

# Síndrome de pânico: uma escuta psicanalítica

Riva Satovschi Schwartzman

A síndrome de pânico, definida pela Psiquiatria americana como doença nova, ocupa hoje lugar nada desprezível na prática médica. Como escutá-la com os instrumentos da Psicanálise?

A síndrome de pânico é hoje uma doença conhecida no meio médico, com incidência considerada em alta, e cujo tratamento medicamentoso já está consagrado, com uma associação de ansiolítico e antidepressivo. Seu aparecimento na literatura psiquiátrica data da década de 60, e sua definição como entidade nosológica, distinta de outras manifestações de ansiedade, surge em 1980<sup>1</sup>. As pesquisas lideradas por Donald Klein<sup>2</sup> tiveram peso decisivo para o remanejamento na classificação dos distúrbios psíquicos cuja característica principal é a ansiedade, ao diferenciar essa síndrome de outras,

tomando como base sua resposta ao tratamento, segundo o método de dissecação farmacológica. De acordo com aquele autor - e com tantos outros que confirmam os resultados de seu trabalho<sup>3</sup> - a boa resposta dessa síndrome aos medicamentos ministrados por um período mínimo de seis meses justifica não apenas a diferenciação diagnóstica, mas também a convicção de tratar-se de uma questão médica, apesar de sua suposta causa orgânica não estar esclarecida.

Riva Satovschi Schwartzman é psicanalista, mestre em Psicologia pela Duquesne University (E.U.A.), professora-adjunta aposentada do Departamento de Psicologia da UFMG, e professora dos cursos de extensão em Psicanálise da UFMG e da PUC/MG.

Qualquer pessoa que acompanhe as discussões sobre temas psicopatológicos teve obrigatoriamente sua atenção despertada nos últimos tempos para a repetição insistente de matérias sobre a síndrome de pânico, veiculadas em jornais e revistas não especializados e de grande circulação.<sup>4</sup> É surpreendente o fato de que tais aparições na imprensa não noticiem nada de novo, mas repitam sempre a mesma fórmula: a *Síndrome* é apresentada como doença recém-descoberta nos Estados Unidos, acompanhada da descrição de seus sintomas mais marcantes; é então afirmado que o controle de tais sintomas exige intervenção medicamentosa, reforçando-se a afirmação com depoimentos de pessoas que só viram seu sofrimento minorado com o uso de remédios, com ou sem alguma ajuda psicoterápica.

Por mais que seja evidente o interesse corporativista e uma campanha publicitária nesse empenho em divulgar através da imprensa a descoberta da síndrome de pânico, nós psicanalistas não podemos acomodar-nos nessa constatação. Não podemos também opor a uma explicação *biologizante*, uma outra, *psicologizante*. O fato de que a divulgação psiquiátrica da doença venha tendo tão boa acolhida pelo público em geral e venha provocando uma onda de *auto-diagnose*, exige o nosso mais atento e cuidadoso interesse a essa síndrome apresentada como nova e epidêmica. A atenção psicanalítica deve voltar-se não apenas para a própria Síndrome, mas também para o fenômeno de grupo expresso numa onda de pessoas que se reconhecem como portadoras da doença.

Se examinarmos com cuidado a enumeração dos sintomas da Síndrome de Pânico proposta pelo DSM III ao estabelecer os critérios para o seu diagnóstico<sup>5</sup>, temos mais razão ainda para não deixarmos essa "doença" de lado. Vejamos:

A atenção psicanalítica deve voltar-se não apenas para a própria síndrome, mas também para a onda de auto-diagnose que ela provoca.

- 1- Respiração curta (dispnéia) ou sensação de sufocamento.
- 2- Tonturas, sensação de fraqueza ou desmaio.
- 3- Palpitações ou frequência cardíaca acelerada (taquicardia).
- 4- Tremores ou estremeamento.
- 5- Suores.
- 6- Sufocação.
- 7- Náusea ou desconforto abdominal.
- 8- Despersonalização ou desrealização.
- 9- Torpor ou sensações de dormência (parestias).
- 10- Rubores (ondas de calor) ou calafrios.
- 11- Dor ou desconforto torácico.
- 12- Medo de morrer.
- 13- Medo de ficar louco ou fazer algo descontrolado.

Os psicanalistas atentos aos escritos de Freud anteriores a 1900 reconhecerão que a descrição acima coincide em muito com aquela apresentada por ele em 1895<sup>6</sup>, ao propor uma diferenciação entre a Neurastenia e um outro quadro neurótico que ele chamou de *Neurose de Angústia*. Como se sabe, essa denominação diagnóstica teve vida curta na obra freudiana. Ao entender que sua causa seria uma prática sexual insatisfatória - muito especialmente o coito interrompido - ele condenou-a ao desaparecimento prematuro. Uma hipótese causal desse tipo soa hoje ainda mais in-

gênuo, pois a idéia que dela se deduzia era a de que a descoberta de dispositivos anti-concepcionais seguros garantiriam o desaparecimento do problema. É o contrário disso o que a Psiquiatria nos apresenta. Ainda assim, uma parte importante daquilo que Freud descreveu naquela época deve ser agora retomado e rediscutido. A descrição de uma crise aguda muito assustadora permanece válida. O que se pode hoje entender dela?

A Neurose de Angústia fala do trânsito misterioso entre corpo e mente. Para Freud, já naquela época, o fator que a desencadeia é uma "insuficiência psíquica, em consequência da qual surgem os processos somáticos anormais."<sup>7</sup> A insuficiência psíquica é o diferenciador entre "Psiconeuroses" e "Neuroses Atuais." Nas primeiras, existe a possibilidade de utilização de recursos psíquicos quando há um aumento de pressão interna. Nas outras, não.

O mecanismo da produção de um sintoma psiconeurótico logo ocupou muito do trabalho inicial da construção metapsicológica psicanalítica. Seu movimento é hoje mais que conhecido: o retorno de um recalado infantil sexual, numa solução de compromisso com a censura. O sintoma é a resultante desse compromisso. É justamente na impossibilidade de recorrer-se a um mecanismo dessa natureza, que algo somático eclode. Uma outra diferen-

ça crucial entre as psiconeuroses e os transtornos psíquicos que se expressam no corpo é a fonte de excitação. Na psiconeurose, o aumento de tensão intrapsíquica, mesmo quando toma por ocasião algum evento da vida atual, nutre-se de algo antigo, recalcado: o neurótico sofre de reminiscências. O fator contemporâneo da construção psiconeurótica só tem valor na medida em que, como representação, evoca e se associa às (antigas) representações recalçadas. Nos transtornos psicossomáticos os eventos atuais têm uma força muito maior: eles sensibilizam um detonador psíquico interno, produzindo um aumento de tensão, que não encontra representações com as quais se ligar, dificultando então o restabelecimento do equilíbrio psíquico.

Aquilo que distingue então a construção de um sintoma psiconeurótico da eclosão de um transtorno psicossomático parece ter chegado a um esclarecimento razoável. O que precisa ser examinado mais atentamente são as sutilezas das muitas expressões somáticas de tensões psíquicas; elas são manifestações de qualidades e intensidades diversas, ainda não bem esclarecidas em suas diferenças. A Síndrome de Pânico é uma delas.

A Psicanálise hoje, transcorridos cem anos de trabalho, tem conhecimento acumulado para que se possa promover a comparação entre as manifestações do corpo que sabemos serem decorrentes de uma *insuficiência psíquica*. São especialmente importantes nessa discussão dois grandes territórios de expansão da investigação psicanalítica:

1- O estudo dos transtornos psicossomáticos, em que algo da ordem psíquica faz uma lesão ou uma alteração funcional no corpo, e

2-A investigação dos movimentos originários que instalam e constroem o aparelho psíquico, onde capta-se o movimento inverso: sobre o apoio do auto-conservativo (corpóreo), constroi-se o psíquico.

Tomo como referência essas duas vertentes da pesquisa contemporânea em Psicanálise para discutir, com a ajuda de algumas de suas importantes formulações, a especificidade das manifestações somáticas e psíquicas da Síndrome de Pânico.

Dentre as alternativas de abordagem psicanalítica dos transtornos psicossomáticos, o trabalho de Pierre Marty é reconhecidamente importante. Esse autor francês, que integra um grupo de clínicos pesquisadores em atividade desde a década de 50, privilegia em seu trabalho um enfoque econômico. Esse

envolvem (frustrações, perdas, mas igualmente satisfações e prazeres) provocam em nós excitações. Temos que responder a essas excitações de intensidades variáveis para que um equilíbrio necessário seja restabelecido. Quando "muito intensas, renovadas e excessivas acumulando-se em estados de tensão, elas se tornam insuportáveis para os sistemas funcionais que elas atingem, quaisquer que sejam eles, e desorganizam esses sistemas, impedindo-os de funcionar. A isso corresponde a noção de *traumatismo*."<sup>9</sup> Essa definição econômica de trauma no aparelho psíquico, central no estu-

É preciso examinar as sutilezas das muitas expressões somáticas das tensões psíquicas.

é o enfoque que oferece recursos indispensáveis para que se discuta, dentro de um mesmo enquadre conceitual, manifestações psicopatológicas que são diferentes entre si e que sugerem falhas na construção do aparelho psíquico. Ele alcança níveis que estão aquém da possibilidade de construção de um sintoma neurótico, sem desconsiderar a história de constituição da subjetividade.

Marty, em trabalho denominado "Gênese das doenças graves e critérios de gravidade em psicossomática"<sup>8</sup> diz que podemos separar artificialmente três setores da economia humana: o setor do pensamento, o da ação e o da via somática. Os acontecimentos que nos

do das lesões psicossomáticas, é a mesma que a elaborada por Freud no *Projeto para uma Psicologia Científica*<sup>10</sup>, e retomada em *Além do Princípio do Prazer*.<sup>11</sup> De acordo com ela, as somatizações resultam de um excedente de excitação que, não encontrando outra via de escoamento, agride o corpo:

"Freqüentemente conjugadas entre si, duas vias, e apenas duas, oferecem-se para o escoamento das excitações: aquela da atividade mental e a da atividade sensório-motriz. Apoiados nessa última estabelecem-se, pelo menos em parte, os nossos comportamentos. Quando, por diferentes razões, essas duas vias encontram-se

encontram-se indisponíveis, são os aparelhos somáticos que respondem à excitação. Isso se constitui no princípio das somatizações.”<sup>12</sup>

Em convergência então com direções que já haviam sido apontadas mas não desenvolvidas por Freud, o estudo dos transtornos psicossomáticos revela que é o corpo que sofre quando um excedente de excitação não encontra saída melhor. A questão que decorre naturalmente daí é a de se saber como e porque certas pessoas dispõem de

pessoas mais que outras. Uma abordagem rica dessas questões é feita por Sílvia Bleichmar.

Bleichmar, em seu livro *A Fundação do Inconsciente - Destinos da Pulsão, Destinos do Sujeito*<sup>13</sup>, trata justamente do originário, daquilo que é o fundante do psiquismo, trabalhando na elaboração de uma *teoria das origens*. Ela posiciona-se numa

“perspectiva que considera o inconsciente como não existente desde os inícios da vida, mas como um produto da cultura fundado no interior da relação sexualizante com o semelhante e, fundamentalmente como produto do recalçamento originário que oferece um topos definitivo às representações inscritas nos primeiros tempos de tal sexualização.”<sup>14</sup>

Além disso, ela está de acordo com Jean Laplanche em que

“é do lado da sedução originária onde se deve buscar a origem da pulsão, levando em conta que essa sedução implica que a criança seja submetida a uma intrusão representacional e econômica, que dá origem ao objeto-fonte, a partir do fato de que a mãe propõe mensagens desqualificadas, com ‘um sentido ignorado a si mesma’ porque são subtraídas a seu próprio ego, já que são efeito de seu próprio inconsciente -inconsciente cujas inscrições pulsantes a própria mãe desconhece”<sup>15</sup>

Essa autora tece, a partir da concretude da clínica com crianças, uma articulação entre as manifestações de sofrimento que lhe chegam ao consultório e a metapsicologia psicanalítica mostrando, ela também, que quando a Psicanálise é convocada a responder por transtornos que estão aquém da possibilidade de construção de um sintoma psíquico, não há como fugir à conceituação energético-econômica. Também ela trabalha com a compre-

ensão de que a dor (psíquica) “é o efeito da irrupção de quantidades hipertróficas que perfuram os dispositivos pantalha”<sup>16</sup> do aparelho psíquico.

Transcendendo o nível meramente constatativo do que seja uma experiência traumática, Bleichmar teoriza sobre as condições de possibilidade de sua irrupção, localizando-as, em seus primórdios, nas tarefas da maternagem. Ela afirma que a função materna é dupla: há, antes de mais nada, a inevitabilidade de que a excitação pulsional que fundará o psiquismo de um bebê venha de um adulto sexuado veiculador de mensagens que ele próprio (adulto) desconhece, pois provém de seu inconsciente. Numa outra face, esta pré-consciente/consciente, a maternagem atua a partir de um *narcisismo transvasante*, que reconhece o bebê como um ser humano (separado do adulto). Na expressão atuada desse reconhecimento, a mãe promove, juntamente com os cuidados corporais dados ao bebê, modos de contenção e vinculação daquela excitação, construindo saídas para que seja evitada uma elevação que chegue a níveis dolorosos. Simplificando: é a mãe quem inocula a excitação interna no bebê e também quem provê a construção dos canais para o seu apaziguamento.

Em tom de brincadeira, a autora diz que, num bebê, as situações traumáticas, aquelas produtoras de transtornos das funções do corpo, ocorrem quando a mãe é *suficientemente mãe*<sup>17</sup>: nessas circunstâncias, ela cumpre a função de excitação, mas não a de ligação dessa excitação, deixando sem garantia o restabelecimento do equilíbrio interno do bebê. A pesquisa de transtornos das mais diversas funções vitais em crianças muito pequenas mostrou desde há muito que é na relação da maternagem que se deve buscar a fonte da insônia, da asma, do mericismo, etc. Isso está fartamente documentado no trabalho de

É uma mãe quem inocula a excitação interna no bebê e provê os canais para seu apaziguamento.

mais recursos que outras para a resolução da excitação intrapsíquica. Ou saber por que, em determinado momento da vida, uma pessoa sucumbe a um transtorno psicossomático, sendo que anteriormente havia demonstrado capacidade para superar pressões; o que faz com que dessa vez seus recursos se mostrem insuficientes? Ou ainda, numa perspectiva genética, como é que se faz a construção do aparelho psíquico, tal que certos tipos de transtorno somático indicam as falhas dessa construção, as quais afetam algumas

diatras franceses, que data da década de 70.<sup>18</sup> O acréscimo que Sílvia Bleichmar constroi é a demonstração, na concretude da prática clínica, de que é nos gestos concretos da maternagem o lugar onde inicialmente se efetiva - ou não - a criação de vias de escoamento para o excedente pulsional produzido pelos cuidados maternos cotidianos.

A eclosão então, de quaisquer transtornos no corpo, indicativa de um aumento de excitação intrapsíquica, denuncia um tal desequilíbrio: há uma sensibilidade interna que responde a algo indutor daquele aumento de excitação, sem que o segundo tempo dessa pulsação responda à altura.

Essas duas vertentes em expansão da pesquisa psicanalítica serão úteis nesta discussão da Síndrome de Pânico. Já disse acima que, mesmo sendo uma síndrome criada no seio da classificação psiquiátrica, ela deve ser examinada e discutida pela Psicanálise. Além disso, tendo ela como marca definidora um certo conjunto de transtornos físicos, deve mesmo ser abordada pelo trabalho psicanalítico que focaliza mais diretamente o trânsito psiquismo-corpo. É o que tentarei mais adiante. Antes porém, a crise de pânico deve ser escutada.

O pouco que se encontra sobre ela na literatura psicanalítica é inespecífico. Ela é abordada no todo das somatizações ou, no máximo, num contínuo, onde se sugere que sua diferença em relação a tais somatizações seria tão somente quantitativa. Esse é o caso da citação de Déjours feita em artigo recente por Flávio C. Ferraz<sup>19</sup>:

“...para os especialistas em psicossomática também é hábito dar muita atenção à descompensação que representa a neurose de angústia, pelo que ameaça prefigurar para o futuro na ordem das somatizações”

Concordo em que há muito na Síndrome de Pânico que coincide

**P**ara muitos, a vida passa a dividir-se entre *antes e depois* da primeira crise.

com as manifestações mais gerais dos transtornos psicossomáticos. Ambos decorrem de uma insuficiência psíquica e produzem alterações no corpo. Em ambos as manifestações da *doença* se fazem através de uma sintomatologia padronizada; não há nelas nada que equivalha à singularidade criativa de um sintoma psiconeurótico. Também em ambos os fatores detonadores atuais são até certo ponto identificáveis. Serão eles, apesar de tudo isso, um mesmo fenômeno? Minha hipótese é que há aí uma questão a ser pesquisada, muito especialmente porque, em seus *produtos finais* as somatizações e a Síndrome de Pânico mantêm uma diferença crucial: a crise de Pânico não lesa nenhum tecido ou órgão e nem ameaça nenhuma função vital. Comparado a um transtorno psicossomático, o pânico acarreta muito menos perigo, sua violência é muito menor.

A crise aguda de pânico produz, naquele que a sofre, um mal-estar *como se* fosse uma crise circulatória (um ataque cardíaco? um derrame cerebral?), sem contudo sê-lo. Em seu aspecto “pseudo”, em sua dramaticidade, evocaria uma crise histérica, não fosse, como já disse de forma exaustiva, a pobreza de sua construção psíquica. Não havendo na crise de pânico uma expressão singular, deve-se buscar, para a sua investigação, alguma

outra via de acesso. Proponho dois caminhos que se mostraram promissores em minha escuta na clínica:

- 1- as circunstâncias que envolvem a eclosão da primeira crise, e
- 2- a fantasia muito freqüente entre os “doentes”, à qual darei o nome de “fantasia de anonimato”.

### A primeira crise

As circunstâncias, o susto e muitos pequenos detalhes que estiveram presentes na eclosão da primeira crise de pânico mantêm-se vivos na memória dos que a sofreram. Para muitos deles, por um longo tempo, a vida passa a dividir-se em *antes e depois* dela. O medo do surgimento de uma nova crise acaba produzindo uma fobia secundária, acompanhada de vários mecanismos protetores. A intensidade do medo e o nível de impedimentos que passam a limitar as menores atividades cotidianas do doente de pânico estão ricamente descritas em livro recentemente publicado por Gugu Keller.<sup>20</sup> Este jovem paulista chegou a desligar-se de seus estudos e trabalho e a só conseguir sair de casa na companhia da mãe. Cito alguns trechos da descrição de sua primeira crise:

“Era domingo. Novembro de 1986. Eu tinha então 21 anos. Aquele era mais um fim de se-

No desamparo da crise, a angústia é a de não ser reconhecido como objeto privilegiado de amor.

mana que passava em Mogi das Cruzes, cidade onde morei durante boa parte de minha adolescência e fiz muitos amigos

Por volta de nove horas da noite, deixei a casa de minha tia onde costumava hospedar-me em Mogi, e dez minutos depois estava ao pé da Serra de Itapeti

Deixando para trás as luzes da cidade, observei que estava bastante escuro

Ao contrário do que me era de hábito, nessa noite estava um tanto apressado. Sentia uma certa ansiedade que, obviamente, não combinava com a habitual calma com que eu dirigia.

Eu queria chegar logo. Na verdade, estava sentindo um certo desconforto gástrico....

Mas havia algo mais em mim que era muito estranho. Sem saber porque, sentia-me meio aflito. Parecia uma sensação de vazio, uma insegurança em relação a algo que eu próprio não sabia o que era. Não havia nada nem ninguém me ameaçando. Ao contrário... Mesmo assim confesso que desejei não estar sozinho. Aquele maldito enjôo piorava a cada minuto...

Mas o diabo é que havia algo diferente naquele enjôo.... Além disso eu percebia alguma coisa estranhamente familiar...

Meu Deus, o que é isso? Eu estava com taquicardia.

Não é possível, raciocinei, enfarte aos 21 anos de idade? Não! Desmaiar, não! Tudo, menos isso

Em um segundo todos os sintomas se multiplicaram e intensificaram. Entrei num estado de terror absoluto”.

Estou certa de que os sofrendores de pânico identificam-se com a descrição de Keller. Outro fator que os une é o sentimento de que a eclosão da crise os surpreende como algo vindo *não se sabe de onde*, em um momento da vida em que, pelo menos em aparência, não passavam por nenhum problema maior. A escuta analítica de algumas pessoas diagnosticadas como doentes do pânico porém, autoriza-me a afirmar que a eclosão da primeira crise ocorre num momento especialmente difícil de suas vidas, o qual, no entanto, não era reconhecido como tal. Tentarei explicitar o que pude observar num caso clínico, focalizando nele a instalação da *doença*. Antecipo desde já que minha observação leva-me a pensar que ela surge num momento de ruptura de um certo tipo de rede protetora de ligações afetivas e narcísicas. Antes porém, devo descrever a fantasia de anonimato frequente nos portadores da Síndrome de Pânico, e que também fez parte da experiência da pessoa cujo caso relatarei.

## A fantasia de anonimato

Escolho esse nome para um tipo de fantasia que, embora não exclusiva dos doentes de pânico, aparece neles com grande frequência após a ocorrência da primeira crise. Trata-se do medo, mesclado com uma convicção antecipatória de que, se passarem mal na rua, não serão socorridos por ninguém. Mesmo quando a experiência vivida mostra concretamente o contrário, a fantasia continua a atormentá-los, revelando um sentimento de que o mundo é desabitado de pessoas confiáveis, a quem se possa recorrer em hora de necessidade. Como se verá mais adiante, essa fantasia encaixa-se perfeitamente no todo do sofrimento do pânico, onde domina uma confusão entre estar perdido em um meio onde *ninguém me conhece* e sentir-se solto, em um lugar em que ninguém me *reconhece*. No desamparo da crise, a angústia é a de não ser reconhecido como objeto privilegiado de amor. Daí a urgência de voltar para casa, para junto das pessoas mais próximas.

## Tânia

Tânia procurou-me em um mês de outubro, dizendo estar em tratamento médico desde o mês de dezembro anterior, data de sua primeira crise de pânico. Relata-me a crise, que reconheço como típica, com emoção e riqueza de detalhes. Estava em uma grande loja, fazendo compras para o Natal, quando começou a passar mal com os sintomas típicos do pânico, tendo que recorrer à ajuda de uma pessoa estranha para achar um taxi e voltar para casa.

Nas sessões que se seguiram à do relato inicial, Tânia ocupa-se em informar-me sobre a ocorrência, entre uma sessão e outra, dos sinais de crise ou de novas crises completas. É assim que se tece o começo de nossa aproximação, no clima

de insegurança e medo provocado pelo sobressalto do pânico. Seu cotidiano está muito afetado; não tolera ficar só e o cumprimento de suas atividades exige a monitoração constante do namorado.

Aos poucos, e atendendo a solicitações minhas, nosso trabalho vai-se ampliando e enriquecendo,

que este é o destino da Síndrome de Pânico daqueles que se submetem à Psicanálise.

Retomo a história do surgimento do pânico. Inicialmente, Tânia não credita àquele momento nenhuma tensão especial, nenhuma razão para adoecer. Não acontecia nada que já não soubesse ou que, segundo seu

equilibrar a monotonia do namoro com Pedro. Nada sério ou que merecesse preocupação. Sendo João casado, desde o início a combinação entre eles era a de que seus encontros ficassem definidos dentro das fronteiras da conveniência de proteção de seu casamento. Uma combinação sem muitas palavras e que ela obedecia *naturalmente*, com compreensão. Esse envolvimento amoroso duplo ocupava quase todo o seu tempo e atenção disponíveis, fora das horas de trabalho. Sua família, a quem se sentia ainda muito ligada, continuava morando na cidade do interior em que nascera e de onde viera há mais de dez anos para estudar e trabalhar. Os pais e irmãos eram muito importantes e presentes em seu afeto, mas separados de seu cotidiano.

Tânia trabalhava há muitos anos numa mesma empresa, onde até algum tempo antes daquele final de ano, sentia-se aceita e recompensada pelo convívio dos colegas, e relativamente realizada em termos profissionais. Naquele ano a empresa passara por modificações que haviam implicado na troca de seu grupo de convívio mais imediato, obrigando-a a trabalhar sob a chefia de uma pessoa de seu desagrado.

Eu, como ouvinte privilegiada de seu trabalho associativo em análise, quero ressaltar que, sem que Tânia pudesse reconhecer ou, melhor ainda, com seu empenho em negar, convergiu para aquele final de ano o desnudamento da natureza frágil dos vínculos cruciais de sustentação amorosa de sua vida na cidade grande, separada da proteção da família. De fato, nada muito evidente ou externamente detectável ocorrera. Seu namoro, seu caso amoroso e seu trabalho, que eram a sua referência básica, continuavam aparentemente no mesmo lugar. Preparava-se no entanto uma tempestade.

Crescia nela ocultamente a constatação da falta de sentido de sua relação com Pedro; seus encon-

## A lembrança da primeira crise condensa a história das pressões que resultam na ruptura do dique protetor interno.

passando a incluir observações concernentes às circunstâncias em que as crises ocorrem. Desenvolve-se também a produção de associações para cada um dos muitos elementos que compõem o relato da lembrança da primeira crise. Seguimos aí as recomendações de Freud para o trabalho com os sonhos: na medida do possível, cada fragmento da lembrança é retomado e desdobrado em suas associações. Assim como os sonhos são um caminho privilegiado para o inconsciente, a lembrança da primeira crise de pânico condensa a história da composição de pressões que resulta na ruptura do dique protetor interno daquela pessoa, em um momento determinado. Ela toma o lugar das produções psíquicas que, nesse momento, são insuficientes.

A análise de Tânia durou alguns anos e o motivo inicial que levou-a a procurar-me foi perdendo a importância até desaparecer de sua fala. Esta passou a centrar-se no tema central do sofrimento neurótico comum: os percalços da vida amorosa. As crises desapareceram. Antecipando uma conclusão, digo

juízo da época, já não tivesse *processado*. A reprodução que apresentarei daquilo que seu trabalho associativo produziu é inevitavelmente distorcida: em primeiro lugar, porque omito algumas informações e troco outras em benefício do sigilo. Além disso, submeto o que ouvi a uma ordenação e condensação a posteriori, fazendo-me co-autora de seu relato. Mesmo assim, a fidelidade a sua fala está suficientemente preservada.

Tânia chegava àquele final de ano numa situação amorosa singular. Aparentemente, tudo permanecia como antes. Mantinha seu namoro antigo de muitos anos com Pedro, na mesma troca confiável de ajuda recíproca para as tarefas do dia a dia, sem nenhum entusiasmo afetivo ou sexual. Ele continuava a ser o depositário de seu projeto de um futuro casamento, em data nunca firmada. Ao mesmo tempo, mantinha sua ligação amorosa de alguns anos com João, homem casado que, ele sim, parecia despertar seu afeto e interesse sexual. Desta ligação, Tânia dizia para si mesma que era apenas uma aventura, algo para

tros, cada vez mais rotinizados, esvaziavam-se de qualquer nutrição amorosa, apesar de prosseguirem as conversas a respeito dos planos de casamento. Com João, as nuvens escuras de um impasse avolumavam-se. Ela ligava-se a ele mas, para a manutenção da própria possibilidade de existência da relação, convencia-se da pouca importância da mesma, e nem de longe pensava em expressar qualquer desejo que não fosse condizente com seus limites, tal como definidos desde o começo. Insisto em que nada dessas dificuldades amorosas era conscientemente reconhecido por Tânia. Ou melhor: os fatos eram sim reconhecidos, mas não a sua importância.

## Como retomar a metapsicologia para propor uma comparação entre as manifestações histéricas, psicossomáticas e de pânico?

Um aumento de tensão estica os fios frágeis da rede que sustenta Tânia em sua vida afetiva, e constitui-se no detonador da crise. Ela havia comprado um presente de Natal para João. Pensara então em convencê-lo a marcarem um encontro especial, ainda naquele mês de dezembro, para uma comemoração antecipada e privada da data. Mais uma vez sem muitas palavras, ele levou-a a compreender que não disporia de tempo para isso. O fim de ano é uma época muito cheia de compromissos. Além disso, Natal é uma festa da família. O isolamento afetivo recente no trabalho só serve então como catalizador adicional da eclosão que ocorreu.

É somente no cenário dessa construção *a posteriori* que se pode ouvir adequadamente o grito de desamparo daquela primeira crise de pânico. Cumprindo a tarefa de preparar-se para o Natal, Tânia está numa grande loja comprando brinquedos para os sobrinhos. Por maior que seja sua dedicação a eles, naquele momento, sua existência como filhos de seus irmãos assombra-a com a inexistência de filhos seus. Mais ainda que essa confrontação com uma verdade do presente, é a desesperança em relação a um futuro amoroso que pudesse dar-lhe filhos, o que a deixa sem chão. Ela vê-se frente a frente com a pobreza das relações que lhe foi possível construir depois de sua saída de casa. Suas ligações afetivas estão lá em seus lugares, mas são ocas. Não é de se espantar então que, o sentido dessa vivência aguda sendo naquele momento algo não reconstruído e ainda impossível de verbalizar, Tânia se sinta desestabilizada concretamente, ao nível

de seu corpo. Também não surpreende que uma das primeiras fantasias que ela faz no início do trabalho de análise seja a de voltar para a sua cidade natal, para a casa dos pais, onde o chão lhe parece mais firme.

Relatado esse caso, e apesar das limitações no volume de informações que se impõem a um trabalho como este, indago agora sobre o que ele pode oferecer-nos para que se discuta a diferenciação entre a Síndrome de Pânico e outras expressões de sofrimento psíquico, muito especialmente aquelas que também acarretam perturbações no corpo. Como é que se poderia retomar o instrumental da metapsicologia psicanalítica para propor uma compa-

ração entre as construções subjetivas que produzem manifestações tão diversas como são as Conversões Históricas, os Transtornos Psicossomáticos e a Síndrome de Pânico?

Pensando a respeito da situação de Tânia naquele final de ano, há que se concordar em que aquele foi um momento infeliz. Se atribuíssemos sua infelicidade à perda amorosa, esperaríamos que ela estivesse atravessando um momento de luto. Isso é justamente o que não ocorre. Nós não a vemos recolhendo um investimento amoroso diante de uma perda e trazendo-o de volta para si, num trabalho interno que a prepararia para outro investimento no futuro. Ainda se pensássemos numa perda, que ao invés de produzir um luto produzisse uma resposta neurótica, poderíamos esperar que ela até se sentisse adoecida com alguma dor depositada no corpo (uma dor no peito? uma perna que se arrasta? olhos que vêm mal?) a qual representasse o objeto perdido, e então ainda o mantivesse junto de si por algum tempo. Esse teria sido um caminho mais tortuoso, como é mesmo o caminho histérico. Aquilo do corpo que funcionasse mal denunciaria em sua representação, e de maneira condensada, o todo da construção da sua possibilidade amorosa, repetindo seu posicionamento no triângulo edípico. O sofrimento seria o de um conflito, pois, na repetição, o objeto amoroso traria a marca do proibido e, portanto, censurado. A perda estaria reiterando a força da castração e reavivando a chaga narcísica. De qualquer forma, o sofrimento no corpo se amarraria a uma representação evocadora daquele objeto.

É também isso o que não se vê na desestabilização de Tânia. Suas palpitações, perturbações respiratórias, vertigem, sensação de desmaio, medo de morrer e de enlouquecer, não trazem a marca de sua história singular e não lhe pertencem com



exclusividade. Ela os compartilha com todos os sofredores do pânico. Todas essas alterações não evocam o desatamento de um laço amoroso, mas antes, a falta de um laço que seja naquele momento uma sustentação.

