

## TRANSTORNO DO PÂNICO: CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS

Lívia Márcia Batista de Andrade<sup>5</sup>  
Cleunice Santos Guedes<sup>6</sup>  
Fernanda Greggi Visnadi<sup>7</sup>

**Resumo:** O pânico é considerado uma psicopatologia e se encontra dentro da categoria de transtornos de ansiedade. A presença do fenômeno comumente aponta para sintomas fisiológicos e cognitivos. Esses sintomas tornam a pessoa dependente de seus pares e a incapacita de viver de maneira saudável, o que resulta em significativos prejuízos psicossociais. A tradição psicanalítica tem sido a base da psicanálise contemporânea para o estudo do pânico e o ponto de sustentação da prática clínica. Esse trabalho consiste numa revisão bibliográfica que objetiva abordar o pânico segundo a perspectiva psicanalítica.

**Palavras-chaves:** psicanálise, ansiedade, pânico.

***Abstract:** The panic is considered a psychopathology and is categorized within anxiety disorders. Its occurrence usually suggests physiological and cognitive symptoms. These make the person dependent on their peers and disable it to live healthily, with significant psychosocial losses. The psychoanalytic tradition has been the basis of contemporary psychoanalysis to the panic study besides being the support for clinical practice. This work consists of a literature review that proposes to address the panic according to the psychoanalytic perspective.*

**Keywords:** psychoanalysis, anxiety, panic.

### INTRODUÇÃO

De acordo com o DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - (2002) o transtorno do pânico encontra-se definido dentro da categoria de ansiedade, sendo sua característica essencial a presença de ataques de pânico recorrentes e inesperados. Nos períodos de ataques de pânico o indivíduo sente intenso medo ou desconforto causado por sintomas somáticos ou cognitivos: palpitações, sudorese, tremores ou abalos, sensação de falta de ar ou sufocamento, sensação de asfixia, dor ou desconforto torácico, náusea ou

<sup>5</sup> Doutora em Psicologia pela PUC-Campinas.

<sup>6</sup> Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário Padre Anchieta (Jundiaí-SP)

<sup>7</sup> Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário Padre Anchieta (Jundiaí-SP)

desconforto abdominal, tontura ou vertigem, desrealização ou despersonalização, medo de perder o controle ou de enlouquecer, medo de morrer, calafrios ou ondas de calor.

Segundo o Compêndio de Psiquiatria (1991), o transtorno de pânico é caracterizado inicialmente por ataques com período de, aproximadamente, dez minutos de sintomas rapidamente crescentes. Esses sintomas geralmente são: medo extremo e uma sensação de morte e destruição iminente, sendo que, na maioria das vezes, a fonte do medo não é identificada pelos pacientes. Nestas situações os pacientes se sentem confusos e manifestam problemas de concentração e, assim, geralmente abandonam a situação e vão em busca de ajuda. Os pacientes podem também experimentar depressão e despersonalização durante o ataque. Pode-se notar a presença de sintomas fisiológicos como taquicardia, palpitações, dispnéia e sudorese. Esses sintomas podem desaparecer de forma rápida ou gradual.

O objetivo deste estudo será abordar a ansiedade segundo a psicanálise e o pânico segundo a perspectiva psicanalítica, respectivamente. Será descrita a importância da psicanálise como uma intervenção terapêutica para o paciente com transtorno do pânico, tendo em vista o benefício que a relação terapeuta-paciente revela durante a análise.

Este estudo teve como método a revisão bibliográfica da tradição psicanalítica à psicanálise contemporânea. Evolução do conceito de ansiedade em psicanálise Freud (1996), em Inibições, sintomas e ansiedades (1925-1926), trabalha o problema de ansiedade e esse constitui o seu principal tema, que sofreu consideráveis modificações com a evolução de seus trabalhos:

- a) Ansiedade como libido transformada: em 1895, Freud fez suas primeiras colocações sobre o problema da ansiedade, em seu artigo sobre neurose de angústia. Em suas descobertas clínicas de que a neurose de angústia estava relacionada com a descarga

sexual, Freud concluiu que a excitação acumulada escapava sob a forma de ansiedade.

Mas a ansiedade – que embora fique latente a maior parte do tempo no que concerne a consciência, está constantemente à espreita no fundo (...). Pode irromper subitamente na consciência sem ter sido despertada por uma seqüência de representações, provocando assim, um ataque de angústia. (Freud, 1996 p. 96).

