

Eliane Regina Pereira
(Organizadora)

A Pesquisa em Psicologia em Foco



Eliane Regina Pereira
(Organizadora)

A Pesquisa em Psicologia em Foco

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Executiva: Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Natália Sandrini
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof^a Dr^a Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof^a Dr^a Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof^a Dr^a Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof.^a Dr.^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof.^a Dr.^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof.^a Dr.^a Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof.^a Dr.^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof.^a Dr.^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof.^a Dr.^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof.^a Dr.^a Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof.^a Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof.^a Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
P474	A pesquisa em psicologia em foco [recurso eletrônico] / Organizadora Eliane Regina Pereira. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (A Pesquisa em Psicologia em Foco; v. 1) Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-367-5 DOI 10.22533/at.ed.675190506 1. Psicologia – Pesquisa – Brasil. I. Pereira, Eliane Regina. II.Série. CDD 150.7
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

Um fotógrafo-artista me disse uma vez: veja que pingo de sol no couro de um lagarto é para nós mais importante do que o sol inteiro no corpo do mar. Falou mais: que a importância de uma coisa não se mede com fita métrica nem com balanças nem com barômetros etc. Que a importância de uma coisa há que ser medida pelo encantamento que a coisa produza em nós. Assim um passarinho nas mãos de uma criança é mais importante para ela do que a Cordilheira dos Andes. (...). Se fizerem algum exame mental em mim por tais julgamentos, vão encontrar que eu gosto mais de conversar sobre restos de comida com as moscas do que com homens doutos. (Barros, 2006)¹.

A partir de uma memória inventada, Manoel de Barros nos convida a pensar sobre as importâncias. Segundo o poeta é preciso que nos encantemos pelas coisas. Assim, mais importante que medir, ou ainda, que identificar o instrumento certo da medida é preciso estar encantado pelo processo. Entendemos que pesquisar é se encantar, é se entregar a uma temática e se permitir mergulhar no processo de construção de dados, de modo que os resultados não sejam entendidos como descobertas, mas como construção de um processo que se dá entre o pesquisador e a pesquisa realizada.

Segundo o dicionário online² pesquisar é um verbo transitivo que significa investigar com a finalidade de descobrir conhecimentos novos, ou ainda, recolher elementos para o estudo de algo. Se o objetivo é, portanto, descobrir conhecimentos novos, temos obrigação de após pesquisar, espalhar esses novos conhecimentos. Este é o objetivo deste livro, divulgar, espalhar, difundir conhecimentos pesquisados. O livro é resultado de uma série de pesquisas em psicologia. Não é um livro de método, mas um livro de relato de pesquisa e de experiência.

O livro está organizado em três partes. A primeira parte intitulada “Pesquisas Teóricas” consta de quinze capítulos que apresentam diferentes temáticas e diferentes caminhos de pesquisa. Desde pesquisas bibliográficas de cunho qualitativo e/ou quantitativo em bases de dados a pesquisas de profundidade em autores específicos como Rubinstein, Davýdov e Emília Ferreiro. Dificuldade de aprendizagem, evolução da língua escrita, formação de professores, imagem corporal, violência contra a mulher, jogo compulsivo, transtorno do pânico e transtorno do stress pós-traumático são algumas das temáticas aqui apresentadas.

A segunda parte intitulada “Pesquisas Empíricas” é composta de dez capítulos. Nesta parte, os autores apresentam diferentes instrumentos de pesquisa: Questionário semiestruturado com perguntas fechadas, aplicação de diferentes inventários ou escalas, entrevistas semiestruturadas, são algumas das metodologias de pesquisas expostas aqui.

A terceira parte intitulada “Relatos de experiência” inclui seis pequenos relatos que permitem ao leitor acompanhar o trabalho dos autores.

É preciso ser possuído por uma paixão para que se possa comunica-la.

1 Barros, M. (2006). Memórias inventadas: a segunda infância. São Paulo. Editora Planeta.

2 <https://www.dicio.com.br/pesquisar/>

Esperamos que você se encante pela leitura, assim como, cada pesquisador/autor aqui apresentado, evidencia ter se apaixonado, se encantado pelo ato de pesquisar.

