

Dialogando com a psiquiatria: das fobias à síndrome do pânico

Ana Maria Sigal Rosenberg

Diz-se que na síndrome do pânico não existe causa alguma que detone a crise. Entretanto, numa escuta minuciosa, começam a se tornar visíveis as cadeias associativas que encobrem/revelam a situação de origem.

Quando começou a circular nos meios psiquiátricos a conceitualização de uma nova doença - que se convencionou chamar *síndrome do pânico* - surgiu um especial interesse na procura das características desta nova constelação sintomática, que tanto se diferenciava da nosografia conhecida.

Tive oportunidade de trabalhar clinicamente com pacientes profundamente afetados por situações de medo; este se manifestava freqüente ou esporadicamente e, por alguns momentos, acabava por se configurar em pânico. E quanto mais a mídia investia na

difusão desta nova doença, a “síndrome do pânico”, mais pacientes se viam no consultório e em superviões com tal síndrome. Os próprios pacientes se diagnosticavam, em função das características que haviam ouvido sobre a doença. Antes, os pacientes chegavam falando de suas dificuldades, ansiedades e

Ana Maria Sigal Rosenberg é psicanalista, membro do Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae, professora do Curso de Psicanálise e autora e organizadora de *O Lugar dos Pais, na Psicanálise de Crianças*, São Paulo, Escuta, 1994. Este artigo foi originalmente uma conferência no Centro de Psiquiatria Dinâmica do HC/ USP.

medos, relacionados ou não com as causas existentes. Decorrido certo tempo, já não era mais possível saber o que sentiam ou pensavam; apresentavam-se com um diagnóstico já definido: “síndrome do pânico”, e com o tratamento já estabelecido: medicação.

Simultaneamente, os laboratórios começaram a minar nossa capacidade de reflexão crítica, mediante a divulgação de certas drogas que, como uma panacéia, acabariam com a doença. Isto acabou por gerar uma espécie de orgulho nos consumidores destas drogas: magicamente, elas seriam capazes de resolver os indesejáveis sintomas. Os inequívocos e desejáveis avanços na área da farmacoterapia passaram a ser utilizados como provas de que a dimensão psíquica dos quadros de pânico (e também de outras entidades clínicas, como as chamadas “doenças obsessivo-compulsivas”), apresenta importância secundária na abordagem clínica dos pacientes. Como tão freqüentemente ocorre na área da saúde mental, radicalizaram-se posições, fecharam-se trincheiras e se restringiram as comunicações entre os profissionais com diferentes enfoques. Para os organicistas, o controle da intensidade e freqüência das crises de pânico por meios químicos demonstrava a fragilidade dos postulados psicanalíticos. Por outro lado, os psicanalistas mais dogmáticos fizeram ouvidos moucos às evidências do sucesso da farmacoterapia.

Independentemente de pesquisarmos e trabalharmos com o referencial psicanalítico, é importante ressaltar que interessantes pesquisas na área biológica vêm sendo desenvolvidas. Estas se direcionam para compreender o componente orgânico de certas doenças, para que se torne possível promover alívio em pacientes que sofrem de grande dor psíquica. É justamente com estes traba-

lhos que gostaria de dialogar, uma vez que, no caso de certas perturbações, medicação e psicanálise operam em conjunto de forma adequada.

Nós, psicanalistas, já não mais acreditamos que a medicação seja um obstáculo em nosso trabalho. Ao contrário, ao nos defrontarmos com depressões, crises agudas e psicoses graves, a medicação possibilita que se trabalhe o sintoma, o que acaba por permitir que o

Aliviar o sofrimento
ou a angústia não
impede que se
desenvolva um
processo analítico.

tratamento psicanalítico opere no nível das causas que o originam. Aliviar o sofrimento ou a angústia não impede que, paralelamente, se desenvolva um processo analítico. A importância de esclarecer este ponto se deve ao fato de alguns pensarem que a angústia é o motor da cura, quando o que a impulsiona é o desejo de saber de si e da sexualidade, saber sonegado pelos pais, como diz Freud em seu trabalho “Sobre as teorias sexuais infantis”. Este ocultamento impulsiona o desejo de saber, instaurando um processo repressivo e colaborando na clivagem psíquica fundamental do sujeito entre inconsciente, por uma parte, e pré-consciente por outra.

Hipótese de trabalho

No caso particular a ser abordado, o que ocasiona a polêmica é a diferença de diagnóstico da origem da doença. A chamada doença do pânico não seria, segundo a psicanálise, mais do que uma fase aguda de certas modalidades neuróticas largamente estudadas por Freud e seus continuadores. Esta aguda manifestação de angústia se encontra tanto nas histéris de angústia como nas fobias. Ao fazermos uma detalhada pesquisa histórica das causas que originam tais quadros nestes pacientes, encontraremos fundamentalmente, nas histéris e fobias, antecedentes de medos infantis, cujo detonador é deslocado, mas que guardam alguma conexão inconsciente com o objeto fóbigeno da infância. Estamos assim em presença do que Freud denominou “o campo das psiconeuroses”.