Retomando a teoria de Sílvia Bleichmar que citei acima, pode-se dizer que esse grande desamparo que a crise de pânico produz é, também ele, indicativo de uma inundação pulsional. Tal como no bebê que se vê seduzido pelo cuidado materno e então invadido por um montante pulsional que exige destinação, Tânia vê-se perdida naquela excitação do corpo. Suas crises não nos falam de um objeto de amor proibido, mas de objetos de amor que são tão somente um arremedo de amarra. A ruptura não a faz voltar-se para dentro de si mesma no trabalho de desatamento de todos os fios que existem e que se devem desligar quando um objeto de amor é perdido. Fazem-na querer voltar para a casa dos pais, fonte da implantação amorosa que não se transplanta com segurança para outro terreno. Ela também, como tantos outros sofredores do pânico, projeta no mundo exterior essa insegurança gerada na pobreza e fragilidade dos laços, fantasiando que ninguém a socorreria caso se sentisse mal longe de casa. A cada crise ou menor sinal de crise, é para casa, para o reassuramento de seus objetos - (aqui, objetos concretos: travesseiro, cobertor, o próprio quarto, a televisão), que ela precisa voltar.

Ao confrontar a Síndrome de Pânico com os transtornos psicossomáticos, eu dizia que a grande diferença entre seus *produtos finais* leva-nos a questionar a possibilidade de se reduzir tais diferenças tão somente ao fator quantitativo. Logo retomarei essa questão. Antes porém devo registrar a idéia de que essa variação no montante pulsional adequa-se a uma outra diferenciação: a que separa a possibilidade

de construção de um sintoma psiconeurótico de sua impossibilidade, produzindo, dentre outras manifestações de ansiedade, a crise de pânico. Aqui sim o fator quantitativo mostra-se crucial. É só ao trabalhar com ele que se pode entender que qualquer pessoa, ou melhor, qualquer *neurótico normal* pode, potencialmente, sofrer uma crise ou período de pânico. Basta que ocorra uma convergência de pressões superior ao suportável por seus recursos psíquicos. Afinal, todas as mães são *suficientemente más* e então, ninguém tem garantias plenas no que se refere à suficiência desses recursos.

Comparados às doenças psicossomáticas, os transtornos físicos pro-

A criação de um nome para o mal-estar constitui um primeiro vínculo.

duzidos pela Síndrome de Pânico mostram-se inofensivos. Também eles revelam a presença de um montante pulsional que, não encontrando outro destino, atacam o corpo. Diferencia-os o poder de ataque. Nas doenças psicossomáticas, a existência de lesões nos tecidos e de alterações funcionais que chegam a ser uma ameaça à vida, fazem pensar na presença do ódio pulsional. Não seria esse ódio -que como componente obrigatório da pulsão tem sua origem primeira e mistura-se na mesma fonte que o amor, qual seja, os cuidados da maternagem - o fator de perigo?

Volto então à discussão sobre se poderíamos considerar as dife-

renças entre quaisquer das manifestações físicas das pressões psíquicas como sendo tão somente quantitativas. Repito a hipótese de que existe também uma diferença na qualidade pulsional: algumas mais coloridas pelo pólo amoroso da pulsão, outras pelo pólo do ódio. Já existem pesquisas que dão boa sustentação a essa hipótese.<sup>21</sup>

Tendo discutido e comparado a Síndrome de Pânico à Histeria e aos Transtornos Psicossomáticos tal como lidos pela Psicanálise, resta-me voltar à Psiquiatria e à pergunta inicial deste trabalho. Como é que se pode entender a grande aceitação que tem tido a apresentação, pela Medicina Psiquiátrica, desta *nova doença*, juntamente com os procedimentos que definem seu tratamento medicamentoso? Penso que ela deve ser escutada sem a pressa de atribuí-la tão somente a interesses corporativistas.

Muito do que se discutiu acima a respeito da própria natureza do sofrimento daqueles que se vêm acometidos pelo pânico traça o caminho para um princípio de resposta. Antes de mais nada, a criação de um nome para um mal-estar maciço como este, constitui-se num primeiro estabelecimento de vínculo, o qual amarra seu portador não só a um diagnóstico - entidade abstrata - mas, concretamente, a uma comunidade sofredora do mesmo mal. Isso, por si só, oferece, antes que seja ministrado qualquer medicamento, um sentido de pertencimento que já é um conforto. A afirmação de que se trata de uma doença tem também, obrigatoriamente, uma grande vantagem: ela permite que a pessoa se coloque em posição de ter o direito de ser cuidada. Pode (e deve) recolher-se, apaziguando junto a tudo o que lhe é familiar, a excitação que a assusta. Some-se a isso o valor efetivo dos psicotrópicos, que fazem uma contenção química desse mesmo excedente de excitação psíquica que se expressa no corpo. Esse conjun-

to de medidas de ordem médica tem como *efeito colateral* a criação de um cerco protetor externo que reassegura o sossego rompido pela invasão do excedente pulsional.

Além de se abordar o aspecto de *excesso* que é a qualidade marcante da Síndrome de Pânico, é necessário pensar também a afirmação psiquiátrica de que o número de casos está em alta. A que se poderia atribuir essa afirmação? Retomo a discussão do caso que relatei.

Tânia sente-se solta longe de casa. É claro que não poderíamos dizer que a doença de uma mulher adulta foi causada por seu afastamento dos pais e de seu lugar de origem. Os sofrimentos psíquicos nunca poderiam ser reduzidos à história factual. Poderíamos no entanto perguntar-nos se ela efetivamente não se sentiria melhor em casa. De fato, isso acontecia. Não que a vida em família pudesse fazê-la perfeitamente feliz; pelo contrário, o convívio prolongado com os pais, irmãos, cunhados, etc., fazia surgir, como em qualquer família, os atritos que a distância suaviza. Apesar disso, a presença dessas pessoas próximas, e até mesmo a rotina da vida da casa faziam, de fora para dentro, as vezes dos vínculos que não se sustentavam bem.

A Psiquiatria talvez tenha razão. Se na clínica vienense de Freud a grande incidência de conversões históricas como manifestação neurótica preferencial de uma época, foi relacionada à pressão do contraste entre a forte estimulação sexual de uma mentalidade *romântica* e a impossibilidade de uma prática sexual satisfatória, a pressão hoje parece ser de outra ordem. Penso que há hoje uma certa idealização da independência pessoal, da autonomia, e até mesmo de uma pretensão à autosuficiência, que inspiram as diretrizes de escolha na vida urbana. É claro que não se pode fazer uma afirmação desse teor sem a sustentação de uma pesquisa cuidadosa. Levanto aqui ape-

nas uma hipótese. A vida atual, nos modelos ideais que a inspiram, pressiona as pessoas a saírem de suas cidades de origem e tentarem a vida em outros lugares, obrigando-as a refazer suas referências. Exige-se delas, nessa tarefa, um montante grande de recursos internos. As garantias de todo um estilo de vida e das ligações habituais ficam rompidas. Não seria essa a ocasião para que a fragilidade do mundo das representações internas se mostre em sua insuficiência? Não se poderia então concordar que, em decorrência desse novo estilo de vida, das pressões que ele acarreta, a Síndrome de Pânico é mesmo uma doença nova e de proporções epidêmicas, não propriamente porque essa nova maneira de viver cause algo, mas por fazer surgir aquilo que sempre existiu e que estava oculto?

Dou então razão à Psiquiatria, desde que se faça a ressalva de que ela atirou no que viu e acertou no que não viu.

Para finalizar, um pequeno comentário. Não se deve imaginar que a Síndrome de Pânico, na compreensão que a Psicanálise possa oferecer dela, é uma entidade nosográfica a mais. Não é o caso de existir a Neurose, a Psicose, as Perversões e a Síndrome de Pânico. O doente de pânico sofre de uma *neurose normal* e, como qualquer outra pessoa, pode, num momento em que as pressões da vida são excessivas, defrontar-se com o fato de que os vínculos que nos sustentam em uma rede afetiva e narcísica sempre podem mostrar-se insuficientes. O aparelho psíquico não pode ser visto como um bloco estático. Sendo uma construção, um processo, pode, em algum momento, apresentar suas falhas. A instalação de uma situação de urgência tal como a que se cria na Síndrome de Pânico não deve ser então reduzida a seu aspecto negativo, ao sofrimento que ela produz. Ela constitui-se também numa exigência e numa oportunidade de melhoria dos recursos psí-

quicos, desde que não seja completamente abafada pelo silenciamento medicamentoso com que a Psiquiatria pretende curá-la. ■

## NOTAS

1. A. W. Zuardi, "Caracterização do distúrbio de Pânico", in *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Vol 36, no. 4, jul/ago, 1987.
2. D. Klein, citado por A. W. Zuardi.
3. Ver como exemplo de autor brasileiro F. Lotufo Neto, "Tratamento da Síndrome de Pânico", in *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, Vol. 37, no. 2, mar/abr. de 1988.
4. Para que se tenha uma idéia da frequência das reportagens sobre a síndrome de pânico veiculadas em período relativamente recente na imprensa, veja-se:
  - I- "Você sabe o que é Síndrome de Pânico?" Estado de Minas, 20/12/1992.
  - II- "Uma receita para curar o Pânico". O Globo, 16/5/1993.
  - III- "Síndrome de Pânico? Não entre em Pânico". O Estado de São Paulo, 30/5/93.
  - IV- "Pânico". Jornal do Brasil, 1/8/93.
  - V- "Doença do Pânico já ataca 40 mil em B.H.". O Estado de Minas, 5/4/95.
5. J.A. Flaherty, R.A. Channon, J.M. Davis, *Psiquiatria-diagnóstico e Tratamento*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1990.
6. S. Freud, "Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome particular intitulada 'Neurose de Angústia'", in Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago, 1976.
7. S. Freud, op. cit.
8. P. Marty, "Genèse des maladies graves et critères de gravité en psychosomatique", *Revue Française de Psychosomatique & Psychanalyse*, Paris, no. 1, 1991, p. 5-23.
9. P. Marty, op. cit., p. 6-8.
10. S. Freud, "Projeto para uma Psicologia Científica", in ESB, vol. 1 Rio de Janeiro, Imago, 1976.
11. S. Freud, "Além do Princípio do Prazer", ESB vol. XVIII, Rio de Janeiro, Imago, 1976.
12. P. Marty, op. cit., p. 6.
13. S. Bleichmar, *A Fundação do Inconsciente-Destinos de Pulsão, Destinos do Sujeito*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.
14. S. Bleichmar, op. cit., p. 9.
15. S. Bleichmar, op. cit., p. 23.
16. S. Bleichmar, op. cit., p. 22.
17. S. Bleichmar, op. cit., p. 39.
18. L. Kreisler, M. Fain, M. Soulé, *A criança e seu corpo; Psicossomática da Primeira Infância*, Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1981.
19. F.C. Ferraz, "Das Neuroses Atuais à Psicossomática" in *Percursos* nº16, São Paulo, 1996.
20. G. Keller, *Síndrome de Pânico*, São Paulo, Editora Globo, 1995.
21. F.C. Ferraz, op. cit., p. 41.