Eliane Regina Pereira

SUMÁRIO

PESQUISAS TEÓRICAS

CAPÍTULO 1	1
AS DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM INFANTIL	
Matildes Martins Feitosa	
Janicleide Rodrigues de Souza	
Francisco Mayccon Passos Costa	
DOI 10.22533/at.ed.6751905061	
CAPÍTULO 2	13
AS CONTRIBUIÇÕES DE SERGUEI LEONIDOVICH RUBINSTEIN PARA A EDUCAÇÃO: UMA EXPRESSÃO DE SUA TEORIA DA ATIVIDADE	
Alexandre Pito Giannoni	
Luana de Lima Menezes	
DOI 10.22533/at.ed.6751905062	
CAPÍTULO 3	25
A EVOLUÇÃO DA LÍNGUA ESCRITA SEGUNDO A EPISTEMOLOGIA GENÉTICA: DO PERÍODO PRÉ-SILÁBICO AO SISTEMA ALFABÉTICO PELO SUJEITO QUE APRENDE	
Bruna Assem Sasso dos Santos	
Adrián Oscar Dongo Montoya	
DOI 10.22533/at.ed.6751905063	
CAPÍTULO 4	40
CUBA: A FORMAÇÃO DOS PROFESSORES DO CURSO DE PEDAGOGIA	
Drielly Adrean Batista	
Alonso Bezerra de Carvalho	
DOI 10.22533/at.ed.6751905064	
CAPÍTULO 5	51
GESTALT-TERAPIA E TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL (TCC) UM DIÁLOGO SOBRE DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM	
Maira Ribeiro da Silva	
Andréia Borges da Silva	
Nádie Christina Ferreira Machado Spence	
DOI 10.22533/at.ed.6751905065	
CAPÍTULO 6	61
PRINCÍPIOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DA ORGANIZAÇÃO DO ENSINO PARA APROPRIAÇÃO DO CONCEITO DE CÍRCULO	
Patrick Leandro Felipe	
Ademir Damazio	
DOI 10.22533/at.ed.6751905066	
CAPÍTULO 7	76
TANATOLOGIA: A EDUCAÇÃO SOBRE A MORTE NO CONTEXTO ESCOLAR	
Jessyca Gracy Pereira Veloso	
Bianca Viana Coutinho	
Nathália Gomes Duarte	
Camila Maria Rabêlo	

CAPÍTULO 8 87

PERSPECTIVAS DE ENSINO E APRENDIZAGEM: LÓGICA DA PROGRAMAÇÃO, PIAGET E TECNOLOGIAS DIGITAIS

Luciana Michele Ventura
Luciane Guimarães Batistella Bianchini
Lisandra Costa Pereira Kirnew
Luciana Ribeiro Salomão
Bernadete Lema Mazzafera

DOI 10.22533/at.ed.6751905068

CAPÍTULO 9 99

ASPECTOS PSICOSSOMÁTICOS DA IMAGEM CORPORAL DE PACIENTES TRANSPLANTADOS RENAIIS – UMA REVISÃO DE LITERATURA

Jéssica Regina Chaves
Périsson Dantas do Nascimento

DOI 10.22533/at.ed.6751905069

CAPÍTULO 10 108

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: UMA REVISÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA A PARTIR DE 2014

Mariana Gonçalves Farias
Mariana Costa Biermann
Glysa de Oliveira Meneses
Lia Wagner Plutarco
Estefânea Élide da Silva Gusmão

DOI 10.22533/at.ed.67519050610

CAPÍTULO 11 123

OLHAR PSICANALÍTICO PARA O TRANSTORNO DE PÂNICO: EXPRESSÃO DE ANGÚSTIA E EVIDÊNCIA DO DESAMPARO

Amanda da Rocha Camargo

DOI 10.22533/at.ed.67519050611

CAPÍTULO 12 137

TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: ASPECTOS GENÉTICOS E O TRATAMENTO COM BASE NA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Jonanthan Costa Araujo
Laíne Kamila Machado Gomes
Simão Neto
Victória Regina Silva Rodrigues
Danilo Camuri Teixeira Lopes
Nelson Jorge Carvalho Batista

DOI 10.22533/at.ed.67519050612

CAPÍTULO 13 145

DIFICULDADES ENFRENTADAS POR PACIENTES COM TRANSTORNO DO PÂNICO E TRANSTORNO DO STRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT)

Juniane Oliveira Dantas Macedo
Liliana Louisa de Carvalho Soares
Lyzanka Fontinele Vasconcelos
Roberta Soares Machado

Nelson Jorge Carvalho Batista
DOI 10.22533/at.ed.67519050613

CAPÍTULO 14 158

JOGANDO, PERDENDO E SOFREDO: UM OLHAR SOBRE O JOGO COMPULSIVO A PARTIR DE
MARGE SIMPSON

Heloá Silva Ferreira
Felipe Maciel dos Santos Souza

DOI 10.22533/at.ed.67519050614

CAPÍTULO 15 169

TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO SOB UMA VISÃO PSICOLÓGICA DO FILME O
QUARTO DE JACK

Nathália Gomes Duarte
Jessyca Gracy Pereira Veloso
Lilian Alves Ribeiro
Bianca Viana Coutinho
Nelson Jorge Carvalho Batista

DOI 10.22533/at.ed.67519050615

SOBRE A ORGANIZADORA..... 179

OLHAR PSICANALÍTICO PARA O TRANSTORNO DE PÂNICO: EXPRESSÃO DE ANGÚSTIA E EVIDÊNCIA DO DESAMPARO

Amanda da Rocha Camargo

Departamento de Psicologia, Universidade
Estadual de Maringá
Maringá-PR

RESUMO: A presente pesquisa tem como objetivo compreender a etiologia do Transtorno de Pânico para a psicanálise e suas contribuições clínicas para o tratamento. A metodologia utilizada baseia-se em levantamento bibliográfico e análise textual e conceitual, com embasamento teórico em psicanálise. Constatou-se que no ataque de angústia, da neurose de angústia, encontram-se as raízes freudianas da descrição do transtorno de pânico. Em ambos os casos, se confere um estatuto psicopatológico central aos ataques repentinos da mais intensa angústia. O ponto de partida para o sofrimento do sujeito acometido por crises de pânico é o encontro súbito com a dimensão de falta de garantias ante o possível. Além disso, o pânico representa um esforço de pré-simbolização, visto que instaura uma espécie de experiência antecipada do morrer. Na contemporaneidade ocorre a fragmentação da subjetividade e o eu assume posição privilegiada. Dessa forma, é possível pensar o pânico como uma resposta psíquica frente à desilusão provocada pela perda de um ideal protetor. Nesta perspectiva,

o pânico é o resultado de uma expressão máxima de angústia e uma evidência clínica do desamparo. Em relação ao tratamento na clínica psicanalítica, é necessário um longo período de “manejo analítico” que ajude a despertar no indivíduo a ideia de que ele tem algo a ver com o seu sofrimento e que o ajude a encontrar possibilidades de simbolização. Esta pesquisa contribuiu para ampliar o debate do Transtorno de pânico para além das concepções biologizantes e empíricas da psiquiatria contemporânea e definir um campo próprio à psicanálise.

PALAVRAS-CHAVE: Psicanálise. Neurose de angústia. Transtorno de pânico. Desamparo.

1 | INTRODUÇÃO

As transformações psicossociais, que ocorreram na contemporaneidade, trouxeram como resultado, um aumento de diagnóstico de transtorno do pânico e vem chamando a atenção de vários setores estudiosos do assunto. Dessa forma, nossa pesquisa de iniciação científica, surgiu com o intuito de compreender sobre essa temática tão discutida nos dias de hoje, que é o Transtorno de pânico. Assim definiu-se o objetivo geral da pesquisa que é: compreender a etiologia do Transtorno de Pânico para a psicanálise e suas contribuições clínicas para

o tratamento. Quanto à metodologia utilizada, a pesquisa baseia-se em levantamento bibliográfico e análise textual e conceitual, com embasamento teórico em psicanálise.

Conforme Pereira (1999), na psicanálise, constatamos que a referência ao pânico surge frequentemente na elaboração de certos problemas teórico-clínicos específicos, tais como o do estatuto do corpo e do “primitivo” nos fenômenos de angústia, o da incidência do estado de dependência originária do bebê na vida psíquica ulterior, o da irrepresentabilidade da própria morte no inconsciente e o das temporalidades particulares em jogo nas diferentes formas de estados ansiosos. Portanto tratar psicanaliticamente do pânico corresponde a interrogar os próprios fundamentos da teoria psicanalítica da angústia.

Neste artigo abordamos sobre a criação do “transtorno de pânico”, fizemos um estudo sobre a noção de “desamparo” no pensamento freudiano, e nos debruçamos sobre a relação entre o desamparo e a clínica psicanalítica dos ataques de pânico. Assim, concluímos que o estudo da noção de desamparo, apresentado na obra de Freud, é fundamental para compreender o problema psicopatológico do pânico e situá-lo num registro propriamente metapsicológico.

Procuramos compreender e explicitar os elementos que podem contribuir para a alta ocorrência dos ataques de pânico na contemporaneidade, pois, para além da classificação médica do DSM V, é necessário um olhar mais amplo sobre o pânico, entendendo esse transtorno ao considerar a sociedade e a história do indivíduo acometido por tais sintomas, sem tratá-lo isoladamente. É preciso levar em consideração o momento da sociedade atual, as mudanças que se iniciaram com o advento da sociedade moderna, a qual, segundo Santos (2009), imerge em um individualismo crescente que possibilita o desamparo.

Por fim, demonstramos o papel e as contribuições da clínica psicanalítica para o tratamento dos quadros de transtorno de pânico. A psiquiatria refere-se ao Transtorno de pânico como um conjunto de sinais e sintomas. A psicanálise, no entanto, busca compreender as causas dos fenômenos. Diferentemente da psiquiatria organicista, a terapêutica psicanalítica traz à tona a subjetividade desse sujeito acometido pelos ataques de pânico e permite que o indivíduo elabore um saber sobre si próprio a partir do que é falado por ele mesmo e dessa forma, construa um novo modo de relação com aquilo que o afeta e se apresenta pela via da angústia.

2 | A NOÇÃO DE ANGÚSTIA E DESAMPARO E A QUESTÃO PSICOPATOLÓGICA DO PÂNICO

Conhecer sobre o conceito de angústia é fundamental para compreender as psicopatologias atuais, por isso é necessário abordar os principais destinos que a problemática da angústia conheceu nas variadas etapas da elaboração teórica do pensamento psicanalítico de Freud. Nos escritos iniciais, ou seja, entre 1892 e 1899,

Freud aborda simultaneamente dois destinos diferentes da angústia, a qual, no contexto das neuroses atuais, particularmente, da neurose de angústia inscreve-se no corpo, e no contexto das psiconeuroses de defesa, sem deixar de ser inscrita no corpo, inscreve-se também no registro do psiquismo. (ROCHA, 2000)

Segundo Rocha (2000), de início, Freud já tinha se deparado com a angústia das histéricas, antes de se descobrir a neurose de angústia. Mas, a angústia tem um impacto particular na clínica, quando é inscrita no corpo, sem possibilidade de ser introduzida na ordem da representação devido à falta de elaboração psíquica. Assim, as neuroses atuais, tendo como causa etiológica uma disfunção atual da sexualidade e uma sintomatologia somática, não podiam ser objeto da pesquisa psicanalítica. Por isso, a primeira teoria freudiana da angústia é dividida em dois tempos: no primeiro, a angústia inscreve-se no corpo, e, no segundo, continua ser inscrita no corpo, mas dessa vez, inscreve-se também no psiquismo.

Em outra etapa, de acordo com Rocha (2000), Freud estuda a angústia no contexto mais amplo das primeiras sistematizações teóricas de sua teoria, de modo especial, da primeira tópica e da primeira teoria das pulsões, e no contexto do estudo metapsicológico do recalque, ele realiza uma abordagem da angústia inscrita no psiquismo, relacionando-a com as moções pulsionais recalçadas. Assim, como transformação da libido recalçada, a angústia representa, nesse momento, a expressão de distúrbios psíquicos relacionados com as psiconeuroses de defesa: histeria de angústia, histeria de conversão e as neuroses obsessivas.

No entanto, conforme Rocha (2000), a etapa mais rica da reflexão freudiana sobre a angústia é desenvolvida nos últimos inscritos, ou seja, quando Freud elaborou uma nova tópica, com uma doutrina mais elaborada do ego e das instâncias ideais do ego, e uma doutrina sobre a pulsão de morte. Nesta última fase, Freud modificou sua teoria, deixando de ver a angústia, somente, como uma transformação da libido recalçada, e passou também, a considerá-la um elemento estruturante do existir humano, pois, lhe atribuiu uma função defensiva diante dos perigos ameaçadores da existência.

Freud enfatiza que a angústia se caracteriza por uma experiência individual e concreta, ou seja, ela representa o mais profundo e mais íntimo de nossa singularidade e nos acompanha por toda a vida. Em sua dimensão existencial, a angústia manifesta-se como um sinal de desespero ou apelo, que é dirigido na direção do outro. Sendo um elemento constituinte e estruturante da existência humana, a angústia se manifesta nos registros que estruturam o sujeito humano, ou seja, nos registros do corpo, da alma e do espírito. Para Freud as situações que se encontram nas origens da angústia são: a situação traumática, cujo modelo, por excelência, é a situação de desamparo, fonte protótipa de toda angústia que acompanha o sujeito pelo resto da vida, e, a situação de perigo, que pode ser externo ou interno, e que o ego busca controlar. (ROCHA, 2000)

O termo “ataque de pânico” passa a ter importância para a constituição das concepções contemporâneas sobre a angústia com a introdução da categoria

psiquiátrica de “transtorno de pânico”, em 1980. Os sintomas da neurose de angústia, descritos por Freud em 1895, se assemelham com os sintomas de uma doença, diagnosticada pela psiquiatria americana como “transtorno de pânico”. Em ambos os casos, se conferi um estatuto psicopatológico central aos ataques repentinos e inexplicáveis da mais intensa angústia. Esta sintomatologia comum pode ser resumida em: crises súbitas de ansiedade aparentemente inexplicáveis, como sensação de morte imediata, medo de ficar louco, de perder o controle de si, acompanhados de sintomas físicos intensos e assustadores, como taquicardia, falta de ar, sufocação, opressão torácica, tremores, vertigens. A fase mais aguda do ataque, dura alguns minutos e como consequência o indivíduo sente-se inquieto e muito assustado com o inexplicável terror que acaba de vivenciar. Dessa forma, ele teme que a qualquer momento ocorra uma nova crise, e dessa vez definitiva e fatal. (PEREIRA, 1997a, 1999)

De acordo com Rocha (2000), na neurose de angústia, o que caracteriza os ataques de angústia é a tensão sexual muito intensa que eles possuem sem contar com uma elaboração psíquica adequada. Dessa forma, surge a urgência de ligá-los a uma rede representacional qualquer para que se tornem menos inquietantes.

Mário Eduardo Costa Pereira (1997b) enfatiza o caráter precário e arbitrário dessas representações, tanto nos ataques de angústia como nos ataques de pânico:

Elas parecem ter sido acrescentadas in extremis à lembrança da experiência, como uma tentativa desesperada do sujeito para conseguir uma certa apreensão sobre os acessos, para atribuir-lhes um sentido, ou seja, para restituir ao indivíduo algum modo de controle da situação. (p. 74)

Algo semelhante aconteceria com as pessoas que sofrem o ataque de pânico. Elas também se agarram às sensações corporais vividas durante o ataque como uma tentativa de representar a angústia. (PEREIRA, 1997b)

Sobre o elemento que desencadeia a crise, tanto no ataque de angústia, quanto no ataque de pânico, Mario Eduardo Costa Pereira (1997b, p.77) diz: “é relacionado a acontecimentos de separação brutal de seres muito próximos ou de perturbações em situações que até então representavam segurança e proteção para o sujeito”.

Segundo Rocha (2000), há uma profunda relação entre a ausência de elaboração psíquica da tensão sexual intensa e ameaçadora do ataque de angústia que foge inteiramente ao controle do sujeito e a situação que Freud definiu depois como uma situação de desamparo:

Etimologicamente, a palavra desamparo indica o estado de incompleta incapacidade em que se encontra o sujeito de poder ajudar-se a si mesmo com seus próprios recursos. A situação prototípica do desamparo é a do recém-nascido, mas ela se repete em toda situação de perigo, na qual o sujeito se debate com a possibilidade de falência de sua organização psíquica. É neste contexto que Freud situa o pânico, essa forma extrema de angústia que ele chamou de terror ou pânico. No pânico, o sujeito é invadido por um excesso de angústia que o submerge e paralisa, deixando-o, portanto, desamparado. (p. 67)

De acordo com Pereira (1997b) o transtorno do pânico pode demonstrar uma

tentativa desesperada para representar de algum modo a inominável angústia do desamparo na sua forma extrema que é a angústia da morte e do nada. Quando dominado pelo pânico, ou seja: no sintoma de estar morrendo e de estar se distanciando de si, o sujeito estaria desesperadamente, tentando ligar, de alguma forma, esta angústia traumatizante do desamparo, que ameaça desmoronar sua organização psíquica.

É necessário também, estabelecer uma precisão quanto à relação do pânico ao perigo. Freud mostra que todo perigo é, primordialmente, de natureza pulsional. Em última instância, todo perigo é perigo de esmagamento do eu pela invasão desenfreada de uma quantia incontrolável de pulsão. No entanto, diferentemente da angústia, na qual a emergência do afeto é proporcional à proximidade perigosa do objeto da pulsão, o pânico pode instalar-se como consequência da decadência de algo que garantia imaginariamente a estabilidade do mundo. Assim sendo, ele se origina da confrontação do indivíduo com a possibilidade do perigo, sem contar com nenhum outro tipo de proteção transcendente. Segundo Pereira (1999), a descoberta súbita de que não há garantias absolutas e de que perigos podem realizar-se como situações concretas de desamparo leva o sujeito ao pânico.

O pânico não deve ser concebido como um evento afetivo de pura descarga de energia libidinal. Ele representa, antes de tudo, um esforço de pré-simbolização, ao passo que instaura uma espécie de experiência antecipada do morrer, vivenciada no próprio corpo, como tentativa de eliminar o caráter inapreensível do morrer. De acordo com Pereira (1999), este último constitui para o psíquico uma forma de representação fantasmática do desamparo.

Segundo Pereira (1999), a experiência clínica dos que tratam dos indivíduos acometidos por ataques de pânico confirma a hipótese de que durante as crises o apelo não poderia incidir sobre algum ser humano em particular. Desesperadamente, o sujeito parece se dirigir diretamente a uma instância divina, onipotente e transcendental, que ele supõe ser a única capaz de libertá-lo de sua aterrorizante vivência de estar morrendo.

Em relação ao momento de desencadeamento das crises de pânico, frequentemente o indivíduo relata que levava sua vida de forma satisfatória até então, dificilmente alguém prognosticaria o desenvolvimento de sintomas tão brutais. No entanto, a pesquisa psiquiátrica e a experiência analítica evidenciam alguns eventos marcantes que costumam preceder o início dos sintomas, como a experiência súbita de perda de pessoas ou de laços afetivos importantes, como parentes ou amigos, também podem ser desencadeantes a descoberta ou suspeita de uma doença grave em si mesmo ou de alguