¹, que viria a ser escrita e deixada inacabada meses depois:

"Estou atormentado por dois objetivos: examinar que forma irá assumir a teoria do funcionamento mental, se introduzirmos considerações quantitativas, uma espécie de economia das forças nervosas, e, em segundo lugar, extrair da psicopatologia um lucro para a psicologia normal." (FREUD, 1986; p. 130)

Tomem-se a neurose de angústia, tal como descrita por Freud na mesma época em que se ocupava da elaboração de seu "Projeto". Aproveita-se a simultaneidade destes dois desenvolvimentos teóricos para investigar como o modelo de aparelho psíquico proposto nesse "Projeto" sustentaria a teorização da neurose de angústia.

¹Aqui, a referência ao "Projeto de uma psicologia científica" é importante no estudo do DP. Neste trabalho, assim como alguns estudos biológicos atuais sobre o pânico, Freud tenta traduzir os fatos mentais numa linguagem realista, isto é, pela descrição de fenômenos que envolvem "neurônios" e "energia".

LAPLANCHE (1987) lembra que, nesse período, pode-se distinguir dois planos relativamente diferentes. Ao nível das publicações, Freud escreve com Breuer seus "Estudos sobre a Histeria", a partir das suas experiências anteriores com a psicoterapia das histéricas. Nesse nível, entretanto, Freud encontra-se em uma espécie de limitação teórica diante das restrições de Breuer à valorização da sexualidade na etiologia dos processos histéricos. Em outro nível, e talvez justamente por estar interessado em poder ampliar suas hipóteses sobre o papel da sexualidade nas neuroses, FREUD dedica-se a um campo em que esse papel poderia ser visto de forma mais evidente e imediata - no estudo das neuroses atuais. Freud lança-se a um trabalho de investigação clínica. Desejava em primeiro lugar conhecer e especificar o campo clínico destas neuroses.

Até então, a neurose atual por excelência era a neurastenia, descrita pelo norte-americano Beard em artigos de 1881 e 1884 (cf. capítulo 1). Nesse tipo de neurose, o fator etiológico seria encontrado em alterações da vida sexual atual do paciente, particularmente a masturbação. Descritivamente, o quadro clínico constava de astenia intelectual e, sobretudo, física, sintomas dolorosos (em especial cefálicos e dores raquídicas), transtornos vegetativos, digestivos e eventualmente cardiovasculares e em estado de depressão.

De sua investigação clínica sobre as neuroses atuais, Freud concluiu que, entre os pacientes até então diagnosticados como neurastênicos, havia um subgrupo que apresentava características clínicas e etiológicas próprias e, dada a

predominância de um "fundo de excitabilidade geral" e de "expectativa ansiosa", chamou o quadro de neurose de angústia.

Freud foi relatando a evolução de suas idéias a respeito dessa neurose através de cartas a Fliess. Juntamente com estas cartas, Freud enviou-lhe manuscritos (A, B e E) nos quais fazia esboços de sua teorização. Finalmente, em 1894, escreve um trabalho, que seria publicado no ano seguinte (o mesmo ano da elaboração do 'Projeto'), chamado "Sobre os Critérios para Destacar da Neurastenia uma Síndrome Particular Intitulada 'Neurose de Angústia'" e logo a seguir publica uma resposta a críticas sobre este artigo feitas por Lowenfeld no exemplar de março/1895 do NEUROLOGISCHES ZENTRALBLATT - "Uma Réplica às Críticas do Meu Artigo sobre Neurose de Angústia". Nesses artigos, Freud apresenta a neurose de angústia desde o ponto de vista clínico e propõe uma "Teoria da Neurose da Angústia".

a) NEUROSE DE ANGÚSTIA - ETIOLOGIA

"... onde há fundamentos para considerar a neurose como adquirida, uma cuidadosa investigação dirigida nesse sentido revela que um conjunto de perturbações e influências da vida sexual são os fatores etiológicos operativos" (FREUD, 1976c; p. 117).

Neste trecho, Freud faz uma ressalva quanto ao papel da hereditariedade ("... onde há fundamentos para considerar a neurose como adquirida ...") e nota que "... raramente há

dificuldade para estabelecer evidência de uma grave tara hereditária ..." (FREUD, 1976c; p. 117). Tal afirmação só seria esclarecida na sua "Réplica às Críticas do Meu Artigo sobre Neurose de Angústia", onde coloca a hereditariedade como precondição da neurose de angústia:

"... precondições são aqueles em cuja ausência o efeito nunca se manifesta, mas que são incapazes de produzir o efeito por si mesmos não importando em que quantidade possam estar presentes, pois ainda falta a causa específica." (FREUD, 1976d; p. 156)

Freud elabora uma equação etiológica em que, para que um determinado evento psíquico se manifeste, é necessária a presença de uma precondição e de uma causa específica. Isto pode ser facilitado pela participação de causas auxiliares e desencadeado por uma causa precipitante. Freud descreve diferentes situações da vida sexual que podem levar à neurose de angústia, tais como a ansiedade das virgens, a ansiedade das mulheres cujos maridos sofrem de ejaculação precoce ou potência marcantemente enfraquecida ou praticam coito interrompido, ansiedade das viúvas, ansiedade das mulheres, no climatério e dos homens voluntariamente abstinentes, em estado de excitação não-consumada, nos que praticam coito interrompido e no climatério masculino. Apesar das situações descritas serem tão díspares, Freud localizou um aspecto comum a todas elas: a abstinência com um acúmulo de tensão sexual física por bloqueio da descarga - a neurose de angústia surgiria da transformação da tensão sexual

acumulada em angústia. Sua conhecida fórmula que atribui a origem da neurose de angústia à "... acumulação da tensão sexual produzida pela abstinência ou pela tensão sexual não consumada" é mais elaborada do que pode parecer à primeira vista.

No final de seu Manuscrito E, FREUD (1986) pergunta-se: "Mas por que a transformação se dá especificamente em angústia?" (p. 82) E responde: a angústia é a manifestação de acúmulo de tensão física em geral. Além disso, mostra que os sintomas observados nas crises de angústia (dispnéia, palpitações, a própria sensação de angústia) são quase os mesmos que estão presentes nas manifestações da tensão sexual física. Conclui que a tensão sexual que não consegue penetrar no campo psíquico permanece na via física, sob a forma de angústia.

Assim, na neurose de angústia, a causa específica seria o fator sexual, no sentido de uma deflexão da tensão sexual em relação ao campo psíquico.

b) A NEUROSE DE ANGUSTIA E O MODELO DE FUNCIONAMENTO PSÍQUICO DO 'PROJETO'

Para compreender o mecanismo de instalação da neurose de angústia dentro do modelo do 'Projeto', é preciso examinar cada um de seus elementos separadamente até que se possa ter uma visão do funcionamento global.

Em primeiro lugar, considera-se que o que está em jogo é uma excitação endógena. De acordo com o Projeto, excitações dessa natureza entrariam no sistema a partir dos neurônios de

(psi) do núcleo. Elas teriam uma produção endógena contínua e atuariam no psiquismo por "somação", isto é, em função de um acúmulo de quantidade.

Os neurônios funcionariam segundo um "princípio de inércia neurônica", pela qual haveria uma tendência destes de reduzir seu nível energético a zero, isso é, todas as excitações que chegassem ao neurônio deveriam ser completamente descarregadas. Entretanto, as excitações provenientes do próprio corpo só poderiam ser eliminadas (mesmo que temporariamente, uma vez que são continuamente produzidas) através de uma ação específica, através de determinadas modificações no mundo externo.

Os aumentos de quantidade em (psi) são percebidos como desprazer em (ômega). Assim, aumentos da tensão sexual física sem a descarga seriam percebidos como desprazer. Freud descreve no seu Manuscrito E que a tensão endógena seria "como algo que cresce contínua ou descontinuamente, mas que, de qualquer modo, só é percebido ao atingir um certo limiar. É somente acima desse limiar que ela se apresenta psiquicamente, entrando em relação com certos grupos de idéias, que então se põem a produzir as soluções específicas. Portanto, a tensão sexual física, acima de certo valor desperta a libido psíquica que leva então ao coito e assim por diante" (FREUD, 1986; p. 80). Nos termos do 'Projeto', para desencadear a ação específica, seria necessário um prévio acúmulo de quantidade. A vivência de satisfação ocorreria nos momentos em que, a um acúmulo desprazeroso de quantidades de origem interna (no caso tensão

física sexual) nos neurônios de (psi) do núcleo, seguisse uma ação específica que efetuasse uma descarga permanente. Isso acarretaria a ocupação (BEZETZUNG) de vários neurônios de (psi) do pallium que correspondem à percepção do objeto. A outros pontos de (psi) do núcleo chegam as informações sobre a descarga. Deste processo, cria-se uma conexão entre a) os neurônios (psi) do núcleo, sujeitos à ação da tensão interna; b) os neurônios de (psi) do pallium, que registram o objeto percebido como o que propiciou a descarga e c) a própria sensação de alívio do desprazer, surgindo uma **facilitação** entre estas três instâncias. Nos processos judiciativos haveria um deslocamento de pequenas quantidades. Quando novamente fossem excitados os neurônios (psi) nucleares por demandas internas, elas visariam verificar se há identidade do objeto percebido naquele momento com o registro mnêmico do objeto-fonte da vivência de satisfação, registrado nos neurônios (psi) do pallium.

Justamente este processo estaria prejudicado na neurose da angústia. A tensão sexual física atinge o psiquismo, mas não encontra representações (neurônios) que estejam ligadas às vivências anteriores de satisfação sexual e, por conseguinte, não pode ser desencadeada a busca da ação específica, resultando em um acúmulo de excitação endógena sem representação, o que é vivido como desprazer.

29_PERÍODO: A_LIBIDO_RECALCADA

a.) A HISTERIA DE ANGÚSTIA

No Vocabulário de Psicanálise (LAPLANCHE e PONTALIS, 1986; p. 277) encontra-se que este termo foi utilizado pela 1ª vez por Stekel em 1908 em seu livro "Os Estados de Angústia Neurótica e seu Tratamento" por sugestão de FREUD.

Para Freud a estrutura desta neurose é semelhante à da histeria de conversão. Por interferência do recalque, a libido é separada da representação. Esta libido, contudo, não é convertida, mas liberada sob a forma de angústia.

Secundariamente, a libido tornada livre liga-se a uma outra representação por um mecanismo denominado de deslocamento, dando origem às fobias.

O elemento substituto evoca, do ponto de vista emocional, as respostas afetivas que seriam apropriados à representação recalçada.

Enquanto na neurose de angústia, o objeto da fobia era meramente contingente - o indivíduo toma o objeto "que estiver mais à mão" para explicar a si mesmo a origem do estado de angústia - na histeria de angústia o objeto da fobia é um substituto daquela representação primitiva e submetida ao recalque.

b) A NOÇÃO DE "PROTON PSEUDOS" HISTÉRICA NO "PROJETO" - A ARTICULAÇÃO DE "DUAS CENAS" NA HISTERIA DE ANGÚSTIA

Freud, ao estudar pacientes histéricas defrontou-se com um fenômeno ao qual dedicou particular interesse: alguns pacientes apresentavam crises de angústia em situações que não podiam justificá-las objetivamente (caso Emma, caso Catarina, etc). Utilizando sua técnica de investigação, verificou que a paciente histérica indicava conscientemente um momento a partir do qual iniciava a dificuldade de enfrentar determinados tipos de situação devido ao surgimento súbito da angústia. Era um processo no qual a angústia surgia mediatizada por uma certa configuração situacional.

Sob a idéia manifesta (situação de perigo neurótica), Freud encontrava uma outra idéia oculta, para a qual, haveria um nexo de sentido com a resposta afetiva que aparentemente fora evocada pela primeira situação.

Para poder explicar este fato dentro de sua proposta do "Projeto", isso é, para traduzir os fenômenos observados pela psicologia em termos de "processos quantitativos e neurônios", Freud lança mão do conceito de "Proton Pseudo", "primeira mentira" da histérica. Neste período, ainda não havia feito uma distinção das noções de sexual e genital e não havia identificado uma sexualidade infantil.

A forma como esse conceito é construído na parte II do "Projeto para uma Psicologia Científica" será o tema discutido a seguir deste trabalho, pois ajuda a pensar o fenômeno da angústia desde uma óptica simbólica ou, como quer Laplanche, na articulação de duas cenas (LAPLANCHE, 1988).

um caso clínico: Emma

Na parte II de seu "Projeto", Freud discute o caso clínico de Emma. Emma era uma paciente que apresentava crises de angústia que não lhe permitiam entrar em lojas, bastando a idéia de entrar em uma loja para que a crise se desencadeasse.

No início dessa situação, Emma relacionou um determinado acontecimento - por volta dos 12 anos de idade, ela entrara em uma loja onde havia dois vendedores que começaram a rir de seu vestido. Nesse momento, tivera uma grande crise de angústia que a obrigara a sair correndo da loja. Investigando esta situação, Freud descobriu uma segunda idéia que a princípio havia estado oculta. Emma, quando tinha aproximadamente oito anos de idade, fora fazer compras numa confeitaria por duas vezes, "sendo que logo na primeira o proprietário agarrou-lhe as partes genitais por cima da roupa". Apesar disso voltou lá de novo "e agora se recriminava por essa segunda vez, como se com isso tivesse querido procurar o atentado" (FREUD, 1976; p. 465).

A partir desses dados, Freud tenta explicar o fato de Emma sentir angústia ao entrar em lojas. A idéia de entrar numa loja, não seria por si só suficiente para desencadear tamanha intensidade de afeto, mas a segunda idéia - a de entrar em uma loja onde sofrera um atentado sexual, sim. O "Projeto" introduz, neste ponto, a formação de um certo mecanismo psíquico: a "Proton Pseudo". Esta surgiria com o registro mnêmico da primeira cena que, devido ao fato de ter ocorrido antes da puberdade, não foi vivida como tendo um caráter sexual. Note-se que, nesse momento Freud ainda não admitia a existência de uma sexualidade infantil

e não entendia o conceito de sexual além do de genital. Assim, os fatos "sexuais" só seriam registrados como tal a partir da puberdade.

Quando Emma entra na loja e vê os dois homens rindo de seu vestido, essa cena evoca-lhe, a partir de certas analogias (entrar sozinha numa loja, vestido, etc), a situação vivida na primeira cena, antes da puberdade. Essa primeira cena é evocada e ressignificada por um conteúdo sexual, tornando-se traumática.

O ego, numa situação como essa, ficaria impossibilitado de utilizar suas "defesas normais", notadamente o mecanismo de atenção. Com a atenção, o ego acompanharia com "investimentos colaterais", os "neurônios" que estão investidos pelas percepções que podem causar desprazer. Assim, quando ocorrem situações que provocam o desprazer, estas ficam registradas em neurônios que foram investidos e em neurônios colaterais com os quais se formaram "facilitações". No Projeto, estas facilitações podem surgir de duas maneiras: ou pela passagem de Q ou pelo investimento simultâneo de dois ou mais neurônios vizinhos. O ego funcionaria basicamente pelo segundo processo. Quando há a repetição traumática, os neurônios colaterais proporcionam uma rede que distribui a carga recebida na tentativa de evitar a repetição do desprazer. Assim, a intensidade do desprazer tenderia a ir-se atenuando à medida que houvesse a repetição de cenas análogas e através de descargas fracionadas. Surgem conexões que permitem "ligar" a recordação, isso é, agregá-la com outros "neurônios" e "vias de descarga"; colocá-la dentro do fluxo mental.

Quando isso ocorre é possível a elaboração da cena traumática.

No caso da experiência de sedução prévia à puberdade, não é possível que o ego empregue o mecanismo de atenção, uma vez que, no momento que a cena ocorreu, não foi vivida como trauma ou desprazer e, com isso, não se formaram conexões colaterais a partir do ego. Ela não sofreria nem recalque nem seria elaborada, mas "pairaria" isolada da memória. Em algum momento após a puberdade, uma segunda cena análoga a evoca e, então, fornece-lhe um significado sexual; ela torna-se traumática e, por um mecanismo de defesa patológica, é excluída da vida consciente e impedida de entrar em conexão com outras idéias que poderiam permitir-lhe uma elaboração. "O ego foi atingido por onde não esperava", a partir de dentro. Vê-se que Freud tenta descrever a elaboração das situações traumáticas em uma linguagem realística.

A primeira vivência teria o caráter de um "corpo estranho" que teria sido inoculado na infância pela interferência da sexualidade do adulto.

Na teoria da "Proton Pseudos", a idéia manifesta torna-se substituta da idéia oculta. Freud imagina que, em algum momento, as duas idéias estiveram juntas, pelo menos em parte. Teria havido uma primeira cena, na qual um núcleo central estaria apto a tornar-se traumático quando investido de significação sexual, enquanto aspectos circunstanciais a este núcleo teriam um papel de "fundo". Algo desses "aspectos circunstanciais" tornar-se-ia o símbolo desta cena total, isso é, seria o que tornaria a segunda cena a idéia manifesta, enquanto o núcleo eficiente - no

caso de Emma, o atentado sexual - seria a idéia oculta, que não faria parte dos processos conscientes. A idéia central torna-se oculta justamente porque, através de um processo econômico, transferiu para seu representante toda a carga afetiva.

O "Projeto" admite que um símbolo não é necessariamente patológico, desde que o sujeito não esqueça o que é simbolizado por ele.

Não é isto o que aconteceria com o símbolo histérico. O simbolizado não desempenha qualquer papel na vida psíquica da histérica, somente o símbolo. O símbolo substitui completamente o simbolizado. Freud conclui que, para cada "idéia compulsiva" dos histéricos, haveria uma idéia excluída correspondente.

A experiência clínica mostrava a Freud que as idéias excluídas da vida consciente seriam aquelas que causam desprazer e que fazem parte da vida sexual. Seria o afeto de desprazer que imporia a exclusão da idéia.

Na defesa primária, quando o fluxo de Q estivesse dirigido ao neurônio investido da situação desprazerosa, o início do desprazer faria com que a corrente do pensamento mudasse de direção, isso é, faria o indivíduo afastar-se do possível desprazer.

Na defesa patológica da histérica, este mecanismo não pode ser acionado. O neurônio, ou grupo de neurônios, que representa a situação passada de sedução não criou "cadeias colaterais". Então, quando é reinvestido, a vivência desprazerosa surge novamente. Não há a possibilidade de defesa. A liberação sexual investirá a cena de sedução. A lembrança libera um afeto

que não pôde ser suscitado quando ocorreu na qualidade de experiência.

Concluindo, para haver tal sintoma histérico seriam necessárias duas cenas prévias - uma primeira cena de sedução por um adulto na infância e uma segunda cena, após a puberdade, que vai tornar a emoção da primeira traumática. A partir daí estaria montado o mecanismo da "Proton Pseudos" como corpo estranho psíquico originado na relação com o mundo adulto e pronto a desencadear sintomas pela impossibilidade do ego defender-se do desprazer a partir de sua evocação.

No contexto interno ao "Projeto", a teoria do "Proton Pseudos" surge para dar conta do fato clinicamente observado de como uma representação poderia ser simultaneamente inconsciente e eficiente psiquicamente.

A teoria da "Proton Pseudos" histórica é uma primeira aproximação de uma psicopatologia que leva em conta o caráter de exclusão da representação da vida mental consciente, mantendo um caráter "eficiente" e que seria correlativa às posteriores elaborações sobre o inconsciente e o recalque.

Foi sobre estas bases que as teorias do recalque e do deslocamento, presentes nas fobias, se desenvolveram.

o símbolo e o clichê: mediadores da ação.

uma contribuição de a. lorenzer

O conceito psicanalítico de símbolo evoluiu desde os primeiros trabalhos de Freud.

Com seu "Estudo sobre a histeria", os fenômenos de "simbolização" foram considerados como expressão de sentido individual.

A "Interpretação dos Sonhos" introduz o conceito de "Símbolos Oníricos": signos fixos dos conteúdos inconscientes, de transmissão filogenética. Dessa forma, a "linguagem do inconsciente" possuiria categorias independentes tanto dos indivíduos como da cultura. Desde esta "objetivação" da origem do símbolo, Freud volta a retomar a compreensão do símbolo como produção subjetiva.

Diante do problema de conciliar a dinâmica das representações com uma descrição típica dos processos mentais, Alfred Lorenzer propõe que os representantes conscientes têm caráter de símbolos, enquanto os inconscientes são estruturas não-simbólicas, chamando-os de "clichês".

Para LORENZER (1987), os clichês, como os símbolos, podem ser investidos psiquicamente. Enquanto os símbolos podem ser evocados independentes de uma situação real, os clichês necessitam de uma configuração cênica, real ou fantasiada. Quando tal "cena" se apresenta, inicia-se um processo dramático inconsciente. Enquanto no símbolo a distinção entre "objeto" e "símbolo" se mantém, tal autonomia se perde nos clichês.

O retardo na descarga motora se baseia na autonomia dos símbolos. Com a possibilidade de relembrar o símbolo independentemente de qualquer configuração cênica, o símbolo adquire uma função na mediação da economia dos afetos e a dinâmica pulsional pode desligar-se da presença do objeto. Assim

como no modelo do "Projeto", a ação pode ser "ensalada" tentativamente no "espírito", com pequenas quantidades de energia, antes de ser posta em marcha. Este fator de mediação elimina o caráter inelutável da descarga pulsional, isso é, introduz o processo secundário. Certas reações emocionais parecem imotivadas e espontâneas justamente porque não são mediadas por clichês, isso é, perderam o seu caráter simbólico.

Para Lorenzer, os clichês originam-se do mecanismo do recalque, a partir dos símbolos. O recalque acarretou a perda da função simbólica que resultou na formação de um clichê. A ação do sujeito, medida por símbolos, passou a ser determinada por clichês. Como já se viu, ao contrário do símbolo, que sempre impõe uma diferenciação entre o próprio símbolo e o objeto simbolizado, o clichê diante de uma certa disposição cênica desencadeia uma conduta automática e inconsciente, impondo-se ao sujeito, sem diferimento e com independência da estrutura simbólica. A "cena" se desenvolve por uma trajetória interior inelutável. As descargas pulsionais integradas a clichês estão estritamente determinadas. Os clichês não se desgastam e são irreversíveis, mantendo seu caráter estereotipado enquanto se mantiver o recalque. Com o procedimento analítico é possível restituir à representação-clichê o seu caráter simbólico.

Segundo Lorenzer, uma conduta humana nunca é regida só por símbolos ou só por clichês, mas sim por uma mistura de ambos. A formação da conduta neurótica ocorre por perda de uma diferenciação já obtida: a operação com símbolos.

Nas proposições de Lorenzer, bem como nas concepções freudianas sobre a histeria de angústia, encontra-se o fenômeno das crises de angústia mediatizado por algum tipo de "representante" psíquico, seja o objeto fóbico, seja a situação-clichê.

As crises de pânico descritas pelos pacientes com DP em seu caráter de absurdo para o sujeito e total imprevisibilidade parecem não estar tão intimamente relacionadas a determinados representantes. A clínica destes pacientes, que destacam tão fortemente o caráter de "espontaneidade" e independência das crises frente a situações externas, sugere que estes modelos seriam insuficientes para explicar as crises de pânico.

3º PERÍODO: A ANGÚSTIA COMO SINAL

Freud em "Inibição, Sintoma e Angústia", de 1926 (FREUD, 1976i) introduz a distinção entre o que denominou de "angústia automática" e "angústia-sinal".

A angústia automática apareceu como:

"uma reação do indivíduo que se encontra em uma situação traumática, isto é, submetido a um fluxo de excitações de origem externa ou interna, que ele é incapaz de controlar". (LAPLANCHE e PONTALIS, 1986; p.60)

Isto é, um estado de insuficiência do ego diante das excitações.

A situação traumática é aquela de um "afluxo inesperado de excitações excessivamente múltiplos e excessivamente intensas ..." (LAPLANCHE e PONTALIS, 1986; p. 61)

A ANGÚSTIA-SINAL, por sua vez, designa "um dispositivo que o ego põe em ação diante de uma situação de perigo de modo a não ser submerso pelo afluxo de excitações." (LAPLANCHE e PONTALIS, 1986; p. 632).

Entre os dois tipos de angústia, há diferenças qualitativas - sinal de perigo/sensação de desintegração e insuficiência do ego - e quantitativas (de intensidade) - a angústia automática é mais intensa e avassaladora que a angústia-sinal.

A angústia-sinal antecipa a reprodução da sensação original de desamparo do bebê no momento do nascimento de uma forma atenuada. O ego liberta uma pequena quantidade de desprazer como sinal da possibilidade de submersão frente à excitação: "com a imaginação previsora, mais o planejamento resultante de atos anteriores adequados, forma-se a idéia de perigo" (FENICHEL, 1981; p. 38)

A situação julgada como perigosa cria condições de reprodução da situação traumática, porém de forma muito menos intensa.

Examine-se estes dois processos, de uma forma um pouco mais próxima, naquilo que eles podem auxiliar no desenvolvimento do tema desta dissertação.

a) A SITUAÇÃO TRAUMÁTICA

Freud analisa a situação do trauma em diversos momentos de sua obra. Discutir-se-ão seus pontos de vista tais como apresentados em "Além do Princípio do Prazer".

Em primeiro lugar, "traumáticas" seriam "qualquer excitações providas de fora que sejam suficientemente poderosas para atravessar o escudo protetor [contra estímulos]" (FREUD, 1976h; p. 45). Quando isso ocorre, o princípio do prazer é posto fora de ação momentaneamente e surge o problema de denominar as quantidades que irrompem e vinculá-las a representações. A mente reagiria recrutando investimentos suficientes para criar um contra-investimento às custas do empobrecimento dos sistemas remanescentes. Os dois principais elementos de proteção ao "escudo" seriam a preparação para o perigo pela "Angst", em seu caráter de angústia-sinal (LAPLANCHE, 1986), e o hiperinvestimento dos sistemas receptivos de estímulos.

Outro caráter central da neurose traumática seria a repetição, a evocação do trauma na tentativa de dominá-lo, "ligá-lo", retrospectivamente. Ao descrever a experiência do nascimento como um "protótipo", FREUD e como "trauma" assinala que:

"O perigo do nascimento não tem ainda qualquer conteúdo psíquico ... Ele [o bebê] somente pode estar cômico de alguma grande perturbação de sua libido narcísica" (FREUD, 1976i; p. 158).

FENICHEL (1981) sustenta uma posição que aproxima o pânico à angústia automática:

"... [é] provável que a angústia automática ou pânico seja dinamicamente, a mesma coisa que a angústia primária: a forma pela qual uma insuficiência de controle, (um estado de que se está inundado de excitação) é passiva e automaticamente sentida." (p. 38) [grifo meu]

Este mesmo autor chama a atenção para o fato de que há situações nas quais o sinal de perigo é seguido de pânico esmagador justamente pelo ego não ter podido controlar o sinal que produziu.

Em Freud, portanto, têm-se descritos dois processos básicos do surgimento da angústia em condições patológicas:

1) Na situação traumática, em que não havia qualquer preparação para a súbita invasão de excitação. O ego submerge indefeso diante deste acúmulo. O nível de desprazer é intenso e a vivência é de impotência, passividade e aniquilação do ego. Este seria o processo ligado ao surgimento do pânico.

2) Na articulação de duas cenas, sendo que pelo menos uma delas é uma lembrança do passado ou, mais precisamente, um registro fantasiado. A cena atual evoca inconscientemente a cena oculta, esta sim motivo de angústia. A angústia surge incoerente com a cena atual.

Bem, os ataques de pânico do adulto podem ser descritos como "uma grande perturbação" do ponto de vista da sua "espontaneidade" e de sua intensidade. Seu caráter "Inexplicável" e de aniquilação pode facilmente fazer com que o ego recorra a "ligá-lo" a representações pré-conscientes de morte ou enlouquecimento. O que é central é que não há uma preparação para tal "invasão" de excitação ou, se há, não é eficaz.

Ao que parece, o fenômeno do pânico não deve ser reduzido ao fenômeno da angústia do ponto de vista freudiano. Contudo, o momento da crise de pânico pode ser aproximado da experiência de angústia automática e a ansiedade antecipatória que segue, de hábito, as crises de pânico pode ser aproximada do mecanismo de angústia-sinal.

Com isso, ressalta-se o caráter inesperado, aniquilador e não passível de ser explicado das crises de pânico por aquele que as experimenta.

Na história habitualmente relatada pelos pacientes com desordem de pânico há, em geral, um momento claramente definido — o da primeira crise. O evento é lembrado com toda a clareza e riqueza de detalhes. É comum que os pacientes façam uma divisão nítida de sua vida entre um "antes" e um "depois" desta crise, como se fosse um evento provindo do exterior de si próprios, que lhes tivesse sido imposto desde fora e os marcado definitivamente. Nesta crise parecem estar presentes, ao menos no relato dos pacientes, um elemento de não-preparação, e um caráter de transbordamento e submersão: desespero, sensação de sufocamento, de estar ficando louco, de perder o controle, etc.

A partir desta primeira crise, surge um estado de ansiedade cujo conteúdo principal é o temor de ser surpreendido novamente pela experiência desprazerosa do pânico juntamente com as fantasias a ela associadas como as de estar sofrendo de alguma doença orgânica grave não identificada.

Ora, o outro elemento de proteção ao "escudo contra estímulos" - o hiperinvestimento dos sistemas receptivos parece ser representado pela excessiva atenção que estes pacientes passam a dirigir as suas sensações físicas. Eles têm máxima preocupação em relação a mínimas alterações corporais. Tendem, também, a associar os locais e situações em que já tiveram crises anteriormente ao desencadeamento do pânico. Discretas semelhanças da sua situação atual com situações onde já tiveram a crise são logo percebidas e atuam como fonte de ansiedade. Parece haver um estado de alerta, com o objetivo de identificar mínimos sinais da volta das crises. Contudo, toda esta preparação é altamente ineficaz, uma vez que a tendência das crises é a repetição.

Vê-se que é possível uma aproximação dos fenômenos observados na desordem de pânico com a dinâmica das neuroses traumáticas, tal como vista por Freud. Ao que parece, o que os modelos puramente biológicos supõem é que o "trauma psíquico" seria de natureza bioquímica, fundamentalmente alheia ao psiquismo do indivíduo, enquanto em sua origem (estariam em jogo fatores genéticos e constitucionais prévios ao sujeito). Essa desorganização bioquímica também teria uma tendência à repetição.

Por outro lado, no texto de 1920 - "Além do Princípio do Prazer" - Freud chama a atenção a que a pulsão - seu conceito

limite entre o biológico e o psíquico - teria, ela mesma, um caráter eminentemente traumático e repetitivo:

"O fato de a camada cortical que recebe os estímulos achar-se sem qualquer escudo protetor contra as excitações providas do interior deve ter como resultado que essas últimas transmissões de estímulos possuam uma preponderância em importância econômica e amiúde ocasionem distúrbios econômicos comparáveis às neuroses traumáticas" (p. 51) [o grifo é meu]

Há, assim, dentro da teoria psicanalítica, a possibilidade de se descrever um fenômeno que se comporta à maneira de uma neurose traumática a partir de "traumas" cujas fontes sejam internas ao psiquismo do sujeito - a pulsão e seus derivados.

b) A QUESTÃO DO PERIGO E A DIMENSÃO TEMPORAL DA ANGÚSTIA

Nas situações traumáticas o ego vê-se assaltado por uma quantidade de excitação muito superior ao que estaria apto a descarregar. Esse tipo de angústia não necessita da intermediação de representação para atuar e seu protótipo é a situação do nascimento. Este seria o modelo considerado angústia automática. Ele guarda algumas semelhanças com a angústia, tal como proposta nas neuroses atuais.

Há situações nas quais o ego percebe que a exigência pulsional, se satisfeita, conduziria a uma inundação do ego de excitação, análoga às situações traumáticas. Nesse caso, a angústia atuaria como um sinal de desprazer para o ego e o obrigaria a tomar medidas de defesa contra o aparecimento da pulsão por acionar a instância prazer-desprazer.

O caráter "automático" da angústia ressalta seu aspecto de ser imediato.

A possibilidade de mediatizar estes afetos ocorre pela ação do ego em seu desenvolvimento. Este desenvolvimento tem duas dimensões básicas:

- a) A introdução de uma representação de perigo;
- b) A introdução de uma dimensão temporal.

A questão do perigo

Na terceira fase da teoria freudiana da angústia, a identificação pelo ego de um perigo é fundamental.

A angústia é apresentada como uma pequena liberação de desprazer que parte do ego como um sinal da presença de uma situação de perigo. Para o ego o perigo seria a repetição da situação traumática.

Freud identifica o nascimento como o protótipo universal dessa situação de acúmulo de desprazer sem possibilidade de defesa. O registro mecânico deste estado é tomado como modelo de situação a ser evitada pelo ego, isso é,

aquelas nas quais ele prevê que ficará impotente diante da excitação.

A origem do perigo pode tanto ser externa quanto interna"

"A psique é dominada pelo afeto de angústia se sentir que é incapaz de lidar por meio de uma reação apropriada com uma tarefa (um perigo) que se aproxima de fora. Nas neuroses é dominada pela ansiedade se notar que é incapaz de atenuar uma excitação (sexual) que tenha surgido de dentro" (FREUD, 1976i)

O ego incipiente do bebê não teria possibilidades, por si só, de lidar com uma situação de acúmulo de excitações. São os cuidados maternos - da "pessoa solícita" - que suprem suas demandas, evitando a repetição da situação de angústia automática.

A partir daí, a situação temida seria a separação definitiva da "pessoa solícita", uma vez que traria a possibilidade de, no futuro, novamente ver-se em estado de carência sem possibilidade de descarga, como no passado.

Diante disso, cada vez que o ego identificasse algo, indicasse o perigo de separação, enviaria um sinal de angústia - isso é - uma fração do desprazer que a repetição da situação traumática desencadearia. Esse "sinal" atuaria diretamente sobre a instância "Prazer-Desprazer", inibindo o processo pulsional e ativando as defesas do ego contra o desenvolvimento da pulsão.

Com as vicissitudes da libido e o desenvolvimento da personalidade, modificar-se-iam as características necessárias a um acontecimento para ser encarado pelo ego como perigoso. Os motivos de perigo primitivos iriam sendo substituídos por novos que, em última instância, também visam evitar que o ego encontrasse em estado de desamparo. O perigo da perda da pessoa solícita seria subsequentemente substituído pelo perigo da perda do amor dessa pessoa, pelo perigo da perda do pênis, pelo perigo da perda do amor do superego e, finalmente, o medo da morte "... que é um medo do superego projetado nos poderes do destino" (FREUD, 1976i; p.164).

Freud atribui um papel central à angústia de castração, à medida que ela reassignificaria todas as demais situações de separação e, logo, de perigo:

"Vemos agora que não há perigo algum em considerarmos a ansiedade de castração como a única força motora dos processos defensivos que conduzem à neurose" (FREUD, 1976i; p. 167)

O conceito de angústia de castração surge ligado às vicissitudes psíquicas implicadas nas diferenças anatômicas dos sexos. Para Freud, na fase fálica, apenas um órgão sexual seria reconhecido: o pênis.

Desde um ponto de vista emocional, a criança perceberia os indivíduos como divididos em duas categorias: os que possuem um pênis e os que não possuem pênis.

Não haveria, no menino, uma representação primária da vagina. Isso introduziria a seguinte lógica no menino, ao constatar a existência de pessoas sem pênis: se essas pessoas não o tem atualmente é porque o tiveram no passado, mas lhe foi suprimido. Logo: há a possibilidade de eu vir a ser castrado. Esta angústia estaria ligada às fantasias de punição por seus desejos incestuosos. Os efeitos dessa dramática situação seriam a renúncia à gratificação com o objeto interditado e a introjeção da interdição com o estabelecimento do superego. A menina, ao perceber que não tem o órgão, revolta-se contra a figura materna por não a ter suprido com o pênis e procurar obtê-lo junto ao pai através da equação: ter um filho do pai = a ter um pênis. Isso a levaria a uma nova frustração: a interdição do incesto.

Em ambos os casos, há um aspecto central: o pênis, que já era valorizado em função do auto-erotismo, torna-se ainda mais narcisicamente valorizado. Ele torna-se o aspecto narcísico mais importante ligado à imagem de si mesmo. Ao mesmo tempo, a perda desta "parte" seria o perigo temido, isso é, a perda tem tanto maior significação e o perigo de uma ocorrência geraria tanto mais angústia, justamente pela valorização narcísica implicada.

A angústia de castração faz ressignificar todas as experiências anteriores de separação: nascimento, desmame, evacuação, perda de amor da mãe, etc. dentro de uma dialética de perda de uma parte extremamente valorizada em relação ao todo. Isto se estende às relações do ego com o superego, nas quais um dos perigos centrais nas desobediências às exigências superegóicas é a separação, o abandono por parte do superego.

A dimensão temporal da angústia

Em 1926, Freud afirmou que a angústia tem relação com uma expectativa. Haveria uma sensação de perigo em relação a algo que estaria por vir, que estaria no futuro, futuro este relacionado com um desenrolar previsto a partir da situação atual.

Na angústia, a situação atual coloca o indivíduo "vivendo" (em oposição a "pensar que está vivendo") no momento presente um futuro no qual estará sendo repetida uma situação traumática já experimentada no passado só que de forma atenuada. Também aqui os três tempos se articulam em uma única experiência.

Dessa forma, segundo Freud, pode-se compreender que uma temporalidade que separe os três eventos - a situação traumática passada (p. ex., o nascimento), a situação atual e a possibilidade de repetição da situação traumática - não existe por si mesma. Cabe ao ego, em seu desenvolvimento, organizar esta temporalidade para que aumentos de excitação possam sinalizar uma situação traumática, mas não sejam vividos automaticamente como trauma atual. É neste sentido que Freud fala do ego como "a sede real da angústia" (FREUD, 1976i; p. 164).

Estes processos que levam o indivíduo a tolerar e lidar com as excitações de origem interna ou externa estão no centro do problema da angústia automática.

Quando se discutiu a angústia automática, observou-se que o aspecto central era o de uma insuficiência relativa do ego em relação à quantidade de excitação que reproduziria o estado de

desamparo psíquico do bebê. Essa insuficiência é "relativa" à capacidade do ego em "ligar" as excitações:

"... uma operação que tende a limitar o livre escoamento das excitações, a ligar as representações entre si, a constituir e manter formas relativamente estáveis" (LAPLANCHE e PONTALIS, 1986; p. 347)

A ligação é uma influência do ego sobre o processo primário.

Assim, a forma que o indivíduo tem de poder lidar com as excitações sem se ver invadido por uma angústia aniquiladora está relacionada à possibilidade do ego desenvolver-se e criar representações psíquicas para estas excitações de forma a poder manipulá-las.

Inúmeros outros psicanalistas desenvolveram estas idéias de Freud. Daremos maior ênfase a MELANIE KLEIN e W.R.BION.

V.3 CONTRIBUIÇÕES PÓS-FREUDIANAS

V.3.1 MELANIE KLEIN

Esta psicanalista desloca a ênfase freudiana quanto às origens da angústia das relações entre o ego e a libido para a "eterna luta entre Eros e o instinto destrutivo ou de morte" Melanie Klein destaca que:

"... o fato de Freud ter descoberto a agressão primeiro como um elemento na sexualidade infantil - como se fosse um anexo de libido (sadismo) - teve o efeito de concentrar por muito tempo o interesse psicanalítico na libido, sendo a agressão considerada, mais ou menos, um auxiliar da libido" (KLEIN, 1982b; p. 310).

Para ela, o elemento primordial na causalidade da angústia é a atividade da pulsão de morte sobre o organismo.

Melanie Klein discorda de certas posições de Freud em torno do medo da morte.

Freud, em "Inibição, Sintoma e Angústia", expusera suas razões para não considerar o medo da morte (ou medo de perder a vida) uma ansiedade primária. Sustentou seu ponto de vista sobre a consideração que "o inconsciente nada contém que, aparentemente, dê substância ao conceito de aniquilamento da vida", nem mesmo as experiências do sono ou do desmaio, concluindo que "o medo da morte deve ser encarado como análogo do medo de castração".

Melanie Klein, apoiada em sua experiência acumulada na análise de crianças pequenas, sugeriu que estas expressariam muito claramente a sua sensação de estarem sendo ameaçadas, por sua própria destrutividade, de ~~aniquilamento inicial do eu~~.

Ela acreditava que a ansiedade seria suscitada pelo perigo decorrente da pulsão de morte. Esta vivência de aniquilamento seria o fenômeno inicial presente já nos primeiros momentos de vida e de correria da ação da pulsão de morte contra

o próprio indivíduo.

A forma básica de lidar com esta ameaça, segundo os recursos primitivos do bebê, seria projetar a pulsão e experimentá-la como vinda do exterior contra o eu. Dessa forma, não a sentiria como um ataque interno, autodestrutivo e aliviaria a vivência de aniquilação. Surge o risco de aniquilação desde o objeto sobre o qual foi projetada a pulsão de morte. Isso levaria à constituição de um objeto "mau", "persecutório", que está no exterior, mas que, por identificação, está interno ao eu. Surge simultaneamente um objeto idealizado representante da pulsão de vida, que deve ser protegido dos ataques do objeto "mau". Melanie Klein denominou esta situação de **posição esquizo-paranóide** (KLEIN, 1982a).

Novamente encontra-se aproximações úteis e especificamente psicanalíticas à compreensão do fenômeno do pânico. Nele, o medo de aniquilação física e psíquica são centrais. A crise de pânico é vista como ameaça sempre prestes a surpreender o indivíduo e, embora surja inteiramente dentro do sujeito, é interpretada como um agente alheio ao seu próprio psiquismo: uma "doença", uma "crise". Tal situação possibilita lançar a hipótese de que no pânico, desde um ponto de vista kleiniano, há uma manifestação da atuação da pulsão de morte sobre o indivíduo, lançando-o a uma vivência de um ataque interno vivido como aniquilador para o ego. O ataque é vivido como surgindo desde o interior, sem ter sido projetado sobre um objeto num objeto mau externo.

Com relação ao ego e seu desenvolvimento, LAPLANCHE e PONTALIS (1986) comentam a respeito de Freud:

"Na formulação da última teoria das pulsões, a instância do ego e a energia pulsional que ela tem a sua disposição situam-se essencialmente do lado das pulsões de vida ..." e citam FREUD: "Servindo para instituir este conjunto unificado que caracteriza o ego ou a tendência deste [esta energia] limitar-se-ia sempre à intenção principal do Eros, que é unir e ligar".

Portanto, segundo a concepção freudiana, o ego se estrutura com as energias da pulsão de vida.

Retomando esta idéia, Melanie Klein descreve as fases iniciais das relações de objeto e da constituição do ego. Segundo ela (KLEIN, 1981 e 1982a) a estruturação do ego dá-se em torno da introjeção e identificação com um objeto bom estável, o que permite sua representação simbólica nas relações com as demandas pulsionais e com o mundo externo. É a identificação com o objeto bom que possibilita resistir aos ataques das pulsões destrutivas.

A constituição deste objeto bom é um processo longo e difícil, que supõe a superação da posição esquizoparanoide. Nesta fase, um mecanismo preponderante é a identificação projetiva:

"... o sujeito, na fantasia, projeta grandes partes de si mesmo no objeto e o objeto passa a se identificar

com as partes do eu (self) que é vivenciado como "contendo". Similarmente, os objetos internos são projetados para fora e identificados com parte do mundo externo que passam a representá-los. Essas primeiras projeções e identificações são o início do processo de formação de símbolos" SEGAL (1981; p. 82)

As características da crise de pânico fazem pensar num processo pré-simbólico. É apenas uma vivência de aniquilação súbita do eu sem uma possibilidade de sinalização prévia. Não há sequer um perseguidor externo. As identificações projetivas não conseguem estabelecer um "processo de formação de símbolos".

V.3.2 BION

Muitas vezes o estudo das contribuições de BION a prática psicanalítica apresenta certas dificuldades pela obscuridade de suas definições. Convém que se esclareça que Bion desejava realmente que suas reflexões se mantivessem em relação a uma "penumbra de associações". Dessa maneira, esperava evocar conexões relevantes, no sentido de compreensão de suas idéias sem, contudo, saturá-los ou esgotá-las.

BION desenvolve toda uma reflexão em torno da aquisição e desenvolvimento do processo do pensar. Para ele, o bebê não teria, desde o começo, um "aparelho para pensar" seus próprios pensamentos e esta função só se desenvolveria através de um vínculo adequado com alguém do mundo externo.

Inicialmente, para o bebê suas percepções e demandas pulsionais seriam vividos como um estado de ataque aniquilante, vindo desde o dentro. Os estímulos psíquicos não encontrariam quaisquer possibilidades de serem organizados. O bebê ainda não teria desenvolvido um aparelho para pensar seus próprios pensamentos.

Os elementos desta "invasão" não teriam representação no seu mundo psíquico, sendo vividos como "coisas-em-si", numa alusão a KANT que visa evocar a essência do objeto à qual não se pode ter acesso direto e não se pode conhecer. A experiência emocional que acompanha tal estado de invasão por "coisas" desconhecidas é a de aniquilamento total, vivência que BION denominou de "Terror-sem-nome". Aos elementos "estranhos" e perturbadores que invadem a vida psíquica BION denominou de Elementos Beta. (BION, 1975; p. 25).

A única maneira ao alcance da mente primitiva do bebê de lidar com os elementos beta é expeli-los de forma violenta e desorganizada pelo processo de identificação projetiva.

Os objetos do mundo exterior sobre os quais foram depositados os elementos beta passam a ter a mesma propriedade de incompreensibilidade. Estes objetos que recebem as identificações projetivas sem transformá-las passam a ser para o bebê, o que BION denominou de objetos bizarros. (BION, 1988; P. 49).

Para tentar explicar o que se passa na mente do bebê e o processo que deve ocorrer para que este possa lidar com seus próprios estímulos psíquicos, BION lança mão de um MODELO que designou de continente-contido (BION, 1973). Tal relação deve

evocar aquela que existe entre um copo e um líquido em seu interior.

Os estímulos da vida psíquica são elementos que inicialmente não podem ser contidos na mente do bebê. A vivência é de caos e aniquilação. Estes "contidos" não encontram "continente". São os elementos beta que não são passíveis de serem utilizados nos processos de pensamento onírico e, logo, não são aptos a serem simbolizados. A única forma viável de serem manipulados pelo bebê é serem descarregados pelas identificações projetivas, que, para BION, tem apenas um caráter patológico. Ela seria uma forma primitiva de comunicação do bebê com a mãe.

BION descreve uma função especial da mente da mãe, em seus cuidados com o bebê, que é a contrapartida receptiva aos elementos por ele evacuados. Tal função foi denominada de REVERIE e foi assim explicada:

"A parte dos canais físicos da comunicação, tenho a impressão de que o amor se expressa através dos sonhos (REVERIE) .

Se se usa [este termo] em um sentido restrito, a REVERIE é aquele estado anímico que está aberto à recepção de qualquer objeto do objeto amado e, portanto, capaz de receber as identificações projetivas do lactente, sejam sentidos por ele como boas ou más. Em resumo, a REVERIE é fator da função alfa da mãe." (BION, 1975; p. 58-59) [o grifo é meu].

A reverie depende da capacidade da mãe de sonhar e fantasiar e de sua capacidade de identificar-se com o bebê. É um estado mental que lhe permite acolher - conter - os elementos evacuados pelo bebê em suas identificações projetivas. Ao incorporar estes elementos a sua própria vida da fantasia, a mãe consegue ter acesso às vivências e necessidades do filho naquele momento, e consegue realizar um trabalho psíquico que não foi possível para aquele. Esta é a **função-Alfa**, a "capacidade de tolerar, conter e trabalhar os próprios conteúdos mentais" (SILVA, 1988; p. 12). É a capacidade de acolher as percepções e estímulos da vida psíquica em uma atividade próxima do sonhar, amenizando seu caráter terrorífico e transformando-os, para que assumissem formas passíveis de serem sonhadas e pensadas: os **elementos alfa**.

Bion atribui à função-alfa uma característica de "digestão" dos elementos-beta em elementos-alfa.

"Se o paciente não pode transformar uma experiência emocional em elementos-alfa, não pode sonhar. A função-alfa transforma as impressões sensoriais em elementos-alfa que se assemelham, e na realidade podem ser idênticos, às imagens visuais com os quais estamos familiarizados nos sonhos, principalmente os elementos que Freud considera entregam seu conteúdo latente quando o analista os interpreta". (BION, 1975).

Esta anotações de BION se aproximam das considerações de FÉDIDA (1983) sobre os sonhos, em que o autor ressalta o papel do sonho como psicoterapeuta e pergunta:

"Não é bastante freqüente constatar que o paciente sente a justo título, uma melhora no seu estado quando ele percebe ter reencontrado a capacidade de se lembrar de seus sonhos ou ainda quando ele se dá conta do estado dos seus pensamentos e atos mais à luz dos sonhos da noite ?" (p. 138)

Aquilo que foi violentamente expelido pelo bebê devido ao terror que causava são acolhidos pela função alfa da mãe - da qual sua capacidade de reverie é um fator - e transformados em elementos alfa. Estes elementos alfa são devolvidos ao bebê e são passíveis de serem pensados.

A função de pensar do bebê pode desenvolver-se no momento em que se dá uma relação de troca - projeções e reintrojeções - no contato com a reverie da mãe. É esta relação dinâmica que permite um crescimento no sentido de sair do TERROR em direção ao PENSAR.

Esta relação entre os conteúdos expelidos do bebê e a capacidade da mãe de contê-los são, por sua vez, função de certos fatores que podem modificá-los. Bion destaca a capacidade de tolerar frustrações do bebê e a função de reverie da mãe.

Tais conceitos podem ser úteis no sentido de se pensar as crises de pânico como momentos de vivência de um TERROR-SEM-NOME. Tal modelo respeitaria o caráter "primitivo", sem representações psíquicas das crises de pânico observados no DP. A

capacidade de conter as próprias vivências mentais é colocada fora de ação. Subitamente haveria a invasão de elementos caóticos, o que é experimentado com aniquilamento. Por algum motivo, a capacidade de continência sucumbe e surgem as crises.

Considerando-se as observações dos autores cognitivistas (MARGRAF e cols. 1986; CLARK, 1986)¹ sobre a incapacidade dos pacientes com crises de pânico de integrar nas impressões corporais, como expressão de uma falha em tornar as próprias vivências corporais e emocionais disponíveis ao pensamento e a própria crise de pânico como um momento de evacuação destes elementos não-integrados (elementos-beta), seria possível compreender os fenômenos do pânico segundo a concepção de Bion. A crise, seus sintomas e sensações corporais e a expectativa do retorno da crise seriam expressão desse "déficit" da função-alfa.

Este tipo de compreensão também abre novas possibilidades à atividade psicoterápica e ao manejo clínico.

10 central para eles não seria a existência de dois tipos diferentes de ansiedade - pânico a tendência dos pacientes com predisposição ao pânico a interpretarem as sensações corporais da ansiedade de forma "catastrófica", isto é, como evidência de um grave transtorno corporal ou morte iminente.

FÉDIDA (1983) sugere que a psicoterapia propiciaria que elementos das vivências emocionais "não elaborados" podem ser assimilados na ação "psicoterápica" do sonho, o que numa tentativa de tradução para a linguagem bioniana, significa dizer que a psicoterapia devolveria o funcionamento da função-alfa.

Caberia uma reflexão futura sobre o papel de continência do psiquiatra e do psicoterapeuta frente aos pacientes com DP. Isso será discutido na conclusão deste trabalho.

V.3.3 WINNICOTT

" Angústias muito fortes são experimentadas nos estágios iniciais do desenvolvimento emocional, antes que os sentidos estejam organizados, e antes que ali exista algo que possa ser chamado de um ego autônomo. Na verdade, a palavra angústia é inútil, pois o tipo de aflição que o bebê sente neste estágio é muito parecido ao que se encontra por trás do pânico, e o pânico já é uma defesa contra a agonia que faz com que as pessoas se suicidem, em vez de reverem o seu passado."

Este trecho retirado de WINNICOTT (1988b; p.31) aponta dois problemas fundamentais: a diferenciação entre angústia e pânico; e o pânico como defesa contra "agonias" primitivas no que diz respeito aos cuidados maternos. O primeiro destes problemas foi discutido anteriormente. Winnicott também separa os fenômenos que são vividos como intensamente aflitivos e sem possibilidades de defesa daqueles fenômenos de angústia menos intensos e que alertam para o desenvolvimento deste estado de "insuficiência". Aqui, porém, Winnicott não iguala o estado de pânico ao estado de máxima aflição, mas confere ao pânico um status de "defesa".

Winnicott acredita que o protótipo de todos os cuidados com o bebê é o ato de segurá-lo. Para ele a mãe atua como um ego auxiliar na experiência de segurar adequadamente o bebê, "de tal forma que o bebê teve um ego desde o primeiro instante, um ego muito frágil e pessoal, mas impulsionado pela adaptação sensível da mãe, e pela capacidade desta em identificar-se com um bebê no

que diz respeito a suas necessidades básicas." (WINNICOTT, 1988a).

Winnicott vê nesta "adaptação ativa" da mãe às necessidades do bebê a criação de um "ambiente de facilitação" que possibilita o desenvolvimento dos processos emocionais sem uma sensação de invasão e sem a necessidade de um desenvolvimento prematuro do ego. O ato de segurar mal o bebê o força a ter uma consciência prematura para a qual não estava preparado.

O segurar mal traria uma sensação de quebra da continuidade de seu ser, fazendo com que o bebê experimentasse ter que existir simultaneamente em duas partes: o corpo e a cabeça. Essa experiência seria a da cisão da personalidade e é vivida como uma "agonia mental". Winnicott afirma que as agonias muito primitivas são poucas e incluem "a sensação de quebra no vácuo, e todos os tipos de desintegração e coisas que geram uma desunião entre a psique e o corpo" (WINNICOTT, 1988b; p. 37).

Apesar de WINNICOTT não expressar isso claramente, parece implícito em seu raciocínio que o pânico atuaria como uma defesa desesperada contra a revivência desta "agonia mental primitiva".

V.3.4 RENÉ SPITZ

RENÉ SPITZ, a partir da experiência com observação de bebês, aponta uma mudança decisiva no comportamento do bebê em seu relacionamento com os outros entre o 6º e o 8º mês. Até

então, ele respondia com um sorriso quando uma visita ocasional aproximava-se de seu berço balançando a cabeça ou sorrindo.

Entre o 6º e o 8º mês, contudo, se um estranho se aproxima, surge na criança um comportamento típico: apresenta intensidades variáveis de apreensão ou ansiedade e rejeita o estranho. Embora possa ter outras respostas, o denominador comum entre elas é uma recusa de contato, uma rejeição, com um tom mais ou menos intenso de ansiedade. Spitz denominou este momento de "Ansiedade dos oito meses" e considera-a a primeira manifestação de ansiedade propriamente dita. (SPITZ, 1986).

Spitz distingue no primeiro ano de vida três estágios da ontogênese da ansiedade:

1º) Reação do bebê ao parto, retomando a concepção de FREUD desta reação como protótipo fisiológico de toda ansiedade posterior.

Estas manifestações têm todas as características de estados de tensão fisiológica, com fenômenos de descarga difusa, mas não têm conteúdo psicológico.

Com o passar do tempo essas descargas dos estados de tensão não perdendo seu caráter difuso, passando a ocorrer em situações de desprazer sempre mais específicos. Por volta da 32ª semana de vida, tornam-se cada vez mais estruturadas e inteligíveis para o observador.

Para a mãe é o início da comunicação.

Para o bebê, no início, é apenas um sinal de seu desconforto. Ainda não é um apelo de ajuda, permanece ao nível da expressão, embora já tenha se tornado voluntária e articulada.

Até os 3 meses, qualquer face era tão boa quanto qualquer outro, pois para a criança apenas representa um sinal gestáltico de satisfação de necessidades. Sua ansiedade não é uma resposta à memória de uma experiência desagradável com o estranho, mas à percepção de que a face do estranho não é idêntica aos traços de memória da face materna: é o medo de ter perdido a mãe.

A ansiedade dos 8 meses marca um estágio distinto no desenvolvimento da organização psíquica: é um sinal de que ela estabeleceu uma verdadeira relação objetal e de que sua mãe se tornou seu objeto libidinal, seu objeto de amor. Este período é um ponto crítico - para Spitz era o 2º organizador da psique.

No início (desde o nascimento), uma necessidade interna não-específica produz uma tensão não-específica e sua descarga não-específica.

A ansiedade dos 8 meses, por sua vez, está ligada à integração do ego e à constituição de um objeto libidinal, e, dessa forma, à cristalização das respostas afetivas.

Spitz é mais um autor que vê uma evolução desde um processo mais primitivo e caótico do processo de angústia até as formas mais elaboradas. Em todos estes autores, pode-se pensar o pânico como manifestação dos estágios mais primitivos.

Certamente há outros autores psicanalíticos com contribuições importantes para a análise do fenômeno do pânico de angústia. Para meus objetivos, contudo, é suficiente a revisão

feita até aqui.

Tem-se, agora, um quadro clínico descrito a partir do referencial da psiquiatria que, por condições de sua própria descoberta, proporcionou o desenvolvimento de modelos biológicos e cognitivos que se propõem dar conta de todos os fenômenos observados. Por outro lado, a teoria e a prática psicanalíticas, com seus próprios conceitos e abordagens para os fenômenos ansiosos, credencia a psicanálise a participar do debate sobre esta entidade clínica.

Considerando que os resultados de uma investigação científica estão vinculados aos métodos de pesquisa utilizados e ao sistema teórico que os referenciam e que as propostas de abordagem terapêutica dependem diretamente do modelo compreensivo como determinada entidade clínica focalizada, não só é plenamente justificável como também recomendável estudar o fenômeno do pânico com métodos que tenham como referência os conceitos e enfoque da psicanálise.

VI. DISCUSSÃO DE UM CASO DE DP A PARTIR DA CONSULTA PSIQUIÁTRICA E ENTREVISTAS PSICOLÓGICAS

A fim de ilustrar a importância de uma visão clínica ampla no que diz respeito à abordagem dos pacientes que apresentam crises de pânico, apresentarei agora, um caso atendido no ambulatório de psiquiatria do HC-UNICAMP.

O objetivo de tal tipo de investigação é abordar o fenômeno do pânico e do DP com um método capaz de evidenciar a dimensão humana e psicodinâmica destes pacientes. Por isso, foi escolhido um método clínico por excelência - a entrevista psicológica. O primeiro passo está em explicitar seus principais pressupostos para, a seguir, apresentar o procedimento e a análise do caso.

VI.1 A Entrevista Psicológica como Método de Investigação Clínica

Há diversos contextos nos quais os pesquisadores dedicados à investigação da personalidade procedem ao estudo de casos individuais. Assim, é conveniente que se explicita o caráter essencial daquilo que é chamado "método clínico".

REUCHLIN (1971) chama a atenção para o fato de que faz parte do espírito do método clínico:

"a tendência a personalizar até certo ponto seus diferentes usos e suas diferentes definições e a só tentar uma generalização a partir dessas constatações individualizadas" (p. 106)

Para ele, o estudo prolongado dos casos individuais constituiria a característica central do método clínico. As generalizações só serão possíveis a partir do exame dos casos individuais. O fato de tomar como objetos de estudo, pessoas individualizadas não é suficiente para definir o método clínico. Um método de observação normalizada e quantificado aplicado diversas vezes sobre o mesmo indivíduo, no decorrer de seu desenvolvimento, não será necessariamente "clínico".

"Será necessária ainda a arguta intuição do clínico, na pesquisa dos motivos inconscientes, uma sensibilidade, para adivinhar como funcionaram as relações no interior da família e por que razões este clima afetivo influenciou o desenvolvimento da criança; será preciso saber compreender o que não ficou dito, sentir as tensões e as atrações, tornar explícitos os fantasmas" (BOULANGER - BALLEYGNIER, 1968, citado em REUCHLIN, 1971; p. 115).

"Arguta intuição", "sensibilidade", "adivinhar", "clima afetivo", "saber compreender", "sentir", "fantasmas", todas são

expressões que sugerem alto grau de interferência de fatores subjetivos dos pesquisadores e de variáveis não passíveis de controle que entram jogo na dinâmica do método clínico. Isso levou ao questionamento da possibilidade de seu uso para a obtenção de um conhecimento sobre o objeto dentro de limites que possam ser chamados científicos. O problema metodológico essencial suscitado pelo emprego da intuição é o do controle ao qual todo o método científico deve poder ser submetido.

JASPERS (1989), por exemplo, evoca como critério de verdade, no contexto de sua fenomenologia, "a evidência de compreensão genética"

"essa evidência faz-se indutivamente provada por causa da experiência em relação às personalidades humanas, mas não pela experiência que se repete; sua força de convicção está em si mesma e o reconhecimento dessa evidência é requisito da psicologia compreensiva, tal qual o reconhecimento da realidade percebida e da causalidade é requisito das ciências naturais".

Quando ressalta que "Em fenomenologia o que importa não é tanto o estudo de casos sem conta e sim compreensão intuitiva de alguns casos particulares" (p. 72), Jaspers aponta para a importância concedida à intuição como caráter distintivo do método clínico. No método experimental, a intuição tem um papel apenas temporário, particularmente no momento de constituição de uma determinada hipótese a ser testada. A intuição recebe um

tratamento metodológico muito diferente no quadro do método clínico.

Contudo, a atitude clínica leva a limitar e, até mesmo, rejeitar o emprego de técnicas normativas que forneçam resultados quantitativos. O próprio indivíduo é tomado como quadro de referência. O emprego de testes constitui motivo de controvérsia. Muitos os consideram como um momento essencial do exame clínico, pois permitiriam que fosse precisado o problema individual. Outros pesquisadores por sua vez exprimem a intenção de utilizar exclusivamente situações de observação que sejam "naturais" ou "concretas", por oposição às situações de experimentação ou teste, no fenômenos dito humanos.

As possibilidades de fundamentação teórica e prática do método clínico foram grandemente impulsionadas com o advento da psicanálise, pelo campo que abriu ao sistematizar de forma mais rigorosa e coerente as condições subjetivas presentes na situação clínica.

REUCHLIN (1971) destaca que alguns clínicos consideram que o objeto a que se aplica seu método não é nem o próprio pesquisador (psicologia na primeira pessoa, caracterizada pelo emprego da introspecção), nem o indivíduo examinado, considerado como um objeto exterior (psicologia na terceira pessoa, caracterizada pelo emprego de métodos colhidos nas ciências da natureza), mas sim o indivíduo examinado em suas relações, seu diálogo com o clínico. Assim, o campo de aplicação do método clínico vem a ser o de uma intersubjetividade. Visto ser possível considerar cada indivíduo como sendo incomparável e irredutível a

todos os outros, a intuição seria o único meio possível para chegar ao conhecimento daquele interlocutor específico.

Para uma maior discriminação da entrevista como modelo privilegiado da clínica, é conveniente estabelecer algumas definições.

ETCHEGOYEN (1986) chama à atenção que o termo entrevista é muito amplo abordando, em princípio, tudo o que seja uma visão entre duas (ou mais) pessoas. Contudo, o termo é reservado para algum encontro de tipo especial, não para contatos regulares. Torna-se necessário delimitar a que entrevista se refere.

Segundo Etchegoyen, as características definidoras de uma entrevista são basicamente seus objetivos e seus métodos:

"Os objetivos estão sempre presentes, ainda que não se lhes explicita, nem se lhes reconheça formalmente, são importantes mesmo que não decidam o curso da relação." (p. 28) Os objetivos de uma entrevista são radicalmente diferentes da psicoterapia, o que torna necessário a definição rigorosa dos fins da entrevista, [embora KNOBEL (1986), ressalte os aspectos psicoterápicos da entrevista].

Etchegoyen distingue, quanto aos objetivos, a entrevista psicanalítica do interrogatório: enquanto esta objetiva obter informação, saber o que é consciente ao entrevistado, aquela pretende ver "como o indivíduo funciona e não como diz que funciona" (p. 28). Aproxima-se dessa forma das distinções lacanianas do eu do enunciado e do eu da enunciação, considerando que "ninguém pode dar uma informação fidedigna sobre

si mesma" (p. 28). A entrevista psicanalítica parte de "querer averiguar o que o entrevistado não sabe, de modo que, sem desqualificar o que ele possa dizer, o central será o que se possa observar no curso da interação que a entrevista promove" (p. 28).

BLEGER (1979), por sua vez, define entrevista psicológica como aquela na qual se busca objetivos psicológicos (investigação, diagnóstico, terapia, etc) e tenta discriminar os procedimentos que se baseiam em uma interação verbal entre pessoas com objetivos clínicos e de investigação:

a.) **Consulta:** solicitação de assistência técnica ou profissional, que pode ser prestada de diversas formas, uma das quais, a entrevista.

b.) **Anamnese:** é uma compilação de dados pré-estabelecidos, de tal amplitude e detalhe que permite obter uma síntese tanto da situação presente como da história de um indivíduo, de sua doença e de sua saúde. Na anamnese, a finalidade é a compilação de dados e o paciente é um mediador entre uma enfermidade e sua vida por um lado é o médico por outro. Se o paciente não oferece informações, estas devem ser extraídas dele. Algumas contribuições espontâneas do paciente podem ser consideradas perturbações à anamnese.

c.) **Entrevista Psicológica:** Tenta o estudo e a utilização do comportamento total do indivíduo em todo o curso da relação estabelecida com o técnico, durante o tempo que durar esta relação. Seu objetivo é fazer um diagnóstico psicológico, avaliar a psiquê (ou personalidade) do entrevistado.

Enquanto BLEGER não define a teoria de personalidade que fundamenta a entrevista psicológica, ETCHEGOYEN (1987) define a entrevista psicanalítica como aquela que iria avaliar a pertinência da indicação do tratamento psicanalítico a um paciente em particular.

BLEGER (1979) apresenta a "entrevista psicológica" como um "campo" a partir da relação entre os participantes. A regra fundamental da entrevista psicológica é procurar que este campo seja configurado principalmente pelas variáveis que dependem da personalidade do entrevistado. Mesmo reconhecendo que todo o emergente é situacional, isto é, provém de um campo, Bleger assume que na entrevista psicológica, se esta é adequadamente conduzida, o campo é determinado predominantemente pelas modalidades pessoais do entrevistado.

A entrevista é encarada como uma situação na qual se observa parte da vida do paciente que "se desenvolve em relação ao entrevistador e frente a ele" (p. 14).

O campo da entrevista não é fixo, mas dinâmico - está sujeito a permanente mudança e a observação deve estender-se ao campo específico de cada momento e à continuidade e sentido destas mudanças. O campo da entrevista cobre a totalidade da mesma, embora "cada" campo não seja senão um momento deste campo total e de sua dinâmica.

A regra básica não seria obter dados completos da vida total da pessoa, mas obter dados completos de seu comportamento durante a entrevista, o que depende das funções de escuta, vivência e observação do entrevistador (BLEGER, 1979).

MANNONI (1982) assinala que, através do método de dizer tudo a quem tudo escuta, o sujeito reedita os fundamentos organizadores de sua afetividade, o que, de certa forma pode ser estendido à situação de entrevista psicológica.

SISTEMATIZAÇÃO DA ENTREVISTA (baseado em BLEGER, 1979):

Para Bleger a "arte da entrevista" pode ser reduzida em função da sistematização das variáveis, o que possibilita um maior rigor em sua aplicação e em seus resultados.

I) **Enquadramento:** consiste em transformar um conjunto de variáveis em constantes. É dessa decisão que se obtém o campo particular da entrevista e o que a torna compreensível. O enquadramento inclui: atitude técnica e papel do entrevistador, objetivos, local, tempo e a forma de encaminhamento

Funciona como uma padronização da situação-estímulo que se oferece ao entrevistado e, com isso deseja-se que seja um estímulo constante.

II) **O entrevistador: observador-participante:** Para SULLIVAN (1983) o entrevistador tem o papel de "observador-participante" - o entrevistador se reconhece no campo como interlocutor que não propõe temas nem dá sugestões e frente ao qual o paciente deve reagir sem que lhe seja dado outro estímulo que o da sua presença nem outra intenção que a de levar adiante a tarefa. Há uma dissociação técnica de sua personalidade que lhe

permite observar seu próprio processo interacional.

O observador é parte do campo e, em certa medida, condiciona os fenômenos que ele mesmo vai registrar. Ele participa do fenômeno que observa e "a máxima objetividade que podemos conseguir só é alcançada quando se incorpora o sujeito observador como uma das variáveis do campo" (BLEGER, 1979).

A situação é assimétrica. O entrevistado necessita de ajuda e vai buscá-la espontaneamente. Terá que mostrar se abertamente, o que pensa e sente, em quanto ao outro caberá facilitar-lhe esta tarefa (ETCHEGOYEN, 1987).

BLEGER (1979) afirma que uma norma básica para a entrevista é facilitar ao entrevistado a livre expressão de seus processos mentais, o que nunca se consegue com um enquadre formal de perguntas e respostas. O entrevistador trata de deixar a iniciativa por conta do entrevistado.

Aquilo que não pode se dar como conhecimento explícito é oferecido ou emerge através do comportamento não-verbal do paciente, que pode informar com diferentes graus de coincidência ou contradição entre a história que relata e o que apresenta no momento da entrevista.

III) Transferência____e____Contratransferência :

Transferência e contratransferência ocorrem em todas as relações interpessoais. No contexto da entrevista são utilizados como instrumentos técnicos de observação e compreensão.

BLEGER (1979) define a transferência como uma atualização, na entrevista, de sentimentos, atitudes e condutas

inconscientes por parte do entrevistado, que correspondem a modelos que este estabeleceu no curso de seu desenvolvimento, especialmente na relação interpessoal com seu meio familiar durante a infância. Este fenômeno está entre aqueles que o paciente não pode trazer voluntária ou conscientemente. Com ela, o entrevistado oferece aspectos de sua personalidade e fantasias.

As observações são sempre registradas em função das hipóteses que o observador vai emitindo. O procedimento na concepção tradicional de investigação seria:

- 1º Observação;
- 2º Hipótese;
- 3º Verificação.

A observação na entrevista, contudo, já se dá em função de certos pressupostos que, se já estão conscientes, enriquecem a observação. Observar, segundo BLEGER (1979), é ir formulando hipóteses enquanto se observa e, durante a entrevista, verificar ou retificar as hipóteses em função das observações subsequentes, que, por sua vez, enriquecem as hipóteses prévias.

As hipóteses são formuladas a partir da sensibilidade do investigador a seus próprios processos mentais diante daquele paciente específico. Sua atitude mental deve ser tão próxima quanto possível da ATENÇÃO FLUTUANTE tal como indicada na psicanálise. PORTELLA NUNES (1988) se refere a este estado mental da seguinte forma:

"Elle est caractérisée par la suspension du privilège que nous accordons habituellement à la logique du processus secondaire. Ce qui caractérise une réance d'analyse, c'est la régression qui permet à l'analyste et au patient de supporter la confrontation entre les processus primaire et secondaire." ...
"L'analyste, placé dans l'attitude d'attention flottante, prend cet accès de folie momentanée ou sérieux, avec pour objectif de combiner les processus secondaire et primaire et d'aboutir ainsi à une forme de logique humaine."¹ (p. 1088).

Já a ~~contra~~transferência, segundo BLEGER, refere-se a fenômenos que aparecem no entrevistador como emergentes do campo psicológico que se configura na entrevista; são as respostas do entrevistador às manifestações do entrevistado. Dependem em alto grau da história pessoal do entrevistador.

"Ela é caracterizada pela suspensão do privilégio que nós concedemos habitualmente à lógica do processo secundário. O que caracteriza uma sessão de análise é a regressão que permite ao analista e ao paciente suportar a confrontação entre o processo primário e secundário ... O analista, colocado na atitude de atenção flutuante, leva este acesso de loucura momentaneamente a sério, tendo por objetivo combinar os processos secundário e primário e assim a uma forma de lógica humana".

é um indício de grande significação para orientar o entrevistador, levando-o a constituir como tarefas da entrevista tanto a observação como a auto-observação.

Bleger insiste que um instrumento de trabalho do entrevistador é sua própria personalidade, que participa inevitavelmente da relação interpessoal. Dentro desta perspectiva, no campo intersubjetivo constituído pelo momento da entrevista, as reações emocionais do entrevistador viriam a ser para ele, uma maneira de adquirir algum conhecimento sobre o sujeito. Isto tornaria imprescindível à análise pessoal do próprio investigador clínico, no sentido de torná-lo apto a reconhecer e a controlar as manifestações de suas próprias reações, dentro da concepção da psicanálise.

FERENCZI (1966) diz que na técnica analítica haveria um fator chamado equação pessoal que ocuparia um lugar muito mais importante do que corresponderia em outras ciências, mas isso teria sido modificado pela introdução daquilo que chamou de segunda regra básica da psicanálise: "aquele que quiser praticar a análise deve ser ele mesmo primeiramente analisado" (p. 78). Acreditava que a análise pessoal do analista faria com que o componente subjetivo de uma avaliação fosse decaindo cada vez mais.

Isso conduz ao problema extremamente complexo que é o da possibilidade de abordar experiências emocionais de natureza ou origem inconscientes dentro de uma linguagem acadêmica.

BION (1973; p. 79-80) refere-se ao problema da seguinte forma:

"Se eu pictoralizo a afirmação de que a 'visão convencional de uma observação' é um continente como uma esfera, e a 'observação psicanalítica' é como algo que não pode estar contido dentro dela, tenho um modelo que servirá muito bem, não somente para a 'visão convencional que representa meus sentimentos sobre a situação psicanalítica', mas também para a 'psicanálise' que ela não pode conter". [o grifo é meu].

LAPLANCHE (1987; p. 14), comentando sobre a instituição de saberes constituídos sobre o sujeito, afirma:

"O saber viria a ser o depositado, o constituído, o sistematizado, justamente o que o sujeito deve superar ..."

O que deve ser evidenciado é que, se se utiliza um referencial psicanalítico, supõe-se um certo nível de contato do investigador com seus próprios processos psíquicos - enquanto seu instrumento de investigação - que não pode ser totalmente incluído no que se entende por "observação convencional".

Seguindo-se a reflexão de Laplanche, um método de investigação sobre os processos mentais do sujeito não pode esperar estabelecer um saber constituído sobre este.

BION (1973) aborda assim a esta questão:

"Esta é uma característica do domínio mental: não pode estar contido dentro da estrutura da teoria psicanalítica (...)

Seria uma observação válida dizer que a psicanálise não pode 'conter' o domínio mental porque ela não é um 'continente' mas uma investigação ..." (p. 80)

Desta forma, a discussão sobre o caso não pode ter por objetivo constituir verdades definitivas nem sobre o caso em particular, nem nas possíveis generalizações. Deve ser respeitado o caráter polissêmico dos processos simbólicos, tais como os que se apresentam na situação de entrevista.

Esta polissemia não significa, contudo, que os processos simbólicos signifiquem qualquer coisa, aleatoriamente, nem que signifiquem todas as coisas simultaneamente.

Justamente para evitar um caráter aleatório, toda a análise do caso procura restringir-se ao que foi efetivamente enunciado pela paciente e as relações disso com o campo emocional da entrevista.

O que se quer na discussão do caso é explicitar um "sentido": os possíveis significados, a direção para onde apontam as associações, aquilo que foi sentido durante o encontro.

Estes "sentidos" serão formulados com o caráter de proposições hipotéticas que terão a finalidade de servir de subsídio para uma discussão sobre a clínica psiquiátrica frente aos pacientes.

VI.2 O Procedimento

No ambulatório de psiquiatria do HC-UNICAMP, os pacientes de primeira consulta com diagnóstico clínico-psiquiátrico de DISTÚRBIO DO PÂNICO, segundo os critérios diagnósticos do DSM-IIIR, eram rotineiramente encaminhados à ENTREVISTA PSICOLÓGICA.

A seleção era feita pelos psiquiatras do ambulatório familiarizados com o sistema de classificação DSM-IIIR. Tanto a primeira entrevista psiquiátrica como a primeira entrevista psicológica eram feitas no mesmo dia. A grande maioria, mas não todos os pacientes, foram entrevistados na dependência do número de casos novos de cada dia de atendimento.

O encaminhamento era feito pelo psiquiatra que explicava ao paciente que faria uma entrevista de avaliação psicológica, que era parte do processo diagnóstico global a que estava sendo submetido. O psiquiatra não informava ao paciente o diagnóstico definitivo antes de ter havido a primeira entrevista com o investigador. Estas medidas visavam manter a motivação pessoal do paciente em termos de estar buscando ajuda, de modo, a apresentar-se assim à entrevista e, ao mesmo tempo, estabelecer o clima de relativa indeterminação necessário para que o campo da entrevista pudesse ser configurado pelas fantasias e expectativas do paciente.

O psiquiatra expressava de modo inequívoco que ele, e não o entrevistador, seria o médico responsável pelo paciente, deixando claro que a entrevista é instrumento diagnóstico

importante, mas não outro tratamento paralelo. O paciente era instruído a retornar à consulta com seu psiquiatra logo após a entrevista.

Ao comparecer à entrevista, o paciente recebia, por parte do entrevistador, o esclarecimento de que o encontro duraria em torno de uma hora.

As entrevistas eram gravadas com o consentimento do paciente, sendo-lhe explicado os seus objetivos de pesquisa e seu caráter confidencial.

A presença do gravador certamente introduz uma complicação na situação de entrevista, pela introdução da referência a um terceiro, campo aberto para as fantasias do paciente. Contudo, o gravador foi mantido pela riqueza de detalhes que permitia invocar. A experiência mostrava que ele não era empecilho à entrevista, ainda que devesse ser levado em conta na compreensão da situação.

Era, então, explicado ao entrevistado que ele deveria comunicar tudo aquilo que considerasse importante para se compreender a condição que o levou a procurar auxílio técnico e outros dados que julgasse que ajudariam a conhecê-lo melhor.

A postura do entrevistador era basicamente de escuta interessada, intervindo apenas para esclarecimentos ou para focalizar certos tópicos tratados pelo entrevistado.

Ao final da entrevista, o entrevistador propunha, quando julgasse necessário, um novo encontro no prazo mais breve possível para uma nova entrevista, visando dados complementares e aprofundamento de eventuais obscuridades na compreensão do

primeiro encontro.

Na segunda entrevista, o entrevistador tinha uma postura um pouco mais diretiva, focalizando os eventos da história da vida do entrevistado que este julgasse os mais relevantes para a compreensão de seu estado atual e abordava pontos que tinham ficado confusos no encontro anterior. Ainda assim, suas intervenções eram de caráter amplo, sem uma preocupação de investigar aspectos que não tivessem sido eles mesmos introduzidos pelo entrevistado.

Após cada entrevista era feito um registro o mais fiel possível da interação dos dois participantes, ressaltando as impressões e vivências emocionais percebidas pelo entrevistador em si mesmo, a cada momento da entrevista.

O caso específico a ser discutido foi escolhido por ser, em primeiro lugar, um quadro típico de DP, do ponto de vista sintomatológico. Em segundo lugar, porque é um caso ilustrativo do tipo de apresentação emocional que a grande maioria dos pacientes apresentava nas entrevistas: altamente ansiosos, inseguros, com sintomas fóbicos, hipocondríacos e uma história de vida muito marcada por medos e insegurança.

Passe-se ao caso.

VI.3 Caso Clínico

APRESENTAÇÃO

Todos os dados que pudessem facilitar a identificação da paciente foram suprimidos ou modificados. Foram mantidos apenas os dados indispensáveis para a compreensão do caso.

Cláudia tem 32 anos, é casada, tem curso superior, é natural de Goiás e residente fora de Campinas.

Ela compareceu à UNICAMP por ter tomado conhecimento através de uma amiga do trabalho específico desenvolvido na área da ansiedade e DP.

A CONSULTA PSIQUIÁTRICA

Sua primeira consulta com o médico psiquiatra no ambulatório de psiquiatria do HC-UNICAMP tinha por queixa principal "crises de medo".

Diz o registro da HISTÓRIA CLÍNICA SEMI-DIRIGIDA:

"Crises de início súbito caracterizadas por medo intenso, apreensão, com sintomas como tonturas, sudorese, taquicardia, dor torácica e ondas de frio pelo corpo. Referia, também, sensação de sufocamento, medo de enlouquecer ou morrer durante os ataques."

Na INVESTIGAÇÃO DIRIGIDA, estão anotados os seguintes sintomas presentes nas crises: despersonalização, desrealização, visão turva, diarreia, sonolência, palidez, frio no estômago, moleza nas pernas, aperto na garganta.

A frequência das crises na época da consulta variava entre uma e duas por semana. As crises iniciaram no final de 1986. Naquela época, eram quase diárias, às vezes mais de uma por dia.

Aproximadamente um ano depois, Cláudia ficou grávida, com melhora da sintomatologia durante a gestação.

"Desde então [do início das crises] encontra dificuldades no trabalho, motivadas por faltas frequentes. Sente-se insegura, com medo de andar de ônibus e evita sistematicamente lugares aglomerados".

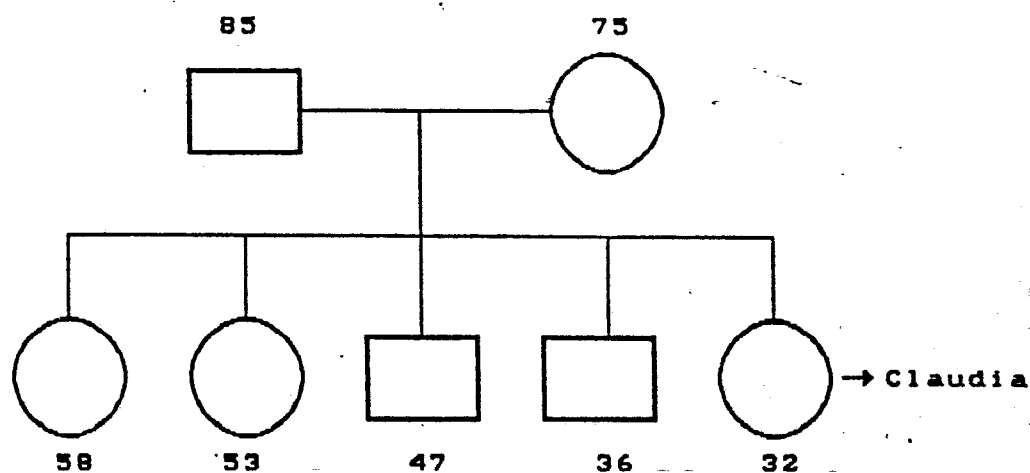
"Vivencia grande medo de ficar só e tornou-se dependente da companhia de outras pessoas".

A paciente relatava como fatores precipitantes o "estresse emocional", estar em ônibus lotado, em lugares fechados e viagens. Ter a crise desacompanhada fazia com que estas fossem mais intensas.

O colega que a avaliou, registrou as seguintes complicações atuais [da época da consulta] como atribuíveis à crise [segundo a classificação de intensidade: 0 - ausente, 1 - leve, 2 - moderada e 3 - intensa]:

Hipocondria	-	1
Fobia Simples	-	1
Fobia social	-	2
Sentimentos de Desmoralização	-	2
Depressão	-	2
Agorafobia	-	3
Ansiedade	-	2

Nos ANTECEDENTES FAMILIARES encontra-se a seguinte configuração familiar:



A mãe era descrita como "tensa, ansiosa, tem alguma coisa de pânico". Não há relatos de outros problemas médicos ou psiquiátricos na família.

Cláudia fez psicoterapia individual entre 1976 e 1979 e em 1986, sem benefícios, segundo a paciente. Nunca fez tratamento com psicofármacos.

Ao EXAME FÍSICO não se verificou qualquer alteração significativa. Foi anotado que Cláudia não fumava.

O registro do EXAME PSÍQUICO era o seguinte: "Paciente trajando-se adequadamente, demonstrando cuidados quanto à higiene corporal. Lúcida, orientada auto e alopsiquicamente. Memórias remota e recente preservadas. Atenção passiva e voluntária sem alterações. Bom contato interpessoal. Pensamento com curso lentificado, às vezes circunstancial. Tom queixoso. Humor depressivo. Conação diminuída".

Foi aplicada a ESCALA DE HAMILTON para ansiedade, tendo-se registado 21 pontos.

A ESCALA DE SHEEHAN para pânico e fobias apresentou um escore de 95 pontos para os últimos 6 meses e de 14 pontos para o momento da entrevista.

Na LISTA DAS FOBIAS que mais a atormentavam, Cláudia indicou a ordem que segue:

- 1º) medo de andar sozinha no centro da cidade;
- 2º) medo de morrer;
- 3º) medo de multidão;
- 4º) medo de lugares fechados.

A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA levantada foi a de: Distúrbio de pânico com agorafobia (segundo os critérios do DSM-III-R).

O TRATAMENTO FARMACOLÓGICO escolhido foi: Clorimipramina, 20 mg por dia, via oral.

Cláudia foi, então, encaminhada à "entrevista psicológica", que faria parte de uma avaliação inicial (antes de receber o diagnóstico final e a indicação terapêutica). Ficou

claro que receberia todas estas informações quando esta fase diagnóstica estivesse concluída e que o responsável pelo seu acompanhamento seria o psiquiatra que a atendera.

PRIMEIRA ENTREVISTA

(01) Cláudia comparece à entrevista numa atitude que parece contida, tensa e angustiada. A impressão que me despertou foi a de tratar-se de alguém com certo incômodo por estar diante de uma "autoridade", em relação à qual mantinha uma postura de discreto distanciamento.

(02) Explico-lhe que esta entrevista fazia parte da avaliação inicial e que, após, retornaria para ser acompanhada por seu psiquiatra. Digo-lhe, também, que nosso encontro duraria cerca de uma hora e, se fosse necessário, marcaríamos uma nova entrevista.

(03) A seguir, peço licença para gravar nossa conversa [o que era rotineiro nestas entrevistas] mas que teria um caráter sigiloso.

(04) Cláudia concorda sem parecer importar-se com isso.

(05) Peço-lhe então que fale, à vontade, tudo aquilo que lhe passar pela mente, que poderia auxiliar na compreensão do que

estava acontecendo.

(06) Cláudia inicia assim:

"... a única coisa que eu consigo associar mais é um período de muito cansaço, talvez pelo ritmo de trabalho. Tenho um ritmo meio esquisito de trabalho, os horários são muito absurdos".

(07) Cláudia conta que trabalha na preparação de textos de um periódico de grande circulação. Descreve sua ocupação como "uma coisa supernervosa", pois como sua atuação é no "produto final", "qualquer erro é fatal". Com isso "o organismo vive muito bagunçado".

(08) "... Essa coisa do pânico me pegou em setembro de 86, quando eu tive a primeira grande crise".

(09) Mas logo acrescenta: "... eu acho assim, se eu for voltar um pouco pra trás, eu já tinha tido prenúncios de crise ... mas eram coisas passageiras, né ? Não são sintomas tão fortes ... [como os das crises atuais].

(10) Quer dizer, se eu for voltar muito mais atrás, isso é uma coisa que a vida inteira eu vivi um pouco assim ...".

(11) A seguir, retorna à descrição do começo das crises propriamente ditas: "Em 86, eu tive uma crise numa situação superbanal. Eu tava trabalhando muito, tava me mudando de casa e tava num pique muito acelerado ... Mas eu tava me sentindo ótima, com uma puta disposição, com uma puta força ... De repente, um dia, sem_mais_nem_menos, eu saí da minha casa para ir entregar um trabalho na esquina. Me bateu uma coisa estranha, uma espécie de alarme e eu achei que eu ia morrer. Tive a nítida sensação de que eu tava pra morrer naquele momento e fiquei paralisada. Não conseguia ir para lado nenhum".

(12) Após este episódio as crises "iam e voltavam com uma frequência absurda". Cláudia passou a ter crises de choro no trabalho e precisou de uma licença médica.

(13) Conta que fazia tratamento de forma periódica há 12 anos, com um médico homeopata, em quem depositava muita confiança. Voltou a procurá-lo nessa época.

(14) "Eu cheguei a conversar com pessoas que tinham feito outro tipo de tratamento, que tinham esse mesmo problema, que estavam passando pela mesma coisa."

(15) Contudo, Cláudia diz que não conseguia aceitar tratamentos medicamentosos, pois achava que "era uma coisa muito intrincada, que não resolveria tomando simplesmente uma droga.

(...) Eu achava que era muito mecânico, tomar uma pílula e esperar o problema desaparecer ...”

(16) Relata uma melhora substancial com a homeopatia “mas vivendo sempre dentro de certos limites”: “foi uma melhora onde as crises não eram mais absurdas, onde eu conseguia me locomover dentro de um certo espaço com uma certa tranquilidade mas cheio de limites, cheio de tabus.

(17) Eu não ia mais ao centro da cidade sozinha. Eu nunca estava na rua na hora do trânsito pesado. Eu nunca ia ao cinema sozinha. Mas as crises foram diminuindo, até um ponto que tava legal, né?”

(18) Cláudia diz que nesta época engravidou e que passou muito bem durante a gravidez. O filho, contudo, nasceu com síndrome de Down. Diz ter sido “um enorme choque”, mas que logo conseguiu aceitar melhor a situação. Isso foi por volta de junho de 1988.

(19) Entre setembro e dezembro daquele ano, Cláudia voltou a trabalhar normalmente, sentindo-se esperançosa, com uma melhora progressiva.

(20) “Em dezembro eu tirei férias e ... foi aí que começou. Antes de eu viajar comecei a ficar mal ... Começou de uma maneira diferente ... Foi uma coisa muito estranha, pois eu tava me

sentindo muito bem. Eu ia viajar. Tava no maior pique. Aí ... foi uma coisa super ... assim ... Eu consigo relacionar com uma coisa concreta dessa vez ... Isso é muito nítido na minha cabeça.

(21) Eu acordei bem de manhãzinha, liguei a televisão e no jornal deram uma notícia que uma pessoa tinha morrido. Era uma pessoa que eu conhecia. Não trabalhava exatamente comigo, mas trabalhava na mesma empresa que eu. A gente tinha tido um filho na mesma época. Na gravidez, a gente tinha conversado muito, tivemos uma aproximação muito grande. Às vezes eu voltava para casa com ela."

(22) Cláudia conta que fora um acidente automobilístico "numa hora superidiota, quando não tinha ninguém na rua", com um carro da empresa onde trabalhava. A amiga de Cláudia e o motorista morreram na hora.

(23) " é uma situação que eu sempre vivi e que eu continuo vivendo. De pegar aquele carro, de voltar para casa às vezes àquela hora."

(24) Cláudia acrescenta então: "A partir daquele dia, eu não consegui sair [embora não tivesse tido uma crise]. À noite eu acordei vomitando, com diarreia e esse quadro foi se agravando.

(25) Fui viajar, fiquei o fim-de-ano super-mal. Passei 15 dias assim ... praticamente tendo uma crise atrás da outra ..."

(26) Desde então as crises começaram a parecer "como uma coisa que volta ... Parece que ela voltou pior".

(27) Diz que conseguiu criar uma convivência com esta situação, mas uma crescente preocupação lhe vinha à mente: "De repente, eu não estava livre daquilo ... e as forças que eu tinha para combater aquilo eram poucas ...".

(28) A situação era agravada pelo fato de ter de trabalhar e cuidar do filho deficiente, além do "ritmo supernervoso" de vida que levava.

(29) Cláudia dizia que "socialmente você fica muito vulnerável, pois as pessoas não entendem o que está acontecendo com você e você não tem como explicar".

(30) "Surge todo o tipo de sugestão: - você tem que enfrentar, - quando dá a crise você tem que ir em frente ... Como se fisicamente você não ficasse mal ... Como se fisicamente tuas pernas não ficassem moles ao ponto de você não conseguir andar ... Como se você não ficasse tonta (...)

(31) Você fica entre dois focos de tensão. Um é a tensão da própria coisa que tá acontecendo com você. A outra é a tensão das obrigações que você tem que responder."

(32) Cláudia conta que sua vida ficara muito limitada por precisar sempre interromper seus projetos em função das crises e do medo.

(33) Tornou-se "uma questão de honra" voltar a melhorar.

(34) "O problema do pânico era um problema antigo, um problema velho. Eu achava que era uma coisa que só o meu trabalho, só eu mesma poderia reverter, quer dizer, com uma ajuda externa, né ? Mas tudo dependia de mim. E, não sei, nesse momento acho que ficou uma carga superpesada (...) Eu acho que eu esgotei esses limites, eu acho que eu esgotei essas possibilidades ...

(35) Eu cheguei a um ponto em que eu vi que dentro das obrigações que eu tenho, dentro do ritmo de vida que eu levo, aguardar melhorar no meu próprio tempo e com a homeopatia era impossível."

(36) Cláudia foi, então, procurar um psiquiatra, mas descreve a experiência como uma grande decepção: "... eu achei que ele tava 'chutando', sabe ? Foi uma consulta tão rápida ... Eu senti que ele indicou um medicamento e assim, supermecanicamente também, sabe ? - Não, não tem jeito, esse medicamento vai resolver, mas não sei por quanto tempo ... Sabe, foi uma coisa assim; eu não senti nenhuma vontade de voltar; de tratar com ele".

(Longo silêncio).

(37) "Porque eu acho uma coisa ..., a convivência com o medo é uma coisa muito aniquilante. Porque parece que chega num ponto em que as coisas só vão se acrescentando, os medos só vão se acrescentando. E é super-horrível! Você se sente muito diferente das outras pessoas. É ... quer dizer, você tem uma, uma, uma, uma, uma ..., é uma fragilidade que, pelo menos eu sinto assim, é uma fragilidade que, que não consegue é ..., eu racionalmente, sabe? Com as informações que eu tenho sobre as coisas, eu não consigo acompanhar essa fragilidade. Eu não consigo sair dessa. É como se eu fosse duas pessoas. Uma que entende e outra que, na hora que dá a crise por mais que eu tenha tido cinco crises antes na hora que dá a crise, aquela crise é única. A experiência das outras crises, ela adianta muito pouco. No momento que você está vivendo aquilo, que você é prisioneiro daquilo. Porque é uma coisa que te imobiliza, é uma coisa que te reduz. Acho que te reduz a uma pessoa que depende das outras pra fazer as coisas às vezes mais elementares. Às vezes, pra ir num banco, você depende de uma pessoa, sabe? Não consigo ficar no meio das pessoas, não consigo ficar numa fila (...). Às vezes você tá bem, você vai adquirindo confiança e você vem se sentindo legal, se sentindo feliz. De repente, sem nenhum aviso, sem nenhuma indicação ... Bem parece que ..., a impressão que eu tenho é que eu vivo como uma "bomba-relógio" dentro de mim e que a qualquer momento, sem eu preparar, ela é ativada."

(38) Cláudia volta a dizer que essa situação de medo não era algo novo em sua vida; na verdade, ela só havia chegado a um ponto "que se agravou muito".

(39) "... que eu me lembre, eu sempre vivi um pouco em pânico ..., eu sempre, desde criança, tive a coisa do medo muito presente, né? Só que sempre lutando muito, eu consegui, de alguma maneira, passar por cima disso. Hoje, quando eu imagino que, sei lá, há 10 anos atrás ... eu saía de São Paulo em dezembro e ia até o extremo norte do país andando de carona, andando de barco, dormindo onde desse para dormir. Quer dizer, parece que foi uma outra pessoa que fez porque, hoje em dia, às vezes eu não sou capaz de ir nem até à esquina. Aonde tá a força que eu tinha? Pra enfrentar os medos?"

(40) Cláudia dá a entender que sempre foi uma pessoa medrosa, mas que se esforçava para enfrentar seus temores: "Aonde estão as forças que eu tinha? Eu saí do interior, fui pra São Paulo pra estudar. Não queria ficar no interior de jeito nenhum, quer dizer, eu nunca me ative a ficar numa situação segura. Ficar na barra da saia da mãe. Isso pra mim era muito limitante."

(41) Então pergunto-lhe: - Você falou que o medo era uma coisa que esteve sempre presente na sua vida. Como é isso?

(42) - Bom, desde que eu me lembre ser gente, tem situações que eu associo muito à coisa do pânico, hoje. Por exemplo,

quando, numa crise, minha perna fica parecendo um trapo, fica mole. Eu me lembro que quando eu era pequena - devia ter uns 3 ou 4 anos - quando passava avião no céu e eu estava fora de casa, eu tinha, não era sensação, tinha certeza de que ele ia cair na minha cabeça. E eu corria pra um lugar que eu julgava seguro. Como hoje eu corro p'ra minha casa, né? E eu tinha essa mesma sensação: a perna ficava mole ... Eu ficava numa situação, quer dizer, tinha esse perigo, que não era real também ... porque o avião, nunca ..., a probabilidade dele cair na minha cabeça era mínima ... Acho que nem existia. Eu sempre tinha esse tipo de medo ... medo do sobrenatural, medo da morte, medo de sangue (qualquer machucado que eu tinha já achava que ia morrer) ... A própria casa que eu morava, eu tinha medo de determinados cômodos, medo de figuras. Às vezes, figuras de livros, estampas de santo, imagens de igreja, muito cheias de sangue, de flechas, quer dizer, isso foi uma coisa que eu sempre vivenciei. À medida que eu fui crescendo, alguns desses medos foram ficando pra trás, mas eu acho que fui adquirindo outros. A sensação de tensão, ela continua. Houve sempre uma situação de tensão. Pra mim, o medo e a tensão eles vivem juntos. Quer dizer, eu sempre fui uma pessoa tensa, de nunca conseguir relaxar muito e de ter consciência de que está acontecendo isso, uma consciência muito aguda ...

(43) Cláudia relata que fez "terapia individual" entre 76 e 79 "sem ter muito a ver com este problema do medo".

(44) "... É uma coisa que eu tenho, não sei se muito junto com isso ... Uma certa melancolia, uma angústia meio, meio ...

Era uma coisa que na época me tocava muito e acho que hoje também."

(45) Em 86, quando surgiram as crises, voltou a fazer psicoterapia mas logo interrompeu "por não ter acertado com a pessoa".

(46) Cláudia diz que achava, em alguns momentos, que uma terapia lhe fazia bem e noutros que conseguiria "tocar sozinha".

(47) " é como se alguma coisa estivesse exigindo de mim uma resposta, é como se fosse assim, eu tivesse que fazer tipo um exorcismo dessas coisas, de todas essas coisas que estão entrelaçadas na minha cabeça, na minha memória, nas emoções "

(48) Se, por um lado, Cláudia afirma estar em busca de "um enfrentamento muito sério" consigo mesma, por outro, ela diz que não sabe como harmonizar este "enfrentamento" com "continuar trabalhando, com continuar tocando minha vida ...". Ao que parece, Cláudia temia que este "enfrentamento" a levasse a uma grande desorganização mental: "Eu não estou conseguindo conciliar trabalhar isso com levar minha vida ...".

(49) "Eu tô no meu limite ... agüentei o que deu ... Não estou conseguindo mais trabalhar ... Agora eu estou precisando de algum tipo de caminho que me leve de volta à vida prática e ao mesmo tempo a mexer e examinar tudo isso ... Você não enfrenta

direito o centro da questão, sei lá, porque a cabeça da gente é muito louca ...”

(50) Então, volto a perguntar:

- E você estava falando que era uma pessoa medrosa desde a infância. Ao que você atribui esse medo todo na infância ... desde a infância?

(51) - Minha mãe é uma pessoa muito medrosa. Eu sou a filha caçula. Tem uma diferença de idade muito grande entre a gente, quer dizer, meus outros irmãos, eles de alguma maneira são bem diferentes de mim. Eu atribuo a isso: eu sempre fui criada perto da minha mãe, do lado da minha mãe. Sabe, quando dava um bruto de um temporal ela ficava toda apavorada, fechava a casa, começava a rezar. E eu começava a viver aquele clima de terror: porque tá fechado, porque tá escuro, porque tá um temporal, porque não sei o quê ... Ela sempre foi uma pessoa muito medrosa. A única explicação que eu consigo ter é essa, eu acho que do jeito que eu fui criada. Eu acho que as pessoas punham muito medo nas crianças. Não existia muito cuidado em se preservar, quer dizer, você ficava traumatizada e, sei lá, resolvia sozinha, não tinha ninguém pra falar. Você tá sempre alerta, sempre com medo, sempre tensa, e a tensão também é uma coisa que vai se somando na sua vida. Eu vivi muito isolada, com uma figura que é muito medrosa, né? sempre foi ...

(52) - E seu pai?

(53) - Meu pai, não. Meu pai, pelo contrário. Mas, eu acho que ele nunca influenciou muito decisivamente na minha educação. Tudo ficava muito por conta da minha mãe, então, quer dizer, ele não era como ela mas também não tinha nenhum peso no sentido de desmistificar aquelas coisas, de amenizar um pouco aquilo. Assim, ele não pesava nada ...

(Longo silêncio)

(54) Neste momento, interrompemos a entrevista e marcamos um novo encontro para a semana seguinte.

SEGUNDA ENTREVISTA

(55) Ao começar o segundo encontro, propus a Cláudia que traçasse uma visão panorâmica da história de sua vida naquilo que ela própria julgasse importante.

(56) "Bom ... não sei, acho que eu já falei tanto daquela última vez ... Não sei se existe alguma outra coisa que você queria saber ...

(Silêncio)

(57) Bom, acho que, não sei, retomando acho um pouco aquilo que eu já falei ... Sou a filha caçula de uma família um tanto numerosa. Quer dizer, de uma maneira eu fui criada um pouco isolada. Vamos dizer assim, o que eu sinto muito é que fui criada muito no mundo de adultos. Tem o meu irmão que é 3 anos mais velho do que eu, mas também era moleque ... Quer dizer, eu vivia muito isolada. Acho que eu passei a infância inteira muito isolada comigo mesma e muito em choque com esse lance de viver num mundo de adultos. A diferença de idade entre eu e meus pais era muito grande, então eu me sentia muito mais, ah ... como se eu fosse neta deles, embora acho que numa relação mais distante ... Não tanto de avô e neto! Uma coisa superdistante. Acho que isso é uma coisa que eu sentia muito, a maneira como a minha família estava estruturada. Eu acho que eu vivi num processo sempre pra dentro. Não tinha muito com quem trocar as coisas da infância mesmo, as fantasias, os medos, né?"

(58) Cláudia diz que aguardou o período de escola com muita expectativa pela possibilidade de entrar em um "novo mundo". Contudo, o contato que tinha com as outras crianças "não era muito legal" e atribuíu isso a sua timidez, pela falta de contato

anterior com outras crianças: "elas eram uma reprodução dos adultos que eu conhecia, só que em miniatura".

(59) Embora houvesse ampliado um pouco seus horizontes continuava uma pessoa basicamente "pra dentro" e "tensa".

(60) Queixa-se de não conseguir durante toda sua vida expressar suas emoções e ficar sempre "ruminando tudo o que acontecia":

(61) - ... Eu acho que minha mãe sempre foi uma pessoa que me reprimiu muito. Ela sempre achava que eu nunca podia falar o que eu pensava pra ela e nem pros outros. Ela achava que eu tinha que ser sempre supercomportada, tinha que sempre concordar com tudo. E eu não concordava mas também não conseguia passar da minha garganta pra fora. Era sempre uma coisa meio ... uma revolta muito interior.

(62) Cláudia relata que passou sua infância "num lugar muito isolado ": " o que eu via na minha frente era um paredão de pedra, ... mas era real ... o próprio lugar físico que eu morava era uma das coisas a que eu atribuo a angústia. De ficar muito ligada a este lugar que eu morei."

(63) Descreve a casa na qual morou como muito fechada, "as janelas sempre muito fechadas ... havia sempre um medo muito

grande meu em relação a este lugar por que ele era muito grande e eu muito pequena ...”.

(64) Diz que sempre desde pequena , fez muita força para sair de dentro de si mesma, mas que era uma tarefa muito difícil, com sucessos muito limitados.

(65) Durante a adolescência lia muito: “Eu me dava com as pessoas até um determinado nível. A partir de então eu não conseguia mais encontrar pessoas que conseguissem entender o que eu estava sentindo naquele momento. E a minha maneira era ler ... escrever. Isso me satisfazia por um lado, mas eu continuava carente.”

(66) Cláudia conta que a relação com sua mãe foi sempre de “embate”. A grande diferença de idade entre ela e seus pais também foi um fato marcante “por eles virem de um outro mundo ... pertencem ao começo do século ... um choque de gerações ...”:

(67) “... o choque com a cultura deles, com o modo de ser deles foi muito forte. Eu passei minha infância brigando. Brigando mesmo, porque me sentia indefesa. Na adolescência normalmente você arruma mais força, fica mais rebelde. Aí eu briguei demais, quer dizer eu brigava até um certo nível, porque eu brigava, me sentia culpada e sempre ficava aquele jogo, né? Eles sempre fazendo chantagem, então, quer dizer, tudo o que eu conseguia, todas as tentativas que eu fazia no sentido de deixar

pra trás aquilo que eu achava que me oprimia, que me fazia mal, sempre foram muito marcadas por brigas, por conflitos.

(68) Minha mãe, ela sempre tentava, ela sempre queria que eu fizesse parte do mundo dela. Ela não admitia minha independência. Ela queria que eu ficasse naquele mundo arcaico dela, que era um mundo cheio de sombras, cheio de sabe, um mundo ... praticamente do começo do século."

(69) Cláudia conta que foi a partir disso que mudou para uma cidade maior, "sem nenhum apoio", "tipo tudo ou nada", pois se não obtivesse sucesso ("um dos grandes pilares da coisa é a independência financeira") teria de voltar para sua cidade "e fazer a faculdade que eles queriam".

(70) Acha que daí provém sua tensão: "as coisas nunca foram fáceis, eu nunca consegui relaxar. Na verdade, eu nunca consegui saborear as coisas".

(71) Cláudia conclui assim o nosso segundo e último encontro: - Eu acho que essa coisa do medo sempre existiu ... de variadas maneiras na minha vida. Quer dizer, nunca tão explícito assim. Nunca tão limitante como agora. A questão hoje do medo é uma questão muito parecida com angústia que eu sempre senti, quer dizer, eu acho que é um prolongamento só das coisas que eu vivi. E assim, um pouco de revolta, né? Porque de repente eu "batalhei" e, de alguma maneira, eu consegui o que eu queria, que era sair

de casa, que era ter o meu canto, ter as minhas coisas, ser do meu jeito. Mas na verdade eu nunca consegui isso direito.

(Silêncio)

(72) Encerramos o encontro.

VI.4 Análise das Entrevistas

a) A Vivência do Pânico: A Questão do "Isso"

Iniciarei a abordagem das entrevistas com Cláudia focalizando a maneira como ela se refere a suas crises. Dessa forma, tentarei obter indícios daquilo que ela experimentava nesses momentos.

Além da própria palavra "crise" ("... foi uma melhora onde as ~~crises~~ não eram mais absurdas ...", 16), Cláudia utiliza expressões como estas para designar as situações de pânico:

- essa coisa do pânico me pegou em setembro de 86...
- (8)
- ... uma coisa que volta ... (26)
 - Me bateu uma coisa estranha, uma espécie de alarme ... (11)

- ... eu não estava livre daquilo ... e as forças que eu tinha para combater aquilo eram poucas ... (27)

- No momento que você está vivendo aquilo, você é prisioneiro daquilo. (37)

- ... Isso é uma coisa que a vida inteira eu vivi um pouco assim ... (10)

"Coisa", "coisa estranha", "aquilo", "isso" e algumas expressões muito semelhantes repetem-se em todo o seu relato.

Estas expressões dão a entender, num primeiro momento, que as crises:

1º) têm um caráter "estranho", vago, indefinido, indeterminado, isso é, são sentidas como não fazendo parte de seus próprios processos psíquicos;

2º) enquanto "coisas", são vividas como sendo entidades concretas, com existência própria, independentes do sujeito.

Uma outra característica pode ser depreendida de expressões como:

- Essa coisa me_pegou ... (8)

- [Aquilo] é uma coisa que te_imobiliza, é uma coisa que te_reduz. (37)

"Aquilo", "Isso", é o agente autônomo, enquanto Cláudia é passiva. "Isso" é vivido como tendo uma atividade própria. "Isso" intromete-se na vida psíquica do sujeito contra a vontade deste.

Cláudia estabelece uma clara oposição entre um "EU" e a "BOMBA-RELÓGIO", isto é, um "NÃO-EU", tal como vê-se no trecho abaixo:

- " a impressão que EU tenho é que eu vivo com uma BOMBA-RELÓGIO dentro de mim e que a qualquer momento, sem eu preparar, ela é ativada." (37)

"Aquilo", a "coisa estranha", a "bomba-relógio" são vividos como elementos estranhos ao "eu".

Na expressão "bomba-relógio" encontramos o inexplicável "Isso" representado de uma forma concreta - a bomba - localizado dentro do eu. Pode-se fazer algumas suposições. "Isso" é vivido como não sendo "eu" - é um objeto "estranho", a bomba-relógio. Mas este "não-eu" está localizado "dentro de mim". (37) "Isso" é simultaneamente "estranho" e interno. "Isso" atua como um "corpo estranho" implantado no interior do "EU".

Um outro aspecto importante é que Cláudia vive as intromissões d'"Isso" como uma ameaça de aniquilamento para seu "Eu". Ela expressa assim esta vivência:

"... e eu achei que eu ia morrer. Tive a nítida sensação de que eu tava pra morrer naquele momento e fiquei paralisada. Não conseguia ir para lado nenhum." (11)

Disso se infere que:

1) A ameaça de morte não é uma antecipação mais ou menos distante - é iminente.

Com relação a este aspecto, lembre-se que a crise foi também descrita como um "alarme" (11). Ora, é interessante que o termo escolhido tenha sido "alarme". Cláudia não escolheu termos relativamente próximos como "sinal", "indício" ou mesmo "alerta". "Alarme" evoca algo mais intenso e urgente que um mero sinal, onde o sinalizado não causa necessariamente grande mobilização

emocional de quem o percebe ou capta. "Alarme" evoca a presença de um grande perigo. O próprio alarme pode ser assustador, "alarmante". O alarme, no caso de Cláudia, foi tão intenso que muito dificilmente pôde ser diferenciado do perigo que deveria alertar.

A idéia de "bomba", corrobora a hipótese de que "Isso" se refere a uma vivência de aniquilação do eu sob a forma de explosão, destruição e fragmentação.

Esta metáfora da "bomba-relógio" também mostra que "Isso" se apresenta sob dois aspectos distintos:

1. Um estado de potência para explodir mas ainda "latente";

2. Um estado "ativado".

O estado de repouso d'Isso representava uma ameaça constante de "explosão", uma situação que a deixava continuamente "tensa", "aniquilada":

"... a consciência com o medo é uma coisa muito aniquilante. Porque parece que chega num ponto que as coisas só vão se acrescentando, os medos só vão se acrescentando." (37)

Quando a "bomba" é "ativada", Cláudia entra em pânico. A ameaça de morte é imediata. Não encontra uma reação adequada possível.

A crise parece um momento de descarga afetiva sem qualquer resposta eficaz, interna ou externa. É um momento de desorganização do "EU". Esta impossibilidade ou desorganização da possibilidade de resposta está evidente em:

- ... fiquei paralisada. Não conseguia ir para lado nenhum. (11)

- [As pessoas ficam insistindo para que enfrentasse a crise] ... Como se fisicamente você não ficasse mal ... Como se fisicamente tuas pernas não ficassem moles ao ponto de você não conseguir andar ... Como se você não ficasse tonta ... (30)

Há um estado de falência de qualquer controle psíquico coordenado. Cláudia fica à mercê d' "Isso".

b) As relações entre "Eu" e "Isso"

Se, por um lado, Cláudia esforça-se para apresentar suas crises como algo "sem mais nem menos" (11) que surgiu em sua vida, ela também mostra que as crises são somente a face "ativada" d'Isso.

Cláudia oscila entre duas descrições da relação entre "Eu" e "Isso", que podem ser assim esquematizadas:

1. "Eu" não tenho nada a ver com "Isso" - "Isso" é estranho ao "Eu".

2. "Isso" me acompanha a vida inteira - "Isso" é familiar ao "Eu".

"Isso" é ao mesmo tempo uma surpresa, um fato novo e inesperado e algo que esteve sempre presente de uma forma "encapsulada". A partir de certo momento, tornou-se totalmente explícito.

Tome-se de exemplo a forma como Cláudia relata o início de suas crises em 86 (11). Era uma "situação superbanal". Na

época, Cláudia estava "num pique acelerado" e "com uma puta disposição". Desde estes aspectos, jamais poderia esperar uma crise de pânico. Contudo, "de repente", "sem_mais_nem_menos ... me bateu uma coisa estranha". Sua descrição é de que "Isso" - a "coisa estranha" - é algo completamente inesperado e incoerente com seu estado psíquico daquele momento. "Isso" é descrito como algo que não tem nada a ver com seus processos mentais. "Isso" é uma inesperada e desagradável surpresa.

Por outro lado, Cláudia afirma em outros momentos:

- ... isso é uma coisa que a vida inteira eu vivi um pouco assim. (10)

- Eu acho que essa coisa do medo sempre existiu ... de variadas maneiras na minha vida. Quer dizer, nunca tão explícito (71)

- ... que eu me lembre, eu sempre vivi um pouco em pânico ... eu sempre, desde criança, tive a coisa do medo muito presente ... (39)

- O problema do pânico era um problema antigo, um problema velho. (34)

Assim, algo que parecia uma "coisa" que se intrometia no psiquismo de Cláudia dá mostras de ter tido uma continuidade na história de sua vida mental.

Cláudia fala de "prenúncios de crise" (09), que eram "coisas passageiras". Como compreender prenúncios? "Isso" esteve

latente durante muito tempo. Eventualmente, "Isso" dava pequenas mostras de sua presença e surgiam os prenúncios de crise.

O estado de "tensão" talvez não representasse apenas o temor de que "Isso" se manifestasse.

O que parece ter havido é uma relação de forças enfrentando-se em sentido contrário: "Isso" lutando para explodir como uma bomba e o eu de Cláudia "sempre lutando muito", tentando "passar por cima disso" (39). A existência desta disputa, quando as forças estavam em equilíbrio, manifestava-se pela ausência de crises mas com a presença de um estado de grande tensão:

- A sensação de tensão, ela continua. Houve sempre uma situação de tensão. Pra mim, o medo e a tensão, eles vivem juntos. Quer dizer, eu sempre fui uma pessoa tensa, de nunca conseguir relaxar muito e de ter consciência de que está acontecendo isso ... (42)

A permanência da tensão durante a vida toda de Cláudia parece relacionar-se à manutenção da "luta". Quando havia uma preponderância relativa das forças "d'Isso", surgiam os prenúncios de crise. Quando "Isso" "explodia" de seus limites, emergiam as crises de pânico.

O medo da repetição dessa experiência passa a substituir o medo d'"Isso" nas apreensões de Cláudia. Talvez por esse motivo "Isso" e a crise passam a não ser mais distintos um

do outro. Cláudia passa a temer a crise, particularmente nos seus aspectos orgânicos, talvez por serem os mais concretos, isso é, representavam uma possibilidade de compreensão das sensações absurdas que vivia.

O que está subentendido é que, quando utiliza a expressão "Isso", Cláudia não pode ser igualada às crises manifestas de pânico.

Em um primeiro momento do relato de Cláudia, "Isso" parece ser as crises, ou mais exatamente, a vivência psíquica "estranha" e "aniquilante" experimentada durante a crise. As crises são vividas como "coisas" em si mesmas, com existência própria.

Num segundo tempo, vê-se que "Isso" já estava presente desde antes do surgimento das crises. "Isso" é simultaneamente a "bomba-relógio" e sua explosão. "Isso" está em equilíbrio instável no interior de Cláudia. Quando esta "tensão" se rompe, "Isso" se manifesta nos prenúncios ou nas crises. Com o surgimento das crises manifestas de pânico, aquilo que era uma luta, um sistema de tensão em que "Isso" e o "eu" de Cláudia estavam em disputa, passou a ser uma luta do "eu" de Cláudia contra o sintoma - a crise.

Assim, quando Cláudia fala de um "alarme", este avisa da presença de que perigo? Da liberação d'Isso. A crise é igualada a "Isso" como um processo de metonímia. "Isso" já estava presente. Quando o equilíbrio é rompido, o perigoso "Isso" é percebido e dá origem a um "alarme". A expressão "Isso" parece condensar de alguma forma "Isso" e o "alarme" que avisa da

emergência d' "Isso".

c) As formas de lidar com "Isso".

"Isso" é aterrorizante, entre outros motivos, por não ter um nome, por não ser definível e, portanto, não poder ser compreendido e manejado. As crises eram "absurdas" (16), "você não tem como explicar" (29). "Isso" não podia ser elaborado. Cláudia sai em busca de um nome para "Isso":

- Eu cheguei a conversar com pessoas que tinham feito outro tipo de tratamento, que tinham esse mesmo problema, que estavam passando pela mesma coisa ... (14)

Cláudia volta a procurar seu homeopata também sem obter resposta (13). O tratamento com homeopatia mais o seu "esforço pessoal" conseguem restabelecer um certo equilíbrio instável "mas cheio de limites, cheio de tabus" (16).

A questão de Cláudia conseguir manter um certo equilíbrio (ainda que com um pouco de tensão) às custas de limitações está sempre presente:

- Eu não ia mais ao centro da cidade sozinha. Eu nunca estava na rua na hora do trânsito pesado. Eu nunca ia ao cinema sozinha. Mas as crises foram diminuindo ... (17)

Ao que parece, Cláudia precisava evitar situações nas quais se sentisse desamparada.

Vencer e não se deixar intimidar pelas crises eram uma "questão de honra" (33). Sua insistência em ter que "enfrentar"

as crises e não "permitir" que elas voltassem mostra que estava em jogo sua auto-estima, que devia ser afirmada à força:

- Eu achava que era uma coisa que só o meu trabalho, só eu mesma poderia reverter, quer dizer, com uma ajuda externa, né? Mas tudo dependia de mim. (34)

A "ajuda externa" estava basicamente subordinada ao "tudo dependia de mim".

Cláudia parecia ambivalente sobre como enfrentar "Isso". Existiam algumas alternativas:

- Lidar com "Isso" como um problema concreto, de uma forma "realista", "uma maneira de operacionalizar esta coisa de uma forma objetiva".

- Desvendar o mistério d'Isso. Compreender o que é Isso.

Cláudia mostrava sua desconfiança em relação a técnicas que simplesmente se propunham a inibir, eliminar "Isso", sem desvendá-lo, sem nomeá-lo:

"... eu achava que era muito mecânico, tomar uma pílula e esperar o problema desaparecer" (15)

Contudo, coerentemente com a "questão de honra" que estava em jogo, Cláudia propõe-se a enfrentar os problemas sozinha até esgotar suas possibilidades (34). Somente quando sente que chegou a seu limite de superar "Isso", é que vai procurar ajuda de um psiquiatra. O psiquiatra foi uma espécie de "última opção".

A "grande decepção" que Cláudia teve com ele mostra claramente sua ambivalência em como lidar com "Isso". Por um lado, ela queixa-se do psiquiatra não ter sido suficientemente acolhedor com ela, nem ter se mostrado interessado em descobrir o que era "Isso":

"Eu senti que ele indicou um medicamento assim, supermecanicamente ..." (36)

Por outro lado, a decepção parecia estar relacionada também ao fato do psiquiatra não lhe ter transmitido confiança suficiente no poder de seus remédios em eliminar "Isso". O psiquiatra, segundo o relato de Cláudia, teria afirmado:..." esse medicamento vai resolver mas não sei por quanto tempo" ... (36)

Cláudia oscila entre um "enfrentamento muito sério" (48) consigo mesma e uma necessidade de "operacionalizar", "continuar tocando a vida ..." (48), eliminando o incômodo causado por "Isso".

A necessidade de "enfrentamento" parecia ligada a uma intuição de que algo da ordem do psíquico estava envolvido:

- "a cabeça da gente é muito louca" (49);

- ... "é como se alguma coisa estivesse exigindo de mim uma resposta, eu tivesse que fazer tipo um exorcismo dessas coisas que estão entrelaçadas na minha cabeça, na minha memória, nas emoções" ... (47)

d) A Questão da "Fragilidade"

Cláudia não se reconhecia na identidade de "medrosa" a não ser pela intrusão d'"Isso" na sua vida:

- ... há 10 anos atrás ... eu saía de São Paulo em dezembro e ia até o extremo norte do país andando de carona, andando de barco, dormindo onde desse para dormir ... parece que foi uma outra pessoa que fez ...

Aonde tá a força que eu tinha? (39)

Cláudia identifica em si mesma uma inexplicável "fragilidade":

- Com as informações que eu tenho sobre as coisas eu não consigo acompanhar essa fragilidade (...) é como se eu fosse duas pessoas (37).

Cláudia apresenta sua personalidade como dividida. Uma parte era auto-suficiente, corajosa, enfrentando a vida. A outra, "estranha", só era aceita como dela própria com muita relutância - era a parte frágil.

Pode-se especular, uma vez que Cláudia mostra que "Isso" sempre esteve presente, que mesmo os seus gestos de ousadia do passado - como suas viagens de carona pelo Brasil - fossem também uma tentativa de "passar por cima disso" (39), por cima de sua "fragilidade" (37). "Isso" e a "fragilidade" são vividos como estranhos à personalidade. A percepção da própria fragilidade é vivida como assustadora.

e) O Desencadeamento das Crises

Cláudia relata duas circunstâncias em que as crises surgiram: em dezembro de 1986, data apontada como início das crises, e em dezembro de 1988 quando, após um período de melhora, as crises voltaram ("... parece que ela voltou pior", 26).

Em ambos os momentos, Cláudia descreve um contexto relativamente inespecífico em que surgiram as crises:

Dez/1986 - ritmo de trabalho intenso, com alto nível de responsabilidade;

- mudando de casa;
- pique muito acelerado, "puta disposição", "puta força";
- em uma situação superbanal (saiu de casa para entregar um trabalho na esquina).

Dez/1988 - férias;

- ia viajar;
- maior pique.

Chama a atenção o fato de as duas situações de "início" das crises terem sido descritas como momentos de "muito pique".

No reinício, em Dez/1988, além dos fatores "inespecíficos" houve uma "coisa concreta" (20) que Cláudia relacionou ao reinício das crises: a morte da colega de trabalho.

Lembre-se o episódio. A relação entre este e as crises é descrita como "algo muito nítido na minha cabeça ..." (20).

Cláudia ressalta no acidente

1) seu caráter trágico, súbito, inesperado e absurdo sob seu ponto de vista e

2) as semelhanças entre elas duas, com a possibilidade de o acidente ter acontecido com ela própria:

"... numa hora superidiota, quando não tinha ninguém na rua (...) é uma situação que eu sempre vivi e que eu continuo vivendo. De pegar aquele carro, de voltar para casa às vezes àquela hora" (22 e 23)

A partir daí, Cláudia não consegue mais sair. Acorda à noite com diarreia e vomitando.

Cláudia parece ter que confrontar-se com a própria "fragilidade". Os esforços para manter "Isso" sob controle caem por terra. As crises reiniciam.

O episódio da morte da amiga talvez não tenha sido o único ligado ao reinício das crises. Embora Cláudia não tenha feito uma ligação explícita, alguns meses antes do retorno das crises, ela havia dado à luz a um filho com síndrome de Down, descrevendo a experiência como "um enorme choque" (18)

Tanto no caso da amiga como no nascimento do filho doente, houve uma fatalidade que se impôs concretamente a despeito de qualquer possibilidade de controle. Por algum motivo, o fato de defrontar-se com os riscos da vida, o defrontar-se com a própria "fragilidade", estiveram associados às crises de pânico.

f) Medo de Avião

Cláudia relata um episódio que precede historicamente as crises de pânico atuais, mas que estaria estreitamente ligado a elas:

- "tem situações que eu associo muito à coisa do pânico, hoje. Por exemplo, quando, numa crise, minha perna fica parecendo um trapo, fica mole. Eu me lembro que quando eu era pequena - devia ter uns 3 ou 4 anos - quando passava um avião no céu e eu estava fora de casa, eu tinha, não era a sensação, tinha certeza de que ele ia cair na minha cabeça. E eu corria pra um lugar que eu julgava seguro. Como hoje eu corro para minha casa, né? Eu tinha essa mesma sensação, quer dizer, tinha esse perigo, que não era real também ... porque o avião nunca ..., a probabilidade dele cair na minha cabeça era mínima ... Acho que nem existia." (42)

Depreende-se de seu relato que o avião no céu era vivido como algo terrivelmente perigoso. O perigo era de tal concretude que obrigava Cláudia a buscar um refúgio em um lugar seguro - a casa.

No falar de Cláudia, distingue-se um aspecto racional que julgava que a chance de o avião cair na cabeça era mínima, quase inexistente, e uma vivência emocional de certeza de que esta tragédia aconteceria.

A nível emocional, atribuía ao avião no céu um perigo de destruição contra ela que, na verdade, não era tão grande que justificasse tal resposta afetiva. Logo a seguir, Cláudia mostra que este é um modo de funcionar habitual de seus processos psíquicos:

- Eu sempre tive este tipo de medo ... medo do sobrenatural, da morte, medo de sangue (qualquer machucado eu já achava que ia morrer) ... A própria casa que eu morava, eu tinha medo de determinados cômodos, medo de figuras. Às vezes, figuras de livros, estampas de santo, imagens de igrejas, muito cheios de sangue, de flechas ... (42)

Quando Cláudia afirma que:

"À medida que eu fui crescendo, alguns desses medos foram ficando para trás mas eu acho que fui adquirindo outros."
(42)

Ressalta-se o caráter meramente contingente dos objetos de "medo", enquanto permanece constante um certo mecanismo psíquico (que Cláudia relaciona às crises atuais de pânico).

Esse processo parece envolver os seguintes passos:

1. Há um objeto ou situação externa que não é em si mesma ameaçadora ou que, pelo menos, não representa um risco imediato:

- Avião;
- Sangue;
- Casa;

- Figuras de livros;
- Imagens de santo;
- Morte da colega?;
- [Filho com Down?];
- Etc.

2. Cláudia atribui a eles uma propriedade perigosa, de aniquilamento do eu:

- Avião cair em sua cabeça;
- Machucar-se = Morrer;
- Etc.

3. Cláudia tem consciência de que, de certa forma, é sua mente que atribui estas propriedades aos objetos, mas ainda assim os vivencia como realmente ameaçadores.

Estes objetos e situações têm em comum com as crises de pânico justamente esta vivência de ameaça de aniquilação imediata do eu. As crises de pânico "atuais", contudo, eram totalmente imprevisíveis, o que tornava ineficaz qualquer medida de proteção que pudesse ser tomada antecipadamente.

Este indefinido pânico podia surgir a qualquer hora, sem aviso, súbita e inapelavelmente. O avião e os outros objetos e situações temidas eram específicos, delimitados. Podiam ser evitados. O pânico ficava limitado a certas circunstâncias.

Cláudia tinha uma forma de lidar com o medo de o avião cair em sua cabeça - buscar um refúgio seguro, como em sua casa. Nenhuma medida preventiva é viável contra a crise de pânico atual.

g) A Dependência e a "Situação Segura"

Paradoxalmente, buscar uma situação segura nunca foi alguma coisa facilmente aceita por Cláudia:

- Não queria ficar no interior de jeito nenhum, quer dizer, eu nunca me ative a ficar numa situação segura. Ficar na barra da saia da mãe. Isso para mim era limitante. (40)

As situações seguras - ficar no interior, a "barra da saia da mãe", a casa - eram tidas, de certa forma, também como ameaçadoras, "limitantes".

"Ficar na barra da saia da mãe" é uma expressão corriqueira, de tom pejorativo, que se refere a uma situação de dependência ligada à insegurança pessoal, medo, fraqueza, "fragilidade", em que se ressalta caráter infantil. Novamente, surge uma "fragilidade" que não pode ser aceita. Buscar a casa e a mãe para superar seus medos era uma experiência humilhante e "limitante". O aspecto limitante talvez estivesse associado à sensação de que a segurança dada pela mãe dependia da presença concreta da mãe e não de si mesma. Vê-se claramente que há um temor de ficar "presa" à barra da saia da mãe, à cidade onde morou, ao interior, à casa fechada, ao "mundo arcaico" da mãe, à vontade dos pais.

Cláudia queria provar a si mesma que não dependia de ninguém e fugir de uma situação externa vivida como opressora. Por isso, sai do interior, da casa dos pais e vai para "uma cidade maior" (68). Cláudia buscava independência. Desejava não ter que submeter-se ao "que eles queriam" (69).

Contudo, ao lado de uma grande luta por independência, "por não ter que depender de ninguém", por não ter que ser supercomportada", "concordar com tudo" (61), quando chegam as crises elas atingem justamente a questão da dependência/independência:

- "quando você está vivendo aquilo, que você é prisioneiro daquilo (...) te reduz a uma pessoa que depende dos outros pra fazer as coisas às vezes mais elementares." (37)

h) O Isolamento

Diversas vezes em seu relato, Cláudia chama a atenção sobre uma situação e um sentimento de estar isolada em relação aos demais. Podem-se ver algumas ilustrações abaixo:

- "Acho que eu passei a infância inteira muito isolada comigo mesma" (57)

- "Você ficava traumatizada e, sei lá, resolvia sozinha, não tinha ninguém para falar (...) Eu vivi muito isolada" (51)

- "ele [o pai] não pesava nada" (53).

- "Sou a filha caçula de uma família um tanto numerosa. Quer dizer, de uma maneira eu fui criada um pouco isolada" (57)

- "Uma coisa superdistante" (57)

- "Não tinha com quem trocar" (57)

- "O próprio contato de Cláudia com o entrevistador foi experimentado por este como "discreto distanciamento" " (61).

Certamente, não se pode considerar que seu relato de isolamento seja simplesmente um fato concreto devido a circunstâncias exteriores. Vejamos por quê:

Cláudia se refere ao sentimento de pertencer a um universo que não era o dela própria, onde não havia lugar para ela:

- ... o que eu sinto muito é que eu fui criada muito no mundo_dos_adultos (57).

Seu isolamento, contudo, ia além de um distanciamento somente dos adultos, incluindo seus irmãos e os colegas da escola (57 e 58). Julgava-se tímida. Cláudia atribuía esta situação basicamente a dois tipos de circunstância:

1. As condições externas objetivas eram sentidas como desfavoráveis:

- os pais eram muito velhos;
- a família muito numerosa;
- não tinha muito com quem trocar (57), etc.

2. O isolamento era uma resposta ativa de sua parte, uma forma de resistir às ameaças que o contato com o "mundo dos adultos" representavam para ela. Esta situação de "choque" com os adultos foi diversas vezes reafirmada:

- "Acho que passei a infância inteira muito isolada comigo mesma e muito em choque com esse lance de viver num mundo de adultos" (57).

- "Era sempre uma coisa meio ... uma revolta_muito interior" (61).

- "[relação com a mãe era de] embate" (66)

- "um choque de gerações" (66)

- "Eu passei minha infância brigando. Brigando mesmo, porque me sentia indefesa. Na adolescência normalmente você arruma mais força, fica mais rebelde. Aí eu briguei demais" (67).

Tudo isso sugere que seu isolamento dependia também de seus próprios fatores emocionais e não apenas de circunstâncias contingentes. Havia uma "briga" com os adultos.

O caráter fundamental de seu "embate" com o "mundo dos adultos" parecia ser da ordem da rebeldia. Mas uma rebeldia que se revoltava contra o quê? Cláudia tenta mostrar que havia características naquele "mundo" que ela desprezava e/ou a ameaçavam de oprimi-la, submetê-la, torná-la uma pessoa dependente e medrosa:

- "Minha mãe, - tentava - ela sempre queria que eu fizesse parte do mundo dela. Ela não admitia minha independência. Ela queria que eu ficasse naquele mundo arcaico dela, que era um mundo cheio de sombras, cheio de, sabe, um mundo praticamente do começo do século" (68).

- "Eu acho que minha mãe sempre foi uma pessoa que me reprimiu muito. Ela sempre achava que eu não podia falar o que eu pensava pra ela e nem pros outros. Ela achava que eu tinha que ser supercomportada, tinha que sempre concordar com tudo."

Cláudia temia algo como ser "contaminada" pelas más qualidades que via nos personagens de sua história:

- "Minha mãe é uma pessoa muito medrosa (...) Eu atribuo a isso: eu sempre fui criada perto da minha mãe, do lado da minha mãe" (51).

Ela dava a entender que temia assimilar passivamente ou à força estas características pelas quais mostrava repulsa, notadamente, o medo e a insegurança.

Deve-se observar que, sob quaisquer aspectos, seu isolamento e sua rebeldia são descritos como se ela respondesse ou sofresse as conseqüências de situações primariamente externas. Em nenhum momento, Cláudia coloca em consideração qualquer participação sua nestes processos que não tivesse um estatuto de "resposta". Ela é sempre "vítima" e não sujeito.

O "mundo adulto" era vivido como uma ameaça tão hostil e opressora que sua reação era de intimidação. Ela parecia temer algum tipo de retaliação se chegasse a externalizar sua rebeldia:

- "E eu não concordava, mas também não conseguia passar da minha garganta para fora. Era sempre uma coisa meio ... uma revolta muito interior." (61)

Seu isolamento e sua timidez ocultavam revolta e medo. Daí compreende-se mais claramente porque ela se descrevia como uma pessoa "pra dentro" e "tensa" (59).

Por outro lado, Cláudia faz algumas outras afirmações que levam a questionar se sua tensão referia-se apenas ao infortúnio das condições externas a que estava submetida ou se haveria nela uma atitude de atribuir ao meio imediato um significado de opressão, ainda que não se desse conta disso: Quando Cláudia foi para a escola, tinha um contato com as outras crianças que "não era muito legal", pois "elas eram uma reprodução dos adultos que eu conhecia, só que em miniatura" (58):

- "o próprio lugar físico que eu morava [paredão de pedra] era uma das coisas a que eu atribuo a angústia. De ficar muito ligada a este lugar que eu morei." (62)

- "as janelas sempre muito fechadas ... havia sempre um medo muito grande meu em relação a este lugar por que ele era muito grande e eu muito pequena" (63),

isso é, parece haver em Cláudia uma tendência a generalizar as possibilidades de ameaça e opressão.

Cláudia refere-se claramente às fantasias e medos da infância. Tais fantasias pareciam ter um caráter terrificante e onipotente, sobrenatural, tanto que sua expectativa era de que fossem "amenizadas" e "desmistificadas".

As circunstâncias nas quais sua fantasia infantil criava enormes perigos não podia ser elaboradas, pois não havia a possibilidade da troca com os adultos. Elas persistiam em seu caráter terrorífico.

Já se viu que é possível pensar sua incapacidade de interação a partir de sua atitude de isolamento e revolta em relação ao mundo dos adultos. Contudo, Cláudia destaca diversas vezes não encontrar nos pais a capacidade de "amenizar" seus temores. Pelo contrário, às vezes até os aumentavam:

- "as pessoas punham muito medo nas crianças" (51).

De sua mãe Cláudia dizia:

- "quando dava um bruto de um temporal, ela ficava apavorada, fechava a casa, começava a rezar. E eu começava a viver aquele clima de terror" (51).

e de seu pai:

- "nunca influíu muito decisivamente em minha educação (...) ele não era como ela, mas também não tinha peso nenhum no sentido de desmistificar aquelas coisas, de amenizar um pouco aquilo. Assim, ele não pesava nada" (53).

Isso torna mais compreensível a sensação de "fragilidade" subjacente a que Cláudia se referia. Seus medos infantis de aniquilamento súbito não podiam ser "desmistificados", pois a via de uma troca interpessoal com um adulto que a auxiliasse nessa tarefa estava obstruída. A sensação de "fragilidade" se perpetua.

Só lhe resta "passar por cima" desta fragilidade. Ser mais forte que seus medos para não entrar em pânico. Separar-se dos adultos, dizer para si mesma que não precisa de ninguém.

Cláudia sai de casa, sai do interior, sozinha, "sem apoio nenhum", "tipo tudo ou nada". Ela acreditava que se enfrentasse o mundo, os perigos, se obtivesse sucesso ("um dos grandes pilares da coisa é a independência financeira", 69) superaria a fragilidade, não precisaria mais da mãe, seria independente.

Cláudia precisava constantemente reassegurar-se de sua força, de seu pique, de sua valentia, de não precisar de ninguém, de enfrentar o mundo, de que era mais forte que a temida sensação de aniquilamento. Isso exigia um grande esforço, uma grande luta.

Contudo, todos estes esforços visavam "passar por cima" da "fragilidade", visavam evitar um "enfrentamento muito sério" com ela. O foco de suas preocupações estava em enfrentar o mundo com seus componentes aterrorizantes (desde seu próprio ponto de

vista). Cláudia não conseguia elaborar sua própria incapacidade de mediatizar os perigos. A "independência" era absolutamente artificial:

- "Por que de repente eu "batalhei" e, de alguma maneira, eu consegui o que eu queria, que era sair de casa, que era ter o meu canto, ter as minhas coisas, ser do meu jeito. Mas na verdade eu nunca consegui isso direito" (71).

Quando seus esforços de superar sua "fragilidade" à força chegavam ao limite ou ela via diminuída sua crença em sua vulnerabilidade, emergia o desespero. Cláudia entrava em pânico.

Outros aspectos das entrevistas de Cláudia poderiam ser aqui discutidos. Para os fins de nossa reflexão estes elementos são suficientes, pois permitem recomendar uma postura de cautela quanto a reduzir um quadro no qual as crises de ansiedade tipo-pânico ocupem um lugar central à categoria de "doença metabólica geneticamente determinada".

Com uma outra atitude de escuta, sob outros pressupostos, a situação torna-se extremamente complexa do ponto de vista psíquico.

Tentaremos organizar estes elementos da análise das entrevistas segundo algumas contribuições da psicanálise como discutidas no capítulo 5.

VI.5 Considerações Teóricas

Conforme ficou visto na primeira parte da análise do caso de Cláudia, suas crises só podem ser expressas de forma indefinida e vaga. É interessante que a paciente tenha escolhido termos como "Isso" e "Aquilo" para designar suas vivências, pois estas palavras aproximam-se muito do sentido do "das ES" freudiano.

"Das ES" é um pronome indefinido do alemão, traduzido por "Ça" no francês e traduzível por ISSO em português. Foi apoiado em Groddeck que Freud introduziu este conceito fundamental em sua teoria do aparelho psíquico - das ES, o Id:

"Estou falando de Georg Groddeck, o qual nunca se cansa de insistir que aquilo que chamamos de nosso ego comporta-se de modo passivo na vida e que, como ele o expressa, nós somos 'vividos' por forças desconhecidas e incontroláveis" (FREUD, 1976; p. 37)

LAPLANCHE e PONTALIS (1986; p. 285) ressaltam que a expressão "das ES" concorda com a linguagem espontânea dos pacientes em fórmulas, como: "aquilo [Id] foi mais forte do que eu, aquilo veio-me de repente, etc"

O que aqui interessa é o caráter intrusivo, incontrolável e desconhecido do "das ES", uma vez que é de uma forma semelhante que Cláudia descreve algo que ela justamente denomina de "AQUILO" e "ISSO".

"ISSO" invade a personalidade de Cláudia.

FREUD, em 1923, afirmou que o Id era um caos, sem organização, que imprime pressão sobre o ego no sentido da descarga. LAGACHE (citado por LAPLANCHE e PONTALIS, 1986; p. 287) afirma, por sua vez, que o que melhor caracteriza a organização do Id é a ausência de um sujeito coerente, daí a escolha de um pronome neutro por Freud para designá-lo.

Esta parece ser exatamente a situação descrita por Cláudia: uma "invasão" por algo indefinido, de caráter extremamente desprazeroso, que dá origem a um estado caótico da organização da personalidade. As vivências descritas são de aniquilamento.

Esta descrição concorda com os estados de "angústia automática" descritos por Freud e, se assim se considerar devem-se concordar com FENICHEL (1981; p. 38) quando designa os "ataques incontroláveis de angústia esmagadora" como pânico, o qual seria "dinamicamente a mesma coisa que a angústia primária".

O que importa é ressaltar o caráter "primário", "primitivo", dos estados de pânico desde um ponto de vista psicodinâmico. Os estados de angústia automática são primitivos no sentido de que ainda não podem ser dominados pelo ego, não podem ser temporalizados e ainda não tem função sinalizadora.

Este mesmo momento do pânico também pode ser aproximado de outros momentos primitivos, como os da vivência de aniquilação por ação da pulsão de morte, segundo M. Klein, e do TERROR-SEM-NOME, de Bion.

Ora, em todas estas situações há uma insuficiência relativa do ego no sentido de dominar e "ligar" estas vivências. Justamente por isso, estes ataques têm um caráter de "estranheza", de alheamento do "eu" - eles não são sentidos como pertencentes aos processos psíquicos do sujeito. É útil a referência de Bion à COISA-EM-SI, que não pode ser simbolizada. Elas surgem na fala de Cláudia com o indeterminado Isso.

A angústia de aniquilamento é uma experiência primária (ligada à experiência do nascimento), traumática e que solicita o desenvolvimento do ego.

Do ponto de vista freudiano sobre angústia, o processo de desenvolvimento implica poder controlar a liberação da angústia automática de forma que atue como um sinal. Dito em outras palavras, implica o desenvolvimento de um caráter simbólico na liberação do desprazer a partir da antecipação dos perigos (ver capítulo 5) e, a introdução de uma dimensão temporal nas relações com os perigos.

Se este tipo de processo não se efetua, as liberações de desprazer não podem ser limitadas e inundam o ego - repete-se a situação da angústia automática. O sujeito submerge pelo afluxo de excitações e surge a angústia automática, não mediatizada.

Tanto para FREUD quanto para MELANIE e KLEIN, a possibilidade de se lidar com a angústia de aniquilamento depende do desenvolvimento do ego. M. KLEIN (1982) apresenta o problema da seguinte maneira:

" A necessidade vital de enfrentar e dominar a ansiedade obriga o ego primitivo a desenvolver mecanismos e defesas fundamentais" (p. 318).

Assim, a questão que se apresenta é a seguinte: que condições o ego necessita para desenvolver-se e dominar as vivências de aniquilamento do eu, uma vez que estas parecem ser vivências primitivas?

Bion destaca o papel fundamental do continente externo para acolher as projeções (descargas) do bebê e devolvê-las amenizadas e nomeadas através do processo que denominou reverie. Se o continente externo não consegue conter os elementos a ele dirigidos pelo bebê, este fica impossibilitado de desenvolver seus processos de pensamento e, assim, mediatizar suas demandas internas e as percepções. Cada uma delas torna-se ameaça de uma inundação, sem possibilidades de seu manejo eficaz.

Cláudia expressa de diversas formas o sentimento de não ter encontrado em sua família um continente para suas angústias: descrevia a mãe como medrosa, o pai como ausente, a casa como grande demais.

Particularmente ilustrativo é a sua apreciação da mãe como "medrosa", "apavorada", que não tinha o cuidado em preservar a filha de seus próprios terrores. Cláudia queixava-se de não ter podido contar com a mãe para atenuar seus medos. Não achava possível ser acolhida por ela. Talvez daí se possa compreender a alusão ao "paredão de pedra": não havia possibilidade de acolhimento.

Isso, contudo, não significa que a mãe de Cláudia tenha sido efetivamente uma pessoa sem capacidade de continência. O próprio BION lembra que a função de constituição de um aparelho para pensar tem como fatores a capacidade de reverie da mãe e a tolerância à frustração do bebê. A própria paciente identificou em si mesma uma atitude de rebeldia e isolamento.

De qualquer maneira, Cláudia lançou-se ao projeto de superar sua dificuldade de continência interna sem precisar contar com ninguém, "sem nenhum apoio", "tipo tudo ou nada".

Ao que parece, Cláudia não chegou a desenvolver o que BION chamou de função alfa de uma forma estável. Ao contrário, só lhe foi possível um equilíbrio instável que, quando falhava, dava origem ao pânico, ao TERROR-SEM-NOME.

Cláudia relata alguns processos parciais para lidar com esta situação:

- mecanismos fóbicos - medo de avião, agorafobia;
- mecanismos esquizoparanóides mais primitivos - medo de ferimentos, de figuras em livros, estampas (constituindo o que Bion denominou de objetos bizarros);
- mecanismos onipotentes - enfrentar o mundo sozinha contra todos os perigos, o "puta pique";
- etc.

Dado o caráter precário destes recursos, sua vivência profunda era a de fragilidade. Era a de poder ser assaltada a qualquer momento por uma sensação incompreensível de aniquilamento.

Um aspecto importante no seu esforço para tentar integrar, conter, "Isso" em seus processos psíquicos era torná-lo compreensível, falável. Provavelmente por isso, procurou pessoas que já tivessem passado pela sua situação e foi em busca do homeopata. Talvez o que procurasse no fundo fosse uma relação de continência. Mas não podia vivê-la, pois conseguir sozinha era uma questão de honra.

Essa impossibilidade de entrar numa relação de continência pode ser pensada das seguintes formas, ainda que a um nível de especulação:

- Cláudia sentia-se diante de uma "mãe medrosa" com medo de entrar em contato com seus terrores. Teve de tornar-se ela própria forte e independente. Recusou-se a entrar em contato com situações que a levassem a novas decepções quanto à função de continência do outro.

- Cláudia não podia tolerar o "bom" que havia nas funções de continência da mãe. Esta teve de ser alvo de uma rebeldia muda, "pra dentro" e logo em seguida abandonada (por um medo fantasiado de retaliação?).

A ameaça do retorno da vivência de aniquilamento dentro de uma visão kleiniana só seria evitável através do estabelecimento de um objeto bom internalizado e desidealizado. Isso seria possível através de um processo contínuo de projeções e identificações que paulatinamente fossem restringindo os poderes do objeto mau e dos objeto idealizado e criando um objeto bom, núcleo do ego, da autoconfiança e do pensamento.

Como Cláudia não podia tolerar situações vividas como "ficar presa à barra da saia da mãe", lançou-se ao mundo para enfrentar os contextos "perigosos" do mundo externo a partir de suas próprias projeções. Para tanto era preciso reassegurar constantemente sua coragem e sua crença em sua onipotência. O pânico ficava encapsulado.

Quando esta situação defensiva se rompia (p. ex.: morte da amiga), a crença na própria onipotência diminuía, ressurgia a incompreensível experiência de aniquilação.

Além disso, uma outra circunstância estava presente no desencadeamento das crises: o "puta pique". Pode-se perguntar por que motivos as crises surgiriam justamente em momentos de maior vitalidade e realizações. Também ao nível especulativo, pode-se pensar em algumas hipóteses:

- estes estados de "atividade intensa" seriam momentos de exacerbação de suas tentativas de "passar por cima d'Isso", que terminam por entrar em falência e surge, assim, o pânico;

- em um nível de fantasias inconscientes haveria o retorno de um objeto vingativo - aquele que foi abandonado a título de rebeldia e de afirmação de sua própria personalidade. Seu retorno é percebido justamente nos momentos de sucesso.

Evidentemente, as hipóteses apresentadas devem ser relativizadas ao método empregado, levando em conta suas limitações. Devem ser utilizadas como instrumentos de referência que auxiliem a pensar o caso estudado e suas possíveis relações mais amplas com o DP.

VII, CONCLUSÃO

As reflexões apresentadas neste trabalho não têm o objetivo de constituir uma teoria psicodinâmica sobre o fenômeno do pânico e do DP. Elas visam, isto sim, fornecer subsídios para se pensar algumas questões clínicas relevantes frente a estes pacientes.

Em primeiro lugar, gostaria de destacar alguns elementos do fenômeno do pânico tais como surgiram à análise do caso de Cláudia.

1. A crise de pânico era um estado em que a vivência básica era de aniquilação do eu, sendo experimentada de forma passiva, como uma invasão desde o interior por elementos desconhecidos.

2. O fenômeno parece ser extremamente primitivo do ponto de vista psicodinâmico, se se levarem em conta as possibilidades do ego de simbolizar e temporalizar suas

vivências.

3. Uma busca de "continentes" externos que supram o déficit das funções de mediação do próprio ego. Se o agente protetor externo ausenta-se, o indivíduo se sente novamente à mercê da emergência dessas vivências apavorantes desconhecidas. Daí o surgimento da necessidade de um ambiente protetor, a agorafobia, o acompanhante fóbico, as condutas dependentes.

4. A procura de uma "explicação" que organize e dê sentido às suas vivências. Surge o interesse por outras pessoas que passaram pela mesma experiência, surge a busca de um diagnóstico de doença física, de um objeto ou situação que esteja em conexão com a emergência das crises, desenvolvendo-se neste caso, as fobias.

5. O surgimento das crises é "espontâneo", desde uma visão compreensiva dos fenômenos conscientes. Contudo, este aparecimento pode ser pensado em uma relação dinâmica com os elementos psíquicos inconscientes do indivíduo.

Dessa forma, penso que o fenômeno do pânico não pode ser reduzido a uma explicação de cunho exclusivamente biológico, na qual estariam em jogo apenas fatores aleatórios e independentes do sujeito. Parece tratar-se de algo extremamente complexo do ponto de vista da dinâmica da personalidade, envolvendo mecanismos psíquicos profundos e primitivos.

Ainda que estas observações tenham apenas um caráter hipotético muito amplo e sejam mais indicativas do que conclusivas, podem ser utilizadas de uma forma heurística em relação a certas situações clínicas apresentadas por pacientes

com DP.

Comentarei alguns destes casos.

VII.1 O Papel de Continência do Psiquiatra e Profissional de Saúde

O paciente com DP, habitualmente, mostra-se desesperado e desesperançoso de sua condição. Teme estar com uma doença física fatal, mas, de qualquer forma, deseja um diagnóstico que lhe explique aquilo que está passando.

Neste caso, a atitude do clínico envolve diversas dimensões:

- O acolhimento do paciente e de seu relato: muitas vezes, os pacientes com DP dizem sentir-se envergonhados de seus sintomas inexplicáveis e expressam o medo de não ser compreendidos por ninguém.

- O processo diagnóstico deve poder envolver exames e testes complementares no sentido de descartar as diversas patologias orgânicas que podem apresentar quadros semelhantes ao DP.

Um processo de diagnóstico exaustivo, investindo em exames e testes além dos razoáveis, pelo fato de não se ter descoberto uma causa orgânica, tende a desenvolver no paciente a crença de que também a relação médico-paciente não é continente para seus elementos emocionais terroríficos.

Uma explicação, por parte do médico, de seu diagnóstico de DP que privilegie unicamente os aspectos biológicos

relacionados a sua condição pode até ser auxílio na limitação da angústia do paciente, uma vez que este está em busca de uma explicação lógica e compreensível para o que lhe está acontecendo. Por outro lado, este tipo de conduta tende a obscurecer a participação do sujeito em seus próprios processos psíquicos, o que pode servir de empecilho para um processo de elaboração, que necessariamente exige levar em consideração a própria pessoa. Além disso, a segurança do paciente fica depositada em sua confiança na autoridade do médico e na eficácia da medicação. Uma ameaça à confiança em qualquer destes elementos imediatamente revela o caráter precário de tal procedimento.

VII.2 O Papel da Psicoterapia

As reflexões apresentadas neste trabalho sugerem que no pânico estão envolvidas condições emocionais extremamente intensas e primitivas. Dessa forma, o tratamento psicoterápico não deve ser pensado como um elemento coadjuvante que se limite a auxiliar o paciente a tomar seus remédios e enfrentar suas fobias, mas como uma intervenção no sentido de lidar com os elementos psíquicos mais profundos de seu terror e seu pânico.

Particularmente importante é pensar no papel das abordagens psicoterápicas de grupos de pacientes com DP.

Como se mostra a análise do caso de Cláudia, ela procurou espontaneamente entrar em contato com pessoas que já tivessem passado pela mesma experiência. Há uma demanda de organização das vivências terroríficas.

Dessa forma, os trabalhos com grupos de pacientes que possibilitem a livre expressão daquilo que os pacientes desejam externalizar e conhecer dos demais podem constituir técnicas extremamente úteis e promissoras, pela possibilidade de acesso à simbolização pela palavra de suas vivências e de encontro de continência nos demais.

Além disso, é uma técnica psicoterapêutica viável de ser utilizada em níveis de menor complexidade, desde que haja profissionais treinados na sua condução.

VII.3 A Abordagem da Família

É frequente encontrarem famílias de pacientes com DP - especialmente em casos crônicos - uma estrutura já consolidada, tanto de reforço às condutas fóbicas do paciente como, em outros casos, de franca rejeição.

Aquela continência que não é disponível a nível psíquico é oferecida ao paciente de maneira concreta sob a figura do acompanhante fóbico e no reforço às condutas dependentes. Outras vezes, os familiares mostram grandes dúvidas em relação a quais as melhores maneira de lidar com a situação do paciente.

Assim, a abordagem da família deve ser parte integrante do acompanhamento dos casos de DP. Através dela, possibilita-se a ventilação de afetos e fantasias, tanto em relação à situação do paciente quanto à situação interna da família como um todo. Os esclarecimentos do quadro clínico devem ser amplos e as formas atuais dos familiares no manejo da situação devem ser discutidas.

A dinâmica familiar dos pacientes com D.P e as técnicas de psicoterapia familiar são um campo de investigação ainda por explorar.

Finalmente, o desafio das novas investigações a respeito do DP está subordinado aos modos de otimização, do ponto de vista clínico, das abordagens psicodinâmicas - individuais, grupais e familiares - de forma integrada com a evolução dos conhecimentos do manejo psicofarmacológico.

Evidentemente este desafio não se limita, na psiquiatria moderna, ao DP. Contudo, por ser uma entidade nova e de descrição recente, o DP mostra de forma mais elara a problemática da integração a um nível clínico dos avanços obtidos desde as referências biológicas e psicodinâmicas.

BIBLIOGRAFIA

1. ACKERMAN, S.H. & SACHAR, E.J. The lactate theory anxiety: A review and reevaluation. *Psychos Medicine*, 36: 69-81, 1974.
2. ANDERSON, D.J.; NOYES JR., R. & CROWE, R.R. A comparison of panic disorder and generalized anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 141:572-5, 1984.
3. AKISKAL, H.S. Ansiedade: definição, relação com depressão e proposta para um modelo integrados. *J Bras Psiq* 35 : 375-381, 1986.
4. ARONSON, T.A. & LOGUE, C.M. On the longitudinal course of panic disorder: development history and predictors of phobic complications. *Compreh Psychiatry*, 28:344-55, 1987.
5. ARONSON, T.A. & LOGUE, C.M. Phenomenology of panic attacks; a descriptive study of panic disorders patient's self - reports. *J Clin Psychiatry*, 49:8-13, 1988.

6. ARRUDA, S.L.S. Grupo de encontro de mães; vivências clínicas do seu funcionamento em um ambulatório de saúde mental infantil. Campinas, 1989.
/Dissertação - mestrado. Universidade Estadual de Campinas/
7. BALLENGER, J.C. Unrecognized prevalence of panic disorder in primary care, internal medicine and cardiology. Am J Cardiology, 60:39-47, 1987.
8. BALLENGER, J.C. Biological aspects of panic disorders. Am J Psychiatry, 143:516-8, 1986.
9. BARTHES, R. Fragmentos de um discurso amoroso. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1981.
10. BERGSON, H. O cérebro e o pensamento, uma ilusão filosófica. In: BERGSON. São Paulo, Abril Cultural, 1984. p. 41-52 (Col. Os Pensadores).
11. BION, W.R. Aprendiendo de la experiencia. Buenos Aires, Paidós, 1975.
12. _____. Atenção e Interpretação. Rio de Janeiro, Imago, 1973.

13. BION, W.R. Estudos psicanalíticos revisados. Rio de Janeiro, Imago, 1988.
14. BLEGER, J. Temas da psicologia, entrevista e grupos. São Paulo, Martins Fontes, 1987.
15. BOUDOULAS, H.; REYNOLDS, J.C. & Cols. Metabolic studies in mitral valve prolapse syndrome. A neuroendocrine cardiovascular process. *Circulation*, 61:1200-5, 1980.
16. BOUDOULAS, H.; KING, B.D. & WOOLEY, C.F. Mitral valve prolapse; A marker of anxiety or overlapping phenomenon? *Psychopathology*, 17:98-106, 1984.
17. BOWLBY, J. Separação. São Paulo, Martins Fontes, 1984.
- 18.. BOYD, J.H. Use of mental health services for the treatment of panic disorder. *Am J Psychiatry*, 143:1569-74, 1986.
19. BREIER, A; CHARNEY, D.S. & HENINGER, G.R. Major depression in patients with agorophobia and panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 41: 1129-35, 1984.
20. BRITTO, P. O relatório Pinotti e a doença de Tancredo, medicina e discurso. Campinas, Papirus, 1988.

21. CAETANO, D. Associação entre prolapso de valva mitral, estado de ansiedade e ataque de pânico. J Bras Psiqu, 33:175-8, 1984.
22. _____. Relação entre ataque de pânico e depressão. J Bras Psiqu 34: 17-24, 1985.
23. _____. Comparação entre pacientes com desordem de pânico e prolapso de valva mitral e aqueles com desordem de pânico e sem prolapso de valva mitral. J Bras Psiqu, 35:53-9, 1986.
24. CLARK, D.M. A cognitive approach to panic. Behav Res Ther, 24:461-70, 1986.
25. CLONINGER, C.R; MARTIN E.L; CLAYTON, P. & Cols A blind follow-up and family study of anxiety neurosis: Preliminary analysis of the St. Louis 500. In: KLEIN, D.F. & RABKIN, J. (eds), Anxiety New Research and Changing Concepts. New York, Raven Press, p. 137 - 154, 1981.

26. CORYELL, W. & NOYES, R. Placebo x response in panic disorder. Am J Psychiatry 145:1138-40.
27. COSTA e SILVA, J.A. & RUSCHEL, S.I. Ansiedade. São Paulo, ECN, 1988.
28. CROWE, R.R.; PAULS, D.L. & Cols. A family study of anxiety neurosis. Arch Gen Psychiatry, 37:77-9, 1980.
29. CROWE, R.R.; NOYES, R. & Cols. A linkage study of panic disorder. Arch Gen Psychiatry, 44:933-7, 1987.
30. CROWE, R.R.; NOYES, R.; PAULS, D.L. & SHYMEN, D. A family study of panic disorders. Arch Gen Psychiatry, 40:77-9, 1983.
31. DIAMOND, D.B. Panic attacks, hypochondriasis, and agoraphobia: A self-psychology formulation. Am J Psychotherapy, 39:144-25, 1985.
32. DSM - III Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatry Association, Washington - DC, 1980. ed. 3.
33. DSM - III R Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatry Association, Washington - DC, 1987. ed. 3, revisão.

34. EDLUND, M.J. & SWANN, A.C. The economic and social costs of panic disorder. *Hosp Comm Psychiatry*, 38:277-9, 1987.
35. ETCHEGOYEN, H. Fundamentos da técnica psicanalítica. Porto Alegre, Artes Médicas, 1987.
36. FAVA, G.A.; GRANDI, S. & CAVESTRARI, R. Prodromal symptoms in panic disorder with agoraphobia. *Am J Psychiatry*, 145:1564-7, 1988.
37. FÉDIDA, P. Corps du vide et espace de séance. Paris éditions Universitaires, 1977.
38. _____. O acontecimento da noite e o ofício do sonho. In: BIRMAN, J. e NICÉOS, A., *Psicanálise e Psicoterapia*. Rio de Janeiro, Campus, 1983. p. 135-57.
39. _____. Clínica psicanalítica. São Paulo, Escuta, 1988.
40. FENICHEL, O. Teoria psicanalítica das neuroses. Rio de Janeiro, Atheneu, 1981.
41. FERENCZI, S. Problemas y metodos del psicoanalisis. Buenos Aires, Paidós, 1966.
42. _____. Teoria y tecnica del psicoanalisis. Buenos Aires, Paidós, 1967.

43. FERNÁNDES, F. Fundamento de la psiquiatría actual. Madrid, Paz Montalvo, 1976.
44. FLANNERY, J.G. & SZMUILOWICZ, J.S. Psychiatric implications of the mitral valve prolapse syndrome (MVPS). Can J Psychiatry, 24:740-3, 1979.
45. FOUCAULT, M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1977a.
46. _____. História da sexualidade I, A vontade de saber. Rio de Janeiro, Graal, 1977b.
47. _____. Les matins gris de la tolérance. Le Monde, 23/07/77, 1977c.
48. _____. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro, Graal, 1986a. 6ª ed.
49. _____. O nascimento do hospital. In: FOUCAULT, M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro, Graal, 1986b. 6ª ed.
50. _____. Verdade e poder. In: FOUCAULT, M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro, Graal, 1986c. 6ª ed.

51. FOUCAULT, M. Não ao sexo rei. In: FOUCAULT, M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro, Graal, 1986d. 6ª ed.
52. FREEDMAN, D.X. New dimensions in anxiety: psychologic and psychiatry perspectives. J Clin Psychiatry, 44:3-4,
53. FREUD, S. Observação sobre um caso grave de hemianestesia de um homem histérico. In: FREUD, S., Edição standard brasileira. Rio de Janeiro, Imago, 1976a. v.1, p.57-70.
54. _____. Obsessões e fobias: seu mecanismo psíquico e sua etiologia. In: FREUD, S., Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago, 1976b. v.3, p.85-102.
55. _____. Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada "neurose de angústia". In: FREUD, S., Edição standard brasileira. Rio de Janeiro, Imago, 1976c. v.3, p.103-140.
56. _____. Uma réplica às críticas do meu artigo sobre neurose da angústia. In: FREUD, S., Edição standard brasileira. Rio de Janeiro, Imago, 1976d. v.3, p.141-63.
57. _____. Estudos sobre a histeria. In: FREUD, S., Edição standard brasileira. Rio de Janeiro, Imago, 1976e. v.2.

58. FREUD, S. Delírios e sonhos na "Gradiva" de Jensen. In: FREUD, S. Edição standard brasileira. Rio de Janeiro, Imago, 1976f. v.9, p.13-100.
59. _____. Uma neurose infantil. In: FREUD, S., Edição standard brasileira. Rio de Janeiro, Imago, 1976g. v.17, p.13-156.
60. _____. Além do princípio do prazer. In: FREUD, S., Edição standard brasileira. Rio de Janeiro, Imago, 1976h. v.18, p. 13-88.
61. _____. Inibições, sintomas e ansiedade. In: FREUD, S., Edição standard brasileira. Rio de Janeiro, Imago, 1976i. v.20, p.107-180.
62. _____. O mal-estar na civilização. In: FREUD, S., Edição standard brasileira. Rio de Janeiro, Imago, 1976j. v.21, p.81-171.
63. _____. Conferência XXXII; Ansiedade e vida instintual-
Novas conferências introdutórias sobre psicanálise. In: FREUD, S., Edição standard brasileira. Rio de Janeiro, Imago, 1976l. v.22, p.103-138.

64. FREUD, S. A interpretação das afasias. São Paulo, Martins Fontes, 1979.
65. _____. Rascunho A. In: MASSON, J.M., A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess, 1887-1904. Rio de Janeiro, Imago, 1986a. p.37-9.
66. _____. Rascunho B. A etiologia das neuroses. In: MASSON, J.M., A correspondência completa de Sigmund Freud para Wilhelm Fliess, 1887-1904. Rio de Janeiro, Imago, 1986b. p.39-44.
67. _____. Rascunho J. In: MASSON, J.M., A correspondência completa de Sigmund Freud para W. Fliess, 1877-1904. Rio de Janeiro, Imago, 1986c. p.156-63.
68. GARVEY, M.J. & TUASON, V.B. The relationship of panic disorder to agoraphobia. *Compreh Psychiatry* 25:529-31, 1984.
69. GEORGE, D.T.; LADENHEIN, J.A. & cols. Effects os pregnancy on panic attacks. *Am J Psychiatry* 144:1078-9, 1987.
70. GITTELMAN, R. & KLEIN, D.F. Relationship between separation anxiety and panic and agoraphobia disorders. *Psycopathology* 17:56-65, 1984.

71. GOBBI JR., O.F. A pré-história da teoria freudiana: os materiais de construção. São Paulo, 1981.
/Tese-doutorado. Universidade de São Paulo/
72. _____. Em defesa de uma teoria materialista da subjetividade. São Paulo, Revista Ide 15:25-7, 1988.
73. GORMAN, J.M.; LIEBOWITZ, M.R. & KLEIN, D.F. Transtornos de angústia y agorafobia. Monografia do Instituto Psiquiátrico do Estado de New York, 1984.
74. GORMAN, J.M.; SHEAR, M.K.; DEVEREUX, R.B. & cols. Prevalence of mitral valve prolapse in panic disorder effect of echocardiographic criteria. Psychos Med 42:167-71, 1986.
75. GORMAN, J.M.; LIEBOWITZ, M.R. & cols. A neuroanatomical hypothesis for panic disorder. Am J Psychiatry 146:148-61, 1989.
76. GREEN, A. O discurso vivo. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1982.
77. GRINBERG, M.; QUADROS, C.S.O. & cols. A tríade prolapso da valva mitral, ataque de pânico e agorafobia. Arq Bras Cardiol 44:41-3, 1985.

78. HICKEY, A.J.; ANDREWS, G. & WILCKEN, D.E.L. Independence of mitral valve prolapse and neurosis. *Br Heart J* 50:333-6, 1983.
79. HINE, F.R.; WERMAN, D.S. & SIMPSON, D.M. Effectivations of psychotherapy: problems of research on complex phenomena. *Am J Psychiatry* 139:204-8, 1982.
80. HOAKEN, P.C.S. Mitral valve prolapse and neurosis. *Can Med Assoc J* 135:1064-5, 1986.
81. HOLMBERG, G. Anxiety disorders classification and diagnosis. *Acta Psychiatr Scand* 76 (suppl. 335):7-13, 1987.
82. HUMBLE, M. A etiology and mechanism of anxiety disorder. *Acta Psychiatr Scand* 76:15-30, 1987.
83. IKADOL, A.E. & SPITZER, R.L. DSM III; rationale basic concepts, and some differences from ICD-9. *Acta Psychiatry Scand* 66:271-81, 1982.
84. JASPERS, K. *Psicologia geral*. Rio de Janeiro/São Paulo, Ateneu, 1989. v.1, 2ª ed.

85. JUDD, F.K.; BURROWS, G.D. & HAY, D.A. Panic disorders;
evidence for genetic vulnerability. Aust N Z J Psychiatry
21:197-208, 1987.
86. JUDD, F.K.; GRAHAM, D. & cols. Panic disorders; evidence
for genetic vulnerability. Aust N Z J Psychiatry
21:197-208, 1987.
87. KANTOR, J.S.; ZITRIN, C.M. & ZELDIS, S.M. Mitral valve
prolapse syndrome in agoraphobic patients. Am J Psychiatry
137:467-9, 1980.
88. KATERND AHL, D.A. Panic attacks - psychologic response or
medical illness? Postg Medicine 75:261-8, 1984.
89. _____. Prevalence of panic attacks (letter). J Fam Pract
24:208-9, 1987.
90. KATON, W.; VITALINO, P.P. & cols. Panic disorders;
epidemiology in primary care. J Fam Pract 23:233-9,
1986.
91. KATON, W. Panic disorders and somatization. Am J Medicine
77:101-6, 1984.

92. KLEIN, D. & FINK, M. Psychiatry reactions patterns to imipramine. *Am J Psychiatry* 119:432-8, 1962.
93. KLEIN, D.F. Delineation of two-drug responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacologia*, 5:397-408, 1964.
94. _____. Anxiety reconceptualized. *Compr Psychiatry* 21:411-27, 1980.
95. _____. Anxiety reconceptualized. In: KLEIN, D.F. & RABKIN, J.O. (ed.) *Anxiety; New Research and Changing Concepts*. New York, Raven Press, 1981. p.235-63.
96. KLEIN, M. A importancia da formação de símbolos no desenvolvimento do ego. In: KLEIN, M. *Contribuições à psicanálise*. São Paulo, Mestre Jou, 1981. p.295-314.
97. _____. Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In: KLEIN, M. & cols. *Os progressos da psicanálise* Rio de Janeiro, Zahar, 1982a., 2ª ed. 313-343.
98. _____. Sobre a teoria da ansiedade e culpa. In: KLEIN, M. & cols. *Os progressos da psicanálise*. Rio de Janeiro, Zahar, 1982b. 2ª ed., p.290-312.

99. KNOBEL, M. A entrevista na adolescência. Campinas, monografia do Depto. de Psic. Med. Psiq. / Unicamp. 1986.
100. KORFF, M.; EATON, & KEYL, P. The epidemiology of panic attacks and panic disorders. Am J Epidemiol 22:970-81, 1985.
101. LADER, M. Behavior and anxiety; psychologic mechanisms. J Clin Psychiatry 44:5-10, 1983.
102. LAGACHE, D. La unidad de la psicología. Barcelona, Paidós, 1985.
103. LANNING, W. & IVERSON, K. A study of the relationship between mitral valve prolapse and personality characteristics. Psychos 36:223-5, 1986.
104. LAPLANCHE, J. A angústia. São Paulo, Martins Fontes, 1987.
105. _____. Teoria da Sedução Generalizada. Porto Alegre, Artes Médicas, 1988.
106. LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J.B. Vocabulário de Psicanálise. São Paulo, Martins Fontes, 1986.

107. LESSER, M. & RUBIN, R.T. Diagnostic considerations in panic disorders. J Clin Psychiatry 47(suppl. 6):4-10, 1986.
108. LESSER, I.M.; RUBIN, R.T.; PECKNOLD, J.C. e cols Secondary depression in panic disorder and agoraphobia. Arch Gen Psychiatry 45: 437-43, 1988.
109. LIBERTHSON, R.; SHEEHAN, D.; KING, M.E. & WEYTMAN, A.E. The prevalence of mitral valve prolapse in patients with panic disorders. Am J Psychiatry 143:511-15, 1986.
110. LIEBERMAN, J.A.; BRENNER, R. e cols. Dexamethasone suppression test in patients with panic disorder. Am J Psychiatry 140: 917-9, 1983.
111. LIEBOWITZ, R. & cols. Lactate provocation of panic attacks; I. clinical and behavioral findings. Arch Gen Psychiatry 41: 764-70, 1984.
112. LIEBOWITZ, R. & cols Lactate provocation of panic attacks; II. biochemical and physiological findings. Arch Gen Psychiatry 42: 709- 19, 1985.

113. LIEBOWITZ, M.R. & cols. Possible mechanisms for lactate's induction of panic. *Am J Psychiatry* 143: 495-502, 1986.
114. LORENZER, A. El language destruído y la reconstrucción psicoanalítica. Buenos Aires, Amorrortu, 1987.
115. MAC FADDEN, M.A.J.; DUARTE, F; GUIMARÃES, L.A.M. Um estudo preliminar de pacientes com crise de pânico, através da prova de Rorschach. *Arq S M Est S Paulo* 66: 95-103, 1986/87.
116. MAGRAF, J.; EHLERS, A. & ROTH, W.T. Biological models of panic disorders and agoraphobia - a review. *Behav Res Ther* 24:535-67, 1986a.
117. _____. Sodium lactate infusions and panic attacks: a review and critique. *Psychos Med* 48:23-51, 1986b.
118. MANNONI, M. A primeira entrevista em psicanálise. Rio de Janeiro, Campus, 1982. 2ª ed.
119. MARKS, I.M. Behavioral aspects of panic disorder. *Am J Psychiatry* 144:1160-5, 1987.

120. MAZZA, D.L.; MARTIN, D. & cols. Prevalence of anxiety disorders in patients with mitral valve prolapse. *Am J Psychiatry* 143:349-52, 1986.
121. NAGGAR, C.Z. & ARETZ, H.T. Pathogenesis of mitral valve prolapse. *Medical Times* 122:27-35, 1984.
122. NEMIAH, J.C. A psychoanalytic view of phobias. *Am J Psychoanalysis* 41:115-20, 1981.
123. NOBRE DE MELO, A.L. *Psiquiatria*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1979.
124. NOYES, R.; CROWE, R.R.; HARRIS, E.L. & cols. Relationship between panic disorders and agoraphobia. *Arch Gen Psychiatry* 43:227-32, 1986.
125. NOYES, R. Is panic disorder a disease for the medical model ? *Psychosomatics* 28: 582-4, 1987.
126. PARISER, S.F., PINTA, E.R. & JONES, B.A. Mitral valve prolapse syndrome and anxiety neurosis / panic disorder. *Am J Psychiatry* 135: 246-7, 1978.
127. PEREIRA, M.E.C.; CAETANO, D. & VALLER, E.H.R. Diagnóstico diferencial entre desordem e pânico e doenças físicas. *J Bras Psiq* 36:77-84, 1987.

128. PITTS, F.N. & McCLURE, J.N. Lactate metabolism in the anxiety neurosis. N Engl J Med 277:1329-36, 1967.
129. PORTELLA NUNES, E. On terrain d'entente en psychanalyse: processus et objectifs cliniques tels que je les vois. Rev Franç e Psychanalyse, 5:1085-95, 1988.
130. RASKIN, M.; PEEKE, H.V.S.; DICKMAN, W. & PINSKER, H. Panic and generalized anxiety disorders. Arch Gen Psychiatry 39:687-9, 1982.
131. REICH, J.H. DSM III personality disorders and the outcome of treated panic disorders. Am J Psychiatry 145:1149-52, 1988.
132. REUCHLIN, M. Os métodos em psicologia. São Paulo, Difusão européia do livro, 1971.
133. RICOEUR, P. Da interpretação. Rio de Janeiro, Imago, 1977.
134. ROTH, M. Agoraphobia, panic disorder and generalized anxiety disorder. Psychiatry Devel 2:31-2, 1984.
135. SÁ JR, L.S.M. Fundamentos de Psicopatologia. Rio de Janeiro, Atheneu, 1988.

136. SCHNEIDER, K. Psicopatologia Clínica. São Paulo, Mestre Jou, 1976.
137. SEGAL, H A obra de Hanna Segal. Rio de Janeiro, Imago, 1982.
138. SHAPIRO, J. & McFERRAN, R.J. Across the medical editors desk. Am Fam Psysician 24:100-2, 1981.
139. SHEEHAN, D.V. BALLENGER, J. & JACOBSEN, G. Treatment of endogenous anxiety with phobic, hysterical, and hypochondriacal symptoms. Arch Gen Psychiatry 37:51-9, 1980.
140. SHEEHAN, D.V. Panic attacks and phobias. New Engl J Med 307:156-8, 1982a.
141. _____. Current views on the treatment of panic and phobic disorders. Drug Ther 12:179-93, 1982b.
142. SHEEHAN, D.V.; CLAYCOMB, J.B., e cols. Panic attacks and the dexamethasone suppression test. Am J Psychiatry 140: 1063-4, 1983.
143. SILOVE, D. Perceived parental characteristics and reports of early parental deprivation in agoraphobic patients. Aust N Z J Psychiatry 20:365-9, 1986.

144. SILVA, M.E.L. Pensando o pensar. São Paulo, M.G. Editores, 1988.
145. SKODOL, A.E. & SPITZER, R.L. DSM-III; rationale, basic concepts, and some differences from ICD-9. Acta Phychiat Scand 66: 271-81, 1982.
146. SPITZ, R. O primeiro ano de vida. São Paulo, Martins Fontes, 1986.
147. SULLIVAN, H.S. A entrevista psiquiátrica. Rio de Janeiro, Interciência, 1983.
148. THYER, B.A. & NESSE, J. Temporal relationship between panic attack onset and phobic avoidance in agoraphobia. Behav Res Ther 23:607-8, 1985.
149. THYER, B.A.; NESSE, R.M. & cols. Cases histories and shorter communications. Panic disorder: a test of the separation anxiety hypothesis. Behav Res Ther 24:209-11, 1986.
150. TORGERSEN, S. Genetic factors in anxiety disorders. Arch Gen Psychiatry 40: 1085-9, 1983.

151. UHDE, T.W.; STEIN, M.B. & cols. Lack of efficacy of carbamazepine in the treatment of panic disorder. *Am J Psychiatry* 145:1104-9, 1988.
152. URSANO, R.J.; JONES, D.R. & CORCORAN, J.F.T. - Mitral valve prolapse and psychiatric symptoms. *Am J Psychiatry* 138:258-9, 1981.
153. VENKATESH, A.; PAULS, D.L. & cols. Mitral valve prolapse in anxiety neurosis (panic disorders). *Am Heart J* 100:302-5, 1980.
154. VON KORFF, M.R.; EATON, W.W. & KEYL, P.M. The epidemiology of panic attacks and panic disorder. *Am J Epidemiology* 122:970-81, 1985.
155. WEINSTEIN, G.; ALLEN, G. & FORD, C.V. Anxiety and mitral valve prolapse syndrome. *J Clin Psychiatry* 43:33-4, 1982.
156. WEISSMAN, M. & MERIKANGOS, K. The epidemiology of panic disorders: an update. *J Clin Psychiatry* 47 (suppl.6): 11-7, 1986.
157. WIDLOCHER, D. O paralelismo impossível. In: FÉDIDA, P., Comunicação e representação. São Paulo, Escuta, 1989. p.229-60.

158. WINNICOTT, D.W. Recordações do nascimento, truma do nascimento e ansiedade. In: ____ - Da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1988a. 2ª ed., p. 313-39.
159. _____. Os bebês e suas mães. São Paulo, Martins Fontes, 1988b. 1ª ed.
160. WOOLEY, C.F. From irritable heart to mitral valve prolapse: the Osler connection. Am J Cardiology 53:870-4, 1984.
161. _____. Where are the diseases of yesterday? Circulation, 53:749-51, 1976.