Pelo fato de que na síndrome do pânico não se conhece o motivo que gera a crise, insiste-se em dizer que não existe causa alguma que o detone. Entretanto, seguindo o modelo da entrevista psicanalítica, numa escuta minuciosa, a partir de associações livres e seguindo os modos de operar do inconsciente, começam a se tornar visíveis certas situações fantasmáticas inconscientes; são estas que originam as cadeias associativas que, por sua vez, encobrem a situação de origem. Ao escutarmos um paciente durante uma entrevista dirigida ou *anamnese*, podemos obter respostas que tornam compreensível a maneira de operar do Eu. Este tipo de questionário, no entanto, nos fornece somente os dados que o paciente sabe sobre si, ou seja, aqueles da ordem do consciente. Se nos ativermos somente a eles, poderemos deixar escapar informações relevantes, capazes de nos orientar em relação às causas, na medida em que a escuta não está

dirigida para as formações do inconsciente, atos falhos, lapsos ou significantes que poderiam nos dar indícios do que é da ordem do não saber para o sujeito.

Para caracterizar a hipótese com que trabalho, direi que a chamada síndrome do pânico apare-

nhantes dos tratamentos medicamentosos, operam (assim como os remédios) no nível corretivo da conduta; neste caso, o sintoma não aparece como portador de mensagens, como falas a serem decifradas que nos falam do desejo e da repressão.

ou dificuldades na concepção são freqüentemente produzidas por problemas com a identidade feminina; transtornos na ejaculação ou na potência aparecem como resultado de fantasias patógenas. Que valor a psiquiatria atribui a esses fatores, que põem em marcha o sistema nervoso autônomo? O próprio Freud, nos anos 1896-1900, já se debatia com questões ligadas à compreensão de quadros que caracterizava como diferentes: por um lado, as chamadas neuroses atuais, onde entendia haver uma transformação direta de excitação em angústia e que no caso não pressuporia conflito, porque a excitação não encontra via simbólica e representação; e por outro, as psiconeuroses nas quais a formação de sintoma se faz por mediação simbólica. O sintoma seria assim uma linguagem a ser decifrada, expressão de uma solução de compromisso que inclui a realização de desejo e a proibição. Freud, mesmo não eliminando as diferenças nosográficas, as supera, dizendo que há sempre na neurose (qualquer que seja) um elemento atual na deflagração manifesta. O impacto atual produz ressonâncias diversas em função da história, que possibilitará, pelas vias de simbolização a nível fantasmático, pelas vias de sublimação, ou por outra ainda, a descarga. Nossa proposta seria procurar as causas que, mesmo sem relação aparente, põem em marcha a descarga somática - pensando que ambos os elementos estruturais agem de modo complementar. Em diversos momentos, são incompreensíveis aos nossos olhos os signos que desencadeiam um processo associativo que ressignifique alguma constelação psíquica da sexualidade infantil, transformada em angústia. Em inúmeras situações, as reações fóbicas desencadeiam medos que reativam *après-coup* situações traumáticas anteriores, sem possibili-

Para a psicanálise, uma representação reprimida pode atuar desencadeando um processo orgânico, como amenorréias, transtornos na ejaculação ou na potência, e outros.

ce como *a fase aguda de uma neurose histérica, cujas origens estão na infância*. Esta vai se constituindo e modificando durante a vida, e acaba por se apresentar como histeria de angústia ou fobia. Para este conjunto de sintomas, a medicação atinge apenas as manifestações aparentes, sem porém alcançar as causas. Se estes caracteres fóbicos não forem tratados em suas origens inconscientes, apelando-se apenas à medicação, o paciente corre o risco de se apegar à droga como um acompanhante fóbico que o protegerá de novos ataques. A questão está em que estas drogas resolvem o problema atingindo o sintoma, a ponta do *iceberg*, sem atingir a origem. Qual será portanto o resultado no momento em que se retirar a medicação? É necessário investigar as causas, buscando atingir modificações estruturais e duradouras, ainda que isto seja mais trabalhoso para o paciente. As terapias cognitivas, usadas freqüentemente como acompa-

Poder-se-ia caracterizar o pânico, tal como faz a psiquiatria, "como um medo aliado a manifestações do sistema nervoso autônomo e que pode ocorrer na ausência de qualquer estímulo externo significativo". Aparentemente é um medo proveniente do interior, não havendo portanto contra quem lutar ou de quem fugir. Os ataques de pânico, quando crônicos, constituirão a *doença do pânico*¹. Caracterizado desta maneira, na medida em que o medo é aqui entendido como de ordem intrapsíquica, com sinais externos que só serão significativos pela sua ressonância intrapsíquica, somos levados a concordar com esta definição.

Onde está, então a divergência? Talvez na compreensão diferente das causas que desencadeiam o processo, podendo ser elas de ordem biológica ou psíquica. Recordemos que, para a psicanálise, uma representação reprimida pode atuar desencadeando um processo orgânico. Amenorréias

dade imediata ou aparente de encontrar os elos. Um afeto pode estar falsamente conectado a uma representação que seria seu correlato intencional: esta, na verdade, é uma das idéias que fundam os alicerces do tratamento psicanalítico. A relação afeto-representação e o destino do afeto estão em jogo nesta problemática.

A clínica fala

A clínica pode ajudar a compreender melhor esta questão. Um paciente sentia pânico em determinadas situações, quando pegava a estrada. Sem saber por que, já sofrera situações de medo, a ponto de ser obrigado a parar no acostamento à noite e ficar ali paralisado, como se estivesse *preso* a um medo incomensurável frente ao qual não conseguia reagir. Isto acabava por submetê-lo a uma situação de maior perigo, uma vez que corria o risco de ser assaltado ou atropelado. Além disso, pelo fato de sua esposa não dirigir, era necessário chamar alguém que os fosse buscar. Seu sofrimento era grande; temia tanto a aparição dessa situação, quanto a angústia que lhe produzia os medos. Entretanto, não era sempre que viajava que isto ocorria. Aparentemente não era possível detectar a causa deste pânico: o medo surgia também em outras situações, por exemplo num cinema ou numa festa.

Após determinado tempo de tratamento, a partir de situações que aparentemente em nada se relacionavam com as viagens, o paciente se lembrou de certas angústias e suores frios que sentia na infância, quando seus pais saíam à noite e o deixavam *preso* em casa. A palavra *preso* me chamou a atenção; por que *preso* e não *sozinho*, ou *triste*? Por que a saída de seus pais lhe criava a idéia de prisão? Na seqüência de uma sé-

rie de associações, referiu-se ao fato de que em alguns momentos, quando viajava e o fluxo de carros aumentava, aparecia uma sensação semelhante à de sua infância. Tudo funcionava bem, mas repentinamente, aparecia a angústia de que o trânsito ficasse mais lento, e temia ficar *preso* em um pedágio ou engarrafamento; temia ser assaltado e sem ter para onde fugir. A pergunta era: assaltado pelo que? Por idéias? por fantasmas? por representações? por afetos? Relembra ainda que, na sua infância, tinha medo de ladrões. Recordou também que proferia uma série de maldições e insultava seus pais, principalmente seu pai, que lhe roubava a mãe para sair e divertir-se. Durante o tratamento, lembra-se que temia que tais pragas se voltassem contra ele, e que, numa mistura de culpa e castigo, pudesse ser preso e maltratado. É interessante destacar que eram justamente os palavrões que dizia quando o trânsito começava a aumentar que o colocavam em contato com o infantil reprimido. O palavrão evocava uma representação que, por sua vez, o religava a um afeto eficazmente desligado. A representação afastada reaparecia "ligada", perdendo o efeito da repressão. Assim como um palavrão que escutava no cinema ou numa festa, isto desencadeava um processo que poderia assaltá-lo e o deixava *preso* ao temido: sua excitação, seu desejo de matar o pai, e a angústia de castração, operando como pano de fundo que articula o Édipo com a sexualidade infantil. A impossibilidade de fugir e a aparição de todas as representações secundárias eram origem do surgimento da angústia.

Quando saía para se divertir em uma viagem, especialmente se esta viagem tinha alguma perspectiva interessante, aparecia o pânico. A angústia de castração e a situação

edípica não-resolvida eram reinvestidas por uma situação do presente. O pânico, aparentemente sem explicação, era detonado por algo que estava ressignificando a situação da sexualidade infantil: os palavrões. Era aqui onde ele se identificava com o pai, no perigo de ser atacado e temendo ser assaltado. Quem poderia assaltá-lo era o pai, pelo desejo que teria de ficar com sua mãe; desejava atacar o pai e temia ser atacado por ele. Ao mesmo tempo, se triunfasse em seu desejo, perderia o pai e se encontraria face ao *desamparo infantil*. O pai era odiado, mas também tinha um caráter protetor. Estas duas forças opostas originam um verdadeiro

No caso que estudamos, o pânico - aparentemente sem explicação - era detonado por algo que ressignificava a situação da sexualidade infantil.

conflito, com a correspondente emergência da angústia. A paralisia surge como sintoma, e a fuga como forma de evitá-la. Ante o "desejo tua morte", aparece o "se você morrer, ficarei desprotegido para sempre". Este confronto enquadrava uma série de reações físicas, decorrentes do sistema nervoso autônomo, provocadas pela transformação da angústia que operava desligada das representações.

O corpo e a mente, experiência única

A linha mais organicista da psiquiatria tende a dizer que, embora isto não seja totalmente comprovado, o que desencadeia a crise são causas de ordem biológica, provocadas pela descarga de mediadores químicos. Poder-se-ia considerar que a causa é biológica? Existem razões de ordem congênita que modificam a estrutura orgânica? Quais são as bases neu-

Em decorrência da análise, os sintomas se desestruturam através de uma mudança que compromete toda a subjetividade.

rofisiológicas e neuroquímicas da ansiedade? Alguns autores consideram ser a descarga nor-adrenalínica, partindo do estímulo do *locus ceruleus*, aquilo que origina a crise; outros autores, como Carr e Sheehan² aderem à tese biológica dos "erros metabólicos". Outorgou-se um importante papel também à serotonina (5-HT).³ Herbert Chapa⁴ diz, a respeito das considerações biológicas, que existem múltiplos modelos explicativos, não sempre concordantes, mas em geral tende a invalidar a idéia de que exista um único transmissor comprometido. Para Johnson e co-

laboradores⁵, a síndrome do pânico poderia ser uma entidade biologicamente heterogênea, na qual existam alterações decorrentes da presença de dois ou mais neurotransmissores. A psicanálise busca, através de processos psíquicos, a explicação do que põe em jogo a descarga destes neurotransmissores. Existe uma certa convergência entre a psicanálise e algumas escolas de psiquiatria: a terapêutica combinada alivia as fases agudas do transtorno, além de ajudar o organismo a encontrar outras vias de descarga que não comprometam o corpo. É no nível da elaboração e da substituição de representações que se poderá chegar à origem do conflito.

Na experiência da clínica psicanalítica, a inclusão da medicação permite que o paciente encontre um espaço mais confortável para desenvolver o processo da análise. Esta medicação não será administrada, porém, pelo psicanalista, uma vez que isto acabaria por interferir na transferência. O desaparecimento do sintoma, na psicanálise, será conseqüência de um minucioso trabalho de investigação, que permita ao paciente desconstruir a constelação fantasmática patogênica e se re-historizar através de novas simbolizações, que lhe permitam explicar sua existência com menos sofrimento.

Neste processo, os sintomas se desestruturam, em decorrência da análise, através de uma mudança que compromete toda a subjetividade. Para a psicanálise, um sintoma é muito mais que uma situação conflitiva, posto que aparece sempre em uma estrutura neurótica que deve ser analisada na sua totalidade.

As terapias cognitivas trabalham exclusivamente no nível do sintoma, o que segundo nossa compreensão envolve o risco de que este desapareça, reaparecendo porém em outro lugar. Uma criança que tem medo de ser separada de sua mãe e ficar sozinha na escola pode

ser condicionada ou pressionada para conseguir isto, podendo inclusive colocar em ação sua vontade de fazê-lo. Todavia, não nos surpreenderemos se, depois de certo tempo, surgirem problemas de aprendizagem ou uma enurese, revelando a dificuldade desta criança de crescer e seu desejo de permanecer infantil. É preciso reconhecer que às vezes é conveniente possibilitar o deslocamento de um sintoma grave - como anorexia ou a tricotilomania (compulsão a arrancar os cabelos) - que provocam conseqüências devastadoras, por outros sintomas mais suportáveis, que nos permitem encontrar o tempo que precisamos para que a análise aconteça.

Outra questão sobre a qual devemos nos deter se refere à relação entre a angústia e a crise, como as definem tanto a psicanálise como as escolas psiquiátricas que caracterizam esta síndrome como uma entidade autônoma.

Um dos critérios para diagnosticar o transtorno do pânico segundo o DSM IV, é a inquietude frente ao medo de repetição das crises. O medo da própria crise é um fator diagnóstico: este fenômeno é conhecido como *medo do medo*.

O paciente, que nunca tivera contato com o medo, passa então a sentir temores. Esta situação, porém, deveria ser caracterizada inversamente: não é a situação traumática atual que origina o medo, mas medos pré-existentes, reprimidos, que emergem ao serem evocados por esta situação. Podemos dizer que, ao ter estas crises, o paciente sente a angústia de que estas voltem a se repetir; mas tal crise não deve ser entendida como *causa* do medo, e sim como *conseqüência* deste. É nas personalidades fóbicas, com estruturas neuróticas prévias, que o pânico pode aparecer como situação aguda. Este caso é diferente dos que implicam situações de

perigo real ou a *Realangst* freudiana. O medo que aparece nas situações de ameaça à própria vida, ou de desastre, como resposta a uma causa real externa, não tem necessariamente a ver com uma estrutura neurótica, enquanto o pânico ligado a crises fóbicas, depressões, hipocondrias, alcoolismo e auto-depreciação são transtornos próprios do conflito neurótico.

Pânicos e fobias

Passaremos agora à caracterização das fobias do ponto de vista psicanalítico, para compreender melhor sua relação com o pânico. Para isto, é necessário situar, ainda que brevemente, os conceitos de *angústia*, de *medo* e de *pânico* ou de *susto*. Na obra freudiana é possível encontrar três termos que estão associados a esta problemática: *Schreck*, traduzido como susto, *Angst*, como angústia, e *Furcht*, como medo.

Nas *Conferências Introdutórias*⁶, Freud se refere à *angústia* como um estado no qual se abstrai o objeto, enquanto o medo se encontra ligado a este. Por *susto*, Freud designa a ação de um perigo para o qual a pessoa não estava preparada por um estado de angústia prévio. Freud dirá que o homem se defende do medo com a angústia, sendo porém freqüente o deslizamento entre estas formas. Não será conservada, neste nosso trabalho, uma rígida diferenciação entre estes termos, já que por muitas vezes é o aparecimento da angústia-sinal que promove o medo, e, frente a um transbordamento do mesmo (pensando em um enfoque econômico) se produz uma situação de pânico. A diferenciação que toma como eixo o objeto também é frágil: a angústia está intimamente ligada à repressão e ao desligamento da representação do objeto temido. Mas este desligamento sofre tan-

tos deslizamentos, que em geral se perde a relação entre o objeto e a angústia. A repressão da representação faz com que a angústia apareça sem referência ao que origina o medo.

rá a idéia de que o termo *medo* pode ser considerado marginal na teoria freudiana. Este é um tópico ambíguo, porque Freud relaciona o medo com um temor puramente realista; contudo, na maioria das ve-

Poder-se-ia dizer que a histeria de angústia é uma fobia na qual a angústia ainda não foi ligada a um objeto que, por sua condição de despertar o medo, permita evitá-la.

Laplanche nos dirá que a relação com o objeto é abordada de forma indireta; que este não é um conceito central, é quase um corolário. Supondo que o susto é produto de um efeito-surpresa e de não-preparação, devemos considerar que este não tem objeto conhecido; a angústia pode se produzir tanto como preparação para um perigo conhecido quanto para um perigo vago. Neste sentido, poder-se-ia dizer que a preparação não provém do *conhecimento de um objeto em especial*.

Posteriormente, em *Inibição, Sintoma e Angústia*, o termo *susto*, ainda que conservando seu lugar, apaga-se para dar origem a uma certa oscilação, desdobrando o conceito de angústia-sinal em dois pólos: um é o da *preparação* que substitui a angústia-sinal, e no outro a angústia passa a ter a conotação que anteriormente dizia respeito ao susto. Tratar-se-ia de uma angústia que provém de um estado de não-preparação, que Freud chamará de *angústia automática*, e que aparece como reação frente a uma situação traumática. Laplanche reforça-

zes existem no homem (por trás do medo e subjacente a ele) elementos de angústia e susto que provocam reações inadaptadas à realidade. Poderíamos talvez pensar uma relação de diferença, se considerarmos prioritário o enfoque econômico, no qual a angústia apareceria como o mais *vago* e o pânico como o mais *violento*.

Tanto a angústia quanto o medo têm sido caracterizados na literatura psicanalítica como dois momentos da produção de uma fobia. No *Vocabulário de Psicanálise*, Laplanche e Pontalis definem as histerias de angústia como “designação introduzida por Freud para isolar uma neurose cujo sintoma central é a fobia, e para sublinhar sua semelhança estrutural com a histeria de conversão”.⁷ Poder-se-ia dizer que a histeria de angústia é uma fobia na qual a angústia ainda não foi ligada a um objeto que, pela sua condição de despertar o medo, permita evitá-la. Nas fobias, as representações angustiantes já estão amarradas a determinados objetos afastados do original.

Alguns autores consideram os sintomas fóbicos como passíveis de se manifestar em outros quadros, quer seja na neurose, por exemplo a obsessiva, quer na psicose, sob a forma de esquizofrenias.

Esta forma de neurose foi estudada no caso do Pequeno Hans⁸, no qual o efeito da repressão separa o afeto da representação. Ao se construir a fobia, a angústia da castração se dirige para um objeto substituto que pode ser evitado. Na histeria de angústia, a libido que se desligou devido à repressão, ao invés de ser convertida - como acontece nas histerias de conversão - foi liberada como angústia. Isto nos permite identificar as semelhanças na estrutura dos dois quadros, sendo a diferença primordial o *destino da angústia*. A formação do sintoma fóbico, em si mesma, já implica um trabalho psíquico de deslocamento e de evitação: ao lado da repressão, estes constituem os mecanismos defensivos por excelência da fobia.

A transformação de angústia em fobia é, por sua vez, um recurso defensivo que permite evitar o conflito e a angústia, mas origina a doença neurótica. O estado de pânico seria resultado desse fracasso defensivo, e a aparição abrupta e transbordada da angústia que invade o Eu, o que provoca toda uma série de sintomas corporais. É possível também encontrar estes sintomas em sujeitos que não apresentam uma neurose estruturada como tal. Neste caso, a angústia é fruto do desencadeamento de fatores externos, tais como exames, situações de prova, confronto com autoridades, exposição em público, etc. A sudorese, o aumento dos batimentos cardíacos e as dores abdominais acabam, desta maneira, por ser transformados em sinais corporais da aparição da angústia.

No caso das fobias, a causa que desencadeia o sintoma está sempre situada num passado que se reativa no presente, como decorrên-

cia de um objeto real ou simbólico. É importante ressaltar que este objeto desencadeante pode passar despercebido tanto aos olhos do paciente como do profissional, uma vez que o laço existente entre a realidade e a fantasia está sob o efeito da repressão e do deslocamento,

○ reencontro com o objeto desencadeia a angústia, e é então que surge a síndrome do pânico.

conforme exemplificamos no caso relatado. Quando estes mecanismos falham, ocorre um reencontro com o objeto que desencadeia a angústia, e é então que surge a síndrome do pânico. Ressalte-se que esta não aparece, portanto, como um quadro isolado e autônomo. Para Freud, uma vez constituído o sintoma, ele gera um impedimento atual, real e presente, criando uma nova angústia que se liga a esta representação. Entretanto, este enlace é contingente, diferenciando-se assim do enlace original. Por esta razão, muitas vezes, após a aparição do primeiro ataque, temem-se os seguintes.

Na teoria freudiana, as fobias originam-se em relação à angústia da castração e aos conflitos tipicamente fálicos com os quais a criança se defronta na elaboração edípi-

ca, tendo em conta as formas em que se situa frente à lei. Neste contexto são produzidos deslocamentos pelos quais se criam objetos fóbigenos suficientemente afastados das representações originais, isto é, dos fantasmas que originam a angústia; eles funcionam seguindo as leis da contigüidade, por semelhanças ou homofonias e podem contaminar um grande número de situações. O trabalho que a terapia psicanalítica propõe é o de reconstruir os sucessivos deslocamentos dos afetos, e percorrer os caminhos que destinam certas representações à repressão, visando a produzir novos enlaces que liberem o sujeito das amarras que o deixam preso à repressão.

A psicanálise se preocupa em compreender as causas que produzem tal estímulo no sistema nervoso central e no sistema autônomo, e pensa em esquemas de ordem histórica e inconsciente como determinantes da produção de manifestações do afeto e angústia no nível corporal, sem deixar de considerar que existem uma constituição e uma disposição particular e singular para a instauração de uma neurose. Os sintomas que comprometem o corpo, as descargas neurovegetativas, as sudoreses, as palpitações podem ser desencadeadas por uma palavra, uma lembrança, um cheiro, uma cor, ligados a determinadas representações reprimidas.

É importante lembrar que Freud trabalha com duas teorias da angústia. A primeira é a elaborada entre 1895 a 1900⁹; seu caráter metapsicológico é fundamentalmente econômico. Afirma que a libido estancada, não-elaborada e fundamentalmente desligada de suas representações, acaba por ser liberada como angústia. Esta teoria corresponderia mais à angústia das neuroses atuais, nas quais os sintomas se formam como decorrência da transformação direta

da excitação em angústia; situação esta que dificulta a análise, devido às falhas na representação.

A segunda teoria, de 1926¹⁰, foi formulada após a elaboração da segunda teoria tópica do aparelho psíquico, interessando-se portanto pelos fenômenos do Eu. Freud sustenta agora que a angústia funciona como um alarme do Eu para o Eu, relacionada à situação pulsional que acompanha a angústia de castração. É em função desta segunda teoria de Freud que é conveniente trabalhar a questão das fobias. É a partir deste momento que se prioriza a angústia perante o medo do ataque da pulsão.

A questão da "hereditariedade"

Existem ainda outros elementos capazes de ajudar na constituição de uma fobia e cujos indícios aparecem na própria obra de Freud. Neste caso, fazemos referência à *Psicologia das Massas e a Análise do Eu*¹¹: aqui poderemos encontrar o motivo para se pensar que poderia haver hereditariedade neste campo, quando é abordada a idéia dos sintomas por identificação. Nestes casos, a identificação substitui a escolha do objeto, e Freud afirmará que a escolha do objeto regrediu até a identificação, forma primeira e mais originária do laço afetivo. Sob as constelações da formação dos sintomas, da repressão e dos mecanismos inconscientes, a escolha de objeto retorna à identificação. Ou seja, o Eu toma sobre si as propriedades do objeto.

A identificação desempenha um importante papel tanto na pré-história do complexo de Édipo, como na sua resolução. A criança pode se identificar com seu pai como um ideal e, juntamente com ele, às suas características fóbicas, que nestes casos podem estar idealizadas. Uma criança dizia orgulhosa na sua primeira entrevista: "Eu sou como o meu pai, não gosto de sair de casa

nem falo com estranhos". Esta era claramente sua identificação masculina, uma vez que para ele as mulheres são "fofoqueiras" e "gostam de andar pelas ruas." Na realidade, o pai desta criança não conseguia sair, a ponto de precisar que o terapeuta o atendesse em sua casa, uma vez que deixá-la lhe provocava desmaios.

Outra modalidade identificatória descrita por Freud é a identificação que prescinde da relação de objeto: aqui a identificação se faz na base de poder ou querer colocar-se na mesma situação do sujeito com o qual se está identificando.

Com freqüência encontramos, tanto em casos de crianças como de adultos, antecedentes fóbicos familiares; isto é o que se confunde por vezes com a hereditariedade. As mães transmitem seus temores para os filhos, além de ser comum o paciente recordar-se de que sua mãe utilizava objetos protetores para defendê-lo dos perigos. É importante lembrar que muitos pais ou mães utilizam seus filhos como *objetos acompanhantes* para se defender de seus medos, facilitando assim neles a emergência de estruturas contrafóbicas. Nestes casos o medo se transforma em valor, tornando-se uma forma onipotente de enfrentar a angústia. O próprio medo acaba por se transformar em coragem, pelo fato de a criança ter sido colocada por seus pais numa situação de onipotência.

Um exemplo interessante de contrafobia é o de um pára-quedista que escutei durante algum tempo. Ele sofria de freqüentes vertigens quando, em terra, estivesse perto de uma janela. Para controlar seus intensos medos, procurava enfrentar o objeto temido, evitando portanto a angústia da espera. Seu medo da altura o obrigava a enfrentá-la para poder controlá-la. Na verdade, o que lhe provocava angústia era por sua vez o desejo de *jogar-se*. Desconhecia a origem do seu

sintoma, mas na medida em que, como resultado de suas associações, ia se enlaçando com representações masturbatórias infantis, a vertigem foi se transformando em angústia e a necessidade de se colocar em situações de alto risco diminuiu. Vemos aqui o caminho inverso do sintoma físico vertigem, a angústia como enlaçada a uma representação.

Outro paciente, que durante sua vida adulta sofre uma série de limitações por causa de seus medos, recorda como era valente durante a sua infância. Colocava-se como mais corajoso do que a média, capaz de realizar as façanhas mais perigosas, expondo-se assim freqüentemente

Sob as constelações de formação dos sintomas, a escolha de objeto retorna à identificação.

ao perigo. Esta é a outra face da mesma moeda. A contrafobia aparece como a transformação no contrário de um traço fóbico, e assume portanto o mesmo valor.

Ao incorporar certos traços familiares, a criança costuma sentir-se mais amada, bem como quando responde a certos desejos parentais que a nomeiam, atribuindo-lhe um lugar determinado, tal como: "Ele nasceu para ficar junto a nós"; forma utilizada pelos pais ao se referi-

rem a uma criança que costumava ter graves manifestações de pânico sempre que tinha de ir a um aniversário. Para Piera Aulagnier¹², o Eu funciona apenas se for capaz de garantir conjuntamente a estabilidade das duas referências: pelo seu reconhecimento e pelo reconhecimento de si mesmo através do olhar dos outros. Deve-se ser igual à imagem que é admirada pelos outros, ou ainda ser igual à imagem admirada pelo olhar que o Eu admira. Estas são as duas formações que o desejo narcísico adota no campo das identificações. O discurso familiar tem um grande peso sobre a formação da identidade, e muitas vezes é este tipo de produção sintomal que nos faz pensar na hereditariedade.

Antes de terminar esta breve referência às fobias na literatura psicanalítica, gostaria de aludir a outros referenciais teóricos de grande importância, que colocam algumas diferenças com relação à formulação freudiana; vou deixá-las apenas indicadas, para ser aprofundadas em outro momento. Farei referência, em primeiro lugar, a Melanie Klein, que revisa a explicação freudiana (cujo núcleo central é o complexo de castração) para enfatizar a importância das fases de máximo sadismo em que vivem as crianças durante seu primeiro ano de vida. É na fase esquizo-paranoide que ela encontrará a origem das fobias. Vê freqüentemente associados os medos com a angústia de aniquilamento do Ego em crianças pequenas, o que nos levaria a dizer que são os mecanismos esquizóides que subjazem às estruturas fóbicas. Tais estruturas seriam o produto de uma regressão baseada fundamentalmente na desintegração do Eu e nos ataques internos da pulsão de morte. Ao ser projetada, esta se identifica com os objetos, que se voltam contra o Eu como objetos ameaçadores, e deixam assim carregadas as fantasias de objetos retaliadores.

A existência de um superego sádico desde os primórdios constitui a constelação necessária para a aparição dos temores. As falhas nas defesas - onipotência, idealização, negação, simbolização e dissociação, típicas desta posição - fazem com que o Eu sucumba frente à angústia. Na formação de

do de sua mãe; por outro lado, a teoria lacaniana situa a angústia como o medo de ficar preso na célula narcísica incestuosa, pela impossibilidade de que se exerça a lei paterna que enuncia a dupla proibição "não reintegrarás o teu produto, nem dormirás com a tua mãe". O cavalo, no caso do Pequeno

○ discurso familiar tem grande peso na formação da identidade, e muitas vezes é este tipo de produção que nos faz pensar na hereditariedade.

uma fobia, o sujeito evita situações catastróficas produzidas pela pulsão, que o ataca de dentro; ao projetá-la, ele a deposita em um objeto externo que pode ser evitado. Nos casos em que o objeto atacante e o protetor funcionam externamente, o acompanhante fóbico se identifica com o objeto bom; no entanto, o objeto mau está identificado com o objeto temido. Poderíamos dizer, portanto, que o sentimento de inveja, a pulsão de morte e o fracasso dos mecanismos defensivos são nesta teoria o pivô da fobia. Na psicopatologia kleiniana, a aparição de quadros neuróticos previne e evita a formação de uma psicose.

Os aportes lacanianos oferecem também uma ampla explicação para este quadro. São também determinantes nesta teoria o Édipo e a castração; entretanto, difere a forma em que estes entram em jogo. No caso do Pequeno Hans, Freud diz que o menino teme ser separa-

Hans, transforma-se num objeto castrador, que se apresenta no contexto do imaginário para cobrir a falta de um pai real capaz de atuar, no simbólico, como objeto castrador. Lacan dirá que é na falta do pênis materno que se revela a natureza do falo. O sujeito se divide, vendo diante de si a abertura do abismo contra o qual se protege através de uma fobia, podendo aparecer, em seu lugar, um objeto-fetichê que recobrirá a falta do pênis, como deslocada.

Lacan propõe, no *Seminário da Relação de Objeto*, que a angústia não é o medo de um objeto, mas sim o *enfrentamento do sujeito com a falta do objeto*, uma falta de ser que o toma, na qual se perde e ante a qual é preferível até formar o mais estranho dos objetos, no caso uma fobia. Vemos, portanto, que a angústia de castração remete à relação do sujeito com o outro, ao mesmo tempo constituindo-o como sujeito e alienando-o.

Recordemos que, na teoria lacaniana, a angústia de castração é entendida em uma dimensão simbólica, como castração do sujeito, e toda angústia acaba sendo angústia de castração, uma vez que ela determina a própria relação com a possibilidade de tornar-se sujeito desejante. Em Lacan, a condição de objeto total ou parcial decorre da posição que o sujeito ocupa na estrutura, isto é, se ele se coloca como *capaz* de preencher a falta na mãe, ou como parte daqueles que podem satisfazer seus desejos.

O jogo de interesses

Retomando o problema da etiologia, após ter exposto a contribuição da psicanálise, parece-me importante lembrar que na discussão destas questões existem elementos que estão para além de uma polêmica científica, e que levantam a questão do papel da ciência e o conhecimento na estrutura social. Tanto o conhecimento quanto o saber estão intimamente ligados ao poder: é justamente o poder o que origina um discurso científico que determina os lugares de hierarquia e dominação. O discurso é poder, e é a luta pelo poder instituído o que nos situa

numa ordem social determinada. Adotar uma explicação única da etiologia do transtorno psíquico nos coloca no lugar de possuidores da verdade, e portanto, como os únicos agentes que têm o direito de administrar a cura. Esta prioridade não só funciona no sentido do prestígio, mas também determina a possibilidade de monopolizar o mercado de trabalho e a aplicação das verbas destinadas à pesquisa.

A partir disto, é possível deduzir que não é só o benefício dos pacientes o que está em jogo nesta discussão etiológica e nosográfica a respeito da síndrome do pânico e da fobia. São também fortes interesses corporativistas, que regem um mercado de trabalho cada vez mais competitivo. Reflexo desta situação são as mudanças sofridas pelo Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais (DSM) da Associação Psiquiátrica Americana, que refletem cada vez mais a ascensão de psiquiatria biológica e da psicofarmacologia, com a conseqüente proliferação de drogas psicoativas com alvos específicos. Observamos que o caminho vai cada vez mais na direção de classificar descritivamente os distúrbios, enfatizando os transtornos sintomáticos, e deixando-se assim de lado

a compreensão mais complexa, que inclui os fatores sociais e dinâmicos. Não devemos esquecer que tanto o DSM III quanto o DSM IV regem a distribuição do dinheiro destinado às diferentes linhas de investigação.

Se é possível pensar um campo onde o orgânico e o psicológico se reúnam, tecendo uma trama, estaremos ajudando a romper com os feudos científicos. Estaremos então superando um imaginário narcísico que nos faz pensar que nossa visão é a única, e que somos os detentores da verdade. ■

NOTAS

1. D. Caetano, *Como Enfrentar o Pânico*, São Paulo, Iconç, 1987.
2. D. B. Carr & D. V. Sheehan, "Panic Anxiety: a New Biological Model", *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 323-330, 1984.
3. Cf. D. Nutt & Ch. Lawson, "Panic Attacks: a Neurochemical Overview of Models and Mechanisms", *British Journal of Psychiatry*, 160, 165-178, 1992, *apud* Chapa, *Pânico y Agarofobias*, Buenos Aires, Salerno, 1997, p. 106.
4. H. Chapa, *Pânico y Agarofobias*, *op. cit.*
5. M. R. Johnson, R. B. Lydiard & J. C. Ballenger, "Panic Disorder: Pathophysiology and Drug Treatment", *Drugs*, 49 (3), 328-344, 1995, *apud* Chapa, *op. cit.*
6. S. Freud, *Conferências Introdutórias*, nº 25, in *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu, 1985, vol. XVI.
7. Laplanche e Pontalis, *Vocabulário de Psicanálise*, São Paulo, Martins Fontes, 1986.
8. S. Freud, *Análisis de la fobia de un niño de cinco años*, in *Obras Completas*, *op. cit.*, vol. X.
9. S. Freud, "Las neuropsicosis de defensa", in *Obras Completas*, *op. cit.*, vol. III.
10. S. Freud, *Inbibición, Síntoma y Angustia*, in *Obras Completas*, *op. cit.*, vol. XX.
11. S. Freud, *Psicología de las Masas y Análisis del Yo*, in *Obras Completas*, *op. cit.*, vol. XVIII.
12. P. Aulagnier, *La violencia de la interpretación*, Buenos Aires, Amorrortu, 1985.

Pensar um campo onde o orgânico e o psicológico se reúnam, tecendo uma trama, é ajudar a romper os feudos científicos.