- b) Ansiedade realística e neurótica: a teoria de ansiedade neurótica postulada por Freud era simplesmente libido transformada. Entretanto, ele sempre considerou uma estreita relação devida aos perigos externos e internos (instintuais). Assim, ele sugeriu que a ansiedade realística se dá pelo processo da psiquê se sentir incapaz de lidar com uma situação de perigo que se aproxima de fora. Na neurose a ansiedade surge como uma incapacidade de lidar com a excitação sexual que surgiu de dentro. Dessa forma, a primeira é a reação à excitação exógena e a segunda à reação endógena. Posteriormente, Freud abandonou esse ponto de vista deixando de lado a diferença genérica entre ansiedade realística e neurótica e passou a distinguir neurose automática e ansiedade como um sinal a toda situação de perigo.
- c) A situação traumática e as situações de perigo: a situação traumática é o determinante fundamental da ansiedade automática. Sendo a essência disso, o desamparo por parte do ego frente a um acúmulo de excitação, seja de origem externa ou interna. Os perigos internos sofrem mudanças com o decorrer do desenvolvimento, contudo possuindo uma característica em comum, pois envolvem a separação ou perda do objeto amado ou de seu amor. Uma situação de perda ou de separação pode, de diversas maneiras, produzir acúmulo de desejos insatisfatórios e resultar numa situação de desamparo.

- d) A ansiedade como um sinal: o ego restringe a liberação de desprazer e seu início é fixado por ele como uma defesa normal em funcionamento. Assim, o pensar serve para restringir o desenvolvimento do afeto se ligando a uma idéia substitutiva. Essa, por sua vez, dá lugar a um ligeiro desenvolvimento de ansiedade que serve como um sinal para inibir um progresso posterior (intenso) de ansiedade.
- e) Ansiedade e o nascimento: o ato do nascer é considerado como sendo a primeira experiência de ansiedade. O nascimento é visto como a fonte e o protótipo da sensação de ansiedade. Freud sugeriu que o bebê repetirá a emoção da ansiedade sentida no nascimento em situações posteriores, embora que, à medida que o ego se desenvolve, as situações de perigos antigas vão perdendo suas forças e sendo postas de lado. Pode-se dizer que cada período da vida tem seu determinante de ansiedade.

Assim o perigo de desamparo é apropriado ao período de vida quando o ego é imaturo; o período da perda do objeto, até a primeira infância, quando ele ainda se acha na dependência de outros; o período de castração, até a fase fálica; o medo de seu superego, até o período da latência. Não obstante, todas essas situações de perigo e determinantes de ansiedade podem resistir lado a lado e fazer com que o ego a elas reaja com ansiedade num período ulterior ao apropriado; ou, além disso, várias delas podem entrar em ação ao mesmo tempo. (Freud, 1996 p.140.)

Portanto, de acordo com Freud, cada situação de perigo da vida tem seu determinante psíquico e corresponde a um período ou fase particular do desenvolvimento do aparelho mental. Até certo ponto, é justificável quanto a ele, pois, na primeira infância, a pessoa não está preparada psiquicamente para lidar com imensas somas de excitação que lhe sobrevêm, tanto de fora quanto de dentro.

Em seu trabalho sobre a neurose de angústia, Freud descreve a ansiedade como sendo a libido transformada. Porém, em inibições, sintomas e ansiedades, ele revê seus conceitos e afirma que:

Foi a ansiedade que produziu a repressão e, não como eu anteriormente acreditava, a

repressão que produziu a ansiedade. (...). É sempre a atitude de ansiedade do ego que é a coisa primária e que põe em movimento a repressão. A ansiedade jamais surge da libido reprimida. (...) A descrição seria correta, existindo, indubitavelmente, uma correspondência da espécie afirmada entre a força do impulso que tem de ser reprimida e a intensidade de ansiedade resultante. (Freud, 1996 p. 111.)

Nesta época Freud percebe que a ansiedade é a essência da fobia, e que vem não da repressão, ou seja, dos instintos libidinais dos impulsos reprimidos, como ele considerava anteriormente, mas do próprio agente repressor (ego). Dessa forma, a ansiedade é a causa da repressão, é uma reação afetiva por parte do ego ao perigo. Portanto, nos casos de fobias de animais Freud enfatiza que a ansiedade não difere em aspecto algum da ansiedade diante de um perigo real (ansiedade realística). A única diferença é que, na primeira, seu conteúdo é inconsciente e aparece consciente sob a forma de distorção.

A conclusão que Freud chega através de sua prática clínica, e que ele descreve em seu trabalho sobre inibições, sintomas e ansiedade, é que a última consiste numa reação a uma situação de perigo (ainda que de forma disfarçada) e é remediada pelo ego. Dito de outra maneira criam-se sintomas com o intuito de evitar o suposto perigo cuja presença é assinalada pela geração de ansiedade. Sintetizando, há indícios de que a ansiedade aparece originalmente como uma reação a uma situação de perigo, e a mesma se reproduz sempre que situações dessa espécie se repetem.

Melanie Klein (1991) sugere que a ansiedade surge de três modalidades:

- a) Posição esquizoparanóide: aponta para a existência de um superego primitivo e cruel que faz ameaças de aniquilamento ao ego.
- b) Posição depressiva: aponta para um considerável sofrimento psíquico, o qual representa uma ameaça de aniquilamento dos objetos bons internalizados.
- c) Posição confusional: aponta para um apelo do ego a um excessivo uso de identificação projetiva.

Melanie Klein (1986) formula a hipótese de que a ansiedade é originada do perigo que ameaça o organismo em decorrência do instinto de morte e sugere que essa é a causa primária da ansiedade. Segundo a autora, existe no inconsciente um medo de aniquilamento da vida e, se pressupormos a existência de um instinto de morte, suporemos que existe uma reação a esse instinto, na forma de medo de aniquilamento. O perigo que resulta do instinto de morte é a primeira causa de ansiedade e, como a luta entre os instintos de vida e de morte são persistentes ao longo da vida, a fonte de ansiedade nunca é eliminada, tornando-se um fator presente em todas as situações.

Segundo Klein, para analisarmos a ansiedade primária – o medo de aniquilamento – devemos considerar a impotência do bebê diante de perigos internos e externos. A situação primária de perigo resulta da atividade interna do instinto de morte, e é sentida pelo bebê como um ataque esmagador, como uma perseguição. Klein supõe que a luta entre os instintos de vida e de morte ocorre já durante o nascimento, e acentua a ansiedade persecutória provocada por essa experiência dolorosa, a qual dá ao mundo externo um aspecto hostil, pois o primeiro objeto externo, o seio materno, torna-se um objeto frustrador. Dessa forma, o bebê sente que a frustração pelo seio materno implica um perigo de vida, e projeta seus impulsos destrutivos no seio. Ou seja, coloca para fora o instinto de morte, e assim, agride o seio.

De acordo com Klein (1991), certas perturbações psíquicas nos adultos baseiam-se na ansiedade persecutória dos primeiros meses de vida, pois a essência dos medos de perseguição do indivíduo perturbado é o sentimento de que existe algo hostil que vai causar-lhe sofrimentos, danos e aniquilamento. Portanto, o medo persecutório desses indivíduos é originado do medo de aniquilamento do ego pelo instinto de morte.

Em suma, Melanie Klein afirma que o instinto de morte é o fator primordial na causa da ansiedade, e também considera que o objeto primário contra o qual os impulsos destrutivos se dirigem é o objeto da libido. Portanto, a interação entre a agressão e a libido é o que causa a ansiedade.

Bion (apud Zimmerman, 1995), partindo do conceito de identificação projetiva de Klein, postula que para todo conteúdo projetado deve haver um continente receptor.

Bion (apud idem, 1999) sugere que no início da vida há uma angústia denominada terror sem nome, a qual é vivenciada pelo indivíduo antes desse adquirir o conhecimento dos símbolos (linguagem). Quando o bebê projeta para dentro da mãe suas angústias e a mãe falha em acolhê-las, as mesmas retornam para o bebê e desta vez podem vir acrescidas das angústias da mãe sob a forma de um terror que o ego imaturo não tem condições de significar e nomear; daí o termo “terror sem nome”.

Em relação à função continente-conteúdo de Bion é importante ressaltar que o conter significa acolher, decodificar, significar e devolver de forma adequada e nomeada. Ou seja, quando a mãe funciona como um continente exitoso, ela acalma o bebê.

Bion traz também o termo *rêverie* que, segundo ele, designa uma condição pela qual a mãe, como que num estado de sono, capta o que se passa com o bebê. Segundo o autor, a condição *rêverie* (componente  $\alpha$  da mãe) é capaz de colher as identificações projetivas do filho (componente  $\beta$ ), independentemente de elas serem percebidas como boas ou más. Em suma, a função *rêverie* é a capacidade da mãe de fazer ressonância com o que lhe é projetado.

Winnicott (apud Zimmerman, 1999) em conformidade com os pensamentos de Bion sugere que no início da vida há uma forma de angústia impensável, pois até então não houve a apropriação de símbolos. O autor também reconhece como sendo de grande valor as

contribuições de Klein a respeito das fantasias iniciais da vida do bebê, bem como as ansiedades primitivas.

Em sua teoria, Winnicott descreve a importância do papel da mãe no desenvolvimento do bebê. Para ele, a “mãe suficientemente boa” é aquela que se adapta ativamente às necessidades do bebê e se identifica com ele a ponto de sentir e satisfazer as suas necessidades como um processo natural.

Winnicott (apud Pereira, 2008) diz que a mãe tem um papel fundamental na constituição de uma “área de ilusão” que se interpõe entre o bebê e o mundo real, e a ausência de uma relação contínua entre o bebê e a mãe suficientemente boa acarreta um estado de angústia no bebê. A mãe tem como tarefa essencial ajudar a criança a constituir esta área de ilusão primitiva que lhe permite suportar sua própria existência. Para o bebê, o confronto direto e precoce com sua própria condição de desamparo tem um caráter traumático. A primeira apreensão do mundo por parte da criança deve acontecer apenas sobre uma base de ilusão de sua própria onipotência e completude e, para que isso aconteça, o papel da mãe é fundamental, pois se houver falhas da mãe em sustentar as ilusões de onipotência do bebê, poderá ser instaurado um processo de desilusão na criança.

Winnicott (apud Trinca, 1997) sugere que o olhar da mãe transmite vida ao bebê e, quando falta esse olhar, o bebê se priva da representação viva de si mesmo e do mundo, e então busca no mundo externo aquilo que lhe falta na relação com o interno. Ou seja, busca no outro o preenchimento que lhe falta.

Winnicott sugere que existe uma experiência de nascimento que não é traumática, considerada como uma experiência de nascimento normal, e supõe a existência de dois graus de nascimento traumático:

- a) Comum: quando os efeitos podem ser amplamente anulados por um bom manejo subsequente.
- b) Traumático: quando é difícil de ser neutralizado (mesmo que o bebê seja tratado de maneira mais cuidadosa) e deixa uma marca permanente no indivíduo.

Segundo Winnicott (1988), as bases da saúde mental são assentadas entre o primeiro e o quinto ano de vida da criança, e é nesse período que se encontra o núcleo da psicose. Entre 4 e 5 anos de idade, os desejos e medos associados à sua posição com relação aos pais ou substitutos tornam-se menos intensos. Só por volta dos 10 e 11 anos a criança começa um novo desenvolvimento emocional, com base no padrão de desenvolvimento emocional anterior (5-6 anos), porém, agora, com o poder de fazer na realidade o que anteriormente só conseguiria fazer na fantasia e no jogo.

De acordo com Zimmerman (1999), Klein enfatiza demasiadamente o mundo interno da criança. Já Winnicott, apesar de considerar a relação da mãe com o bebê, acaba valorizando enfaticamente o ambiente. E Bion de forma equitativa considera ambos os aspectos: internos e externos. Apesar das particularidades desses teóricos, suas teorias se complementam e fornecem indispensável suporte para o estudo dos problemas de ansiedade, como o transtorno do pânico.

### **TRANSTORNO DO PÂNICO SEGUNDO A PSICANÁLISE**

Na literatura psicanalítica contemporânea pode-se notar a importância que as formulações de Freud representam para o estudo do pânico, principalmente as que se referem à neurose de angústia. Entretanto, é preciso tomar certo cuidado para não confundir a angústia, propriamente dita, com o transtorno do pânico, pois ainda que se explique o pânico através das postulações freudianas sobre a angústia, torna-se conveniente que se faça uma

distinção entre ambos. Segundo Zimerman (1999) um dos motivos pelo qual o termo neurose de angústia está em desuso na atualidade é o de se evitar que o mesmo não se misture com o transtorno do pânico e com outras neuroses atuais. De acordo com o autor, só pode ser caracterizado transtorno do pânico um quadro que consista em episódios repetitivos de angústia. Portanto, o pânico não é a angústia propriamente dita, mas precisamente a ocorrência freqüente da mesma.

Fenichel (apud Pereira, 2008) introduz no processo neurótico o desenvolvimento do pânico. Segundo ele, o pânico não pode ser considerado um fenômeno simples como uma manifestação direta da descarga de angústia. Ao contrário disso, o pânico é um sinal de angústia malogrado. O autor considera o pânico como um fracasso do eu e relaciona o fenômeno com o sentimento de culpa. O eu fracassa no controle do sentimento de culpa e esse se torna transbordante ao ponto de desencadear o pânico.

De acordo com Ferenczi (apud idem, 2008) o aparelho psíquico compreende várias instâncias diferentes que se interagem de forma mútua e hierarquicamente organizadas. Essas instâncias são coordenadas por uma instância central e o sucesso da organização depende dessa instância chefe. Para ele, a instância chefe é o núcleo do eu. O autor sugere que o pânico consiste numa demasiada liberação de afeto causada pela perda da referência a este núcleo, pois, se por algum motivo o elemento de agregação das instâncias psíquicas subitamente desaparecer, a liberação de energia libidinal, até o momento ligada, aparecerá sob a forma de pânico.

Portanto, o pânico corresponde à desintegração das instâncias psíquicas; cada instância é representada por laços libidinais das relações de amor, e esses laços, ao decorrer do desenvolvimento, dão referência à instância chefe – eu. Quando os laços libidinais são

rompidos, o eu, conseqüentemente, perde sua referência. Quando isso acontece, o indivíduo perde o contato consigo mesmo e na ausência desse contato instala-se o pânico.

Trinca (1997) descreve fobia e pânico em seu estudo sobre a personalidade fóbica.

A personalidade fóbica expressa um modo particular e específico de a pessoa adoecer psicologicamente; mas também corresponde a uma forma de ela ser e de se manifestar, em virtude de uma dinâmica inconsciente peculiar. Quando a personalidade fóbica apresenta, a aparente heterogeneidade das variáveis presentes tende a apontar para uma configuração relativamente definida de fatores e para um conjunto de padrões relativamente estáveis. Ao atingirem um sistema de persistência, podemos com boa margem de segurança fazer a identificação clínica. Para isso devemos procurar a constelação de fenômenos psíquicos que, em última instância, têm a ver com o estado de fragilidade no self. (Trinca, 1983 e Trinca, 1984, apud Trinca, 1997 p.21)

Obviamente, não se pretende, neste trabalho, realizar um aprofundamento sobre a personalidade fóbica, mas apenas familiarizar o leitor com o pensamento de Trinca; ou seja, de como, dentro dessa dinâmica da personalidade fóbica, ele descreve o transtorno do pânico.

Segundo o autor, o pânico tem sua origem no núcleo do *self*, como resultante da fragilidade do mesmo. A pessoa que apresenta o pânico sente uma perda de contato com fontes profundas da vida emocional e põe em marcha uma ação de auto desestabilização amplificada sobre a forma de esvaziamento do *self*. Portanto, o pânico ocorre nas rupturas *intraself*, já que há uma insuficiente relação com a estrutura interna e, por conseqüência disso, o paciente tem a percepção de tudo se arruinar e desabar.

No pânico a pessoa coloca-se diante de um perigo avassalador, sentido como morte iminente. Sendo imposto como uma catástrofe, a pessoa experimenta correr o risco da morte psíquica por dispersão, sufocamento, paralisção, vácuo e dissolução na inexistência. Nele tudo parece ruir. Nada fica no lugar, porque o fóbico atinge um ponto culminante no abismo da incomunicabilidade consigo (...). O pânico ocorre no contexto do agravamento da personalidade fóbica. (Trinca, 1997 p.85-86)

O autor ressalta que na personalidade fóbica a relação com a realidade interna e externa fica comprometida; há um comprometimento com a realidade psíquica. A pessoa não consegue lidar consigo mesma e se percebe como detestável, com um esvaziamento interno. Quando esse esvaziamento interno alcança o *self* com totalidade, desencadeia o pânico.

Pereira (2008) sugere que entrar em pânico é se perceber numa condição de desamparo. Segundo ele, o indivíduo durante um ataque de pânico se esforça para não se deixar levar para a morte. Assim, o pânico é experimentado várias vezes como um esforço de se ter um domínio sobre ela, considerando-se que, ao se aproximar daquilo que é inominável e imortal, o aparelho psíquico reage com pânico.

Apesar da paisagem de desabamento da linguagem e de aparente abandono rumo à morte, o pânico já constitui por si só um esboço de trabalho de simbolização, uma tentativa para introduzir um ponto de parada nessa tendência vertiginosa a perda de si num estado fusional sem saída. (...) Na verdade, o pânico constitui um nível mínimo de tentativa de apreensão subjetiva da morte-própria, ainda que seja no plano corporal. (Pereira, 2008 p. 168,169.)

De acordo com o autor, o sujeito com pânico comporta desesperadamente a fim de se manter desperto diante da ameaça extrema. O pânico tem o potencial de fornecer uma ancoragem simbólica à vida pulsional. Porém, ao mesmo tempo a desfigura e oculta. O indivíduo em pânico resiste da forma que lhe é possível contra o seu próprio abandono; portanto, o pânico o situa do lado da vida. Seguindo esse raciocínio, o pânico de certa forma, tem o poder de elaboração psíquica, pois apesar da tentativa de escapar do inominável, constitui a marca que não pode ser negada do reconhecimento da própria existência, tendo em vista o risco de perdê-la; de forma simplista, não se perde o que não se tem. Dessa forma, entrar em pânico é entrar em contato com a dimensão imediata da existência psíquica, é a única forma de ancoragem que o indivíduo encontra em sua vida mental. A experiência do pânico fornece ao indivíduo a garantia de que há algo verdadeiro que certifica sua existência.

Segundo Winnicott (apud Pereira, 2008) o pânico compreende a forma de defesa extremada contra “as agonias primitivas”. Partindo desse ponto de vista, o pânico é uma tentativa desesperada de impedir que se instaure o inominável. Assim, supõe-se que o indivíduo que entra em pânico não foi preparado no início pelo processo de desilusão; por

consequente, não tolera a falta de proteção e garantia, e agora se encontra desesperadamente confrontado com a própria incompletude caracterizada pela falta da figura materna.

A falta do *holding* materno desencadeia no bebê uma terrível sensação que é experimentada no plano psíquico e corporal. Esse sofrimento em épocas primitivas não pode ser posto em palavras. Por isso, ele se caracteriza pela sensação de cair sem parar ou de vagar pelo espaço, e a perda de existir no próprio corpo. Desse modo, o eu é obrigado a instalar urgentemente as primitivas defesas a fim de alcançar um mínimo de organização. A esse tipo de experiência na primeira infância Winnicott dá o nome de catástrofe psíquica. Supostamente, o pânico ocupa um lugar intermediário entre a angústia semiotizada e a queda em estados insuportáveis e impensáveis das agonias primitivas.

Trinca (1997) sugere que o pânico é o tênue fio de contato para vida, pois o pavor que é encontrado quando se sente que está caindo no vácuo é a única realidade que subsiste. Geralmente, o indivíduo afirma que nele existe um buraco. Porém, o que parece existir é o “nada”; o ser parece existir apenas no plano objetivo e não no plano da vivência. Resta, então, o pânico como prova de uma existência. Através de ataques sistemáticos os vínculos internos se rompem e, dessa forma, o indivíduo vai se alienando de si, já que as bases do existir vão se retirando. Em contrapartida, aparece o medo de perder todas as ligações internas e de se afundar no buraco negro. Assim começa o processo do pânico. Em outras palavras, na passagem à suposta inexistência resta ao indivíduo o pânico.

#### A Importância da PSICOTERAPIA PSICANALÍTICA no tratamento do pânico

Partindo do conceito da transferência podemos deduzir que as angústias e medos que envolvem o paciente com pânico se manifestam na terapia e se direcionam ao analista: o paciente transfere para o terapeuta suas angústias, seus medos e ansiedades. O segundo,

portanto, funciona como um continente que, conforme Bion (apud Zimmerman, 1995), irá conter as ansiedades (conteúdo) do paciente. Assim como a função de continente da mãe é um recipiente das angústias do bebê, analogamente ocorre entre o terapeuta e seu paciente.

Bion (apud Zimmerman, 1999) afirma que a transação entre o continente e conteúdo é processada através das identificações projetivas, conceito usado por M. Klein (1955).

A identificação projetiva está ligada a processos de desenvolvimento surgidos durante os três ou quatro primeiros meses de vida (a posição esquizo-paranóide), quando a cisão está no auge e predomina a ansiedade persecutória. (...) Outras defesas que surgem nesse estágio são idealização, negação e controle onipotente de objetos internos e externos. Identificação por projeção implica uma combinação de excisão de partes do self e da projeção dessas em (ou melhor, para dentro de) outra pessoa. (Klein, 1991 p. 172)

Segundo Bion (apud Zimmerman, 1995) a função continente da mãe/analista em relação ao conteúdo do bebê/paciente corresponde em acolher, conter, decodificar, elaborar e devolvê-las em doses apropriadas, devidamente nomeadas e significadas. Se essa função continente falhar (ou seja, quando a ansiedade do bebê/paciente não é reconhecida pela mãe/analista) o bebê/paciente adquire um terror sem nome. Através da escuta do analista – atenção flutuante análoga à condição *rêverie* da mãe – o mesmo poderá conter, durante algum tempo, as identificações projetivas do paciente e, posteriormente, devolvê-las desintoxicadas e amenizadas. Sendo assim, se torna indispensável que o analista tenha essa capacidade de conter as dúvidas, angústias e até mesmo o vazio do “não saber”. Através dos efeitos contratransferenciais o analista pode sentir o que se passa no interior do paciente (empatia), pois assim poderá interpretar esse conteúdo, dando significados aos medos e temores até então desconhecidos (inconscientes).

O paciente com transtorno do pânico sente algo muito semelhante ao terror sem nome que o bebê vivencia antes de adquirir os símbolos (palavras), pois tais pacientes sentem ansiedades, medos e angústias que se manifestam por sintomas fisiológicos como tremores,

sudoreses etc. No entanto, não conseguem descobrir o porquê de seu sofrimento, não conseguem nomeá-lo e, por conta disso, sentem uma sensação de aniquilamento e de morte. Segundo Trinca (1997) esses pacientes se sentem desamparados diante do perigo de catástrofes psíquicas. Assim, qualquer situação nova é tomada como ameaçadora e angustiante. O sentimento de ameaça durante essas situações – dissipação do *self* – pode atingir proporções tais que é vivido pelo paciente como um verdadeiro buraco negro.

Entretanto, se tais pacientes encontram na análise um continente que contenha suas ansiedades, o processo de elaboração pode aparecer.

Do ponto de vista clínico, a possibilidade de que, muitas vezes, uma angústia catastrófica (forte sofrimento psíquico em um estado de confusão, depressão, sensação de estar perdido e piorando, etc.) surge no curso da análise, quando importantes mudanças psíquicas estão começando a acontecer no paciente. (Zimerman, 1999 p.128)

Segundo Trinca (1997) durante a análise do paciente com pânico o terapeuta apontará as manifestações de dissipação do *self* para que o paciente perceba que a passagem à inexistência constitui uma perspectiva mental (esses pacientes não conseguem confiar em sua própria capacidade mental) que, negando a existência, promove rupturas com o ser e com a vida. Segundo o autor, na análise do pânico deve-se observar a facilidade com que o paciente, na relação com seu interior, faz usos de tarefas de supressão, desvinculação, invalidação e ruptura, o que acarreta graves efeitos de esvaziamento e aniquilamento do ser. Se tal paciente conseguir, durante a análise, perceber a forma como ele usa para se relacionar consigo, o mesmo terá grandes oportunidades de conhecer o sistema mental utilizado por ele mesmo para solapar suas próprias bases psíquicas.

Quando o paciente se encaminha ao pânico, é possível acompanhar na análise alguns passos do processo: ataques a mente, ambivalência, confusão mental, invalidação, esvaziamento, inexistência, pânico. Nesse encadeamento, conhecendo o sistema como um todo e os mecanismos de cada fase, o analista muitas vezes tem condições de interferir para que o processo não prossiga. (Trinca, 1997 p. 103)

O terapeuta, na função continente, tem a tarefa de proporcionar ao paciente a supressão de possível falta que esse teve, no início de sua vida, na sua relação com a mãe (cuidador). Quando a mãe, por alguma razão, não foi capaz de representar ao bebê o papel de espelho, o mesmo não pode se identificar como um ser independente do outro e, por isso, existe a necessidade de ser reconhecido durante a análise. Portanto, o terapeuta tem o papel de ser esse espelho para o paciente.

Segundo Trinca (1997) quando desde o princípio o olhar e a ressonância materna foram insuficientes para alcançar o profundo do ser, o mesmo permaneceu na angústia de não existir. Assim, a sua interioridade se tornou opaca e cega, e a pessoa se tornou indefesa desde então. Quando não existe comunicação da pessoa com seu interior, há um desespero, um vazio, e a falta de sustentação interna a leva ao pânico.

Daí, a importância do papel do analista.

Cabe ao psicanalista a delicada tarefa de reconhecer e suplementar as eventuais falhas que, desde criança, o paciente teve em uma ânsia por sentir-se acolhido, contido, compreendido e, especialmente, em ser reconhecido nas suas manifestações de ilusão onipotente, de amor e de agressividade, que são inerentes aos processos de diferenciação, separação e individuação. (Zimmerman, 1999 p. 169)

Segundo Etchegoyen (2004) a atitude do analista frente às necessidades do analisando se entende por função diatrófica, i.e., um fenômeno contratransferencial completamente adequado às necessidades do paciente. O paciente sente a necessidade de um suporte do ego e o analista tem a função de ser um ego auxiliar para o mesmo. Seguindo esse raciocínio, podemos deduzir que, quando o paciente sente que existe alguém no ambiente capaz de suportar suas ansiedades, ele também, em algum momento, se sentirá capaz e isso pode acontecer através do processo de projeção-introjeção.

A experiência de uma base externa estável e acolhedora tende a fazer crescer a autoconfiança do paciente para a aproximação ao seu mundo interno. Quem vive sem poder se representar plenamente vivo, por não encontrar ressonância interior, precisa de alguém que o ajude a dar forma aos caos dolorosos, integrando as

experiências de existir. (Trinca, 1997 p. 114)

Na análise, o paciente com pânico tem a oportunidade de encontrar esse suporte capaz de conter suas projeções (ansiedades). Segundo Klein (1991) a projeção que acontece desde o início, nas primeiras relações do bebê – originada da reflexão da pulsão de morte para fora – ajuda o ego a superar a ansiedade. O mesmo acontece com a introjeção de objetos bons, que também ajuda o ego a combater suas ansiedades. Quando o paciente é capaz de introjetar o objeto “bom” (a figura do analista que foi capaz de conter seus anseios), encontra um ponto de sustentação interior, ao qual poderá recorrer quando necessitar. De acordo com Klein (1991) a introjeção do objeto bom/mãe é importante para o processo de desenvolvimento normal do bebê. De modo análogo, podemos deduzir que a introjeção do objeto bom/analista durante a análise é indispensável para o processo de reestruturação da personalidade.

### **Considerações finais**

Podemos concluir nossa argumentação enfatizando a importância que o processo terapêutico psicanalítico representa ao tratamento do pânico, levando em consideração a relação analista-paciente e o significado dessa relação para o processo de cura.

Por fim, entender a importância da psicanálise como uma intervenção terapêutica no tratamento do pânico é prevenir o risco de se ater apenas aos sintomas fisiológicos e cognitivos, e partir em busca das causas.

---

**REFERÊNCIAS**

COMPÊNDIO DE PSIQUIATRIA – *Ciências Comportamentais/Psiquiatria Clínica*. 6ª Edição. Porto Alegre. Artes Médicas Sul Ltda., 1991

DSM IV TR *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4ª Edição. Porto Alegre: ARTEMED, 2002.

ETCHEGYEN, R. Horácio. *Fundamentos da técnica psicanalítica*. 2ª Edição, Porto Alegre, Editora Artmed, 2004.

FREUD, Sigmund. *Sobre os fundamentos para destacar da neurestemia uma síndrome específica denominada “neurose de angústia”*. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund vol. III (1893-1899)*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. *Inibições, sintomas e ansiedade*. In: \_\_\_\_\_. *Obras completas de Sigmund vol. XX (1925-1926)*. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

KLEIN, Melanie. *Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946-1963)*. Rio de Janeiro: IMAGO, 1991.

\_\_\_\_\_. *Sobre a teoria de ansiedade e culpa*. In: \_\_\_\_\_. *Os progressos da psicanálise*. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1986.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. *Pânico e desamparo: um estudo psicanalítico*. São Paulo. Editora Escuta, 2008.

TRINCA, Valter. *Fobia e pânico em psicanálise*. São Paulo: VETOR, 1997.

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

\_\_\_\_\_. *Bion da teoria à prática: uma leitura didática*. Porto Alegre: ARTES MÉDICAS, 1995.

WINNICOTT, Donald W. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. 3ª Edição. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora S.A., 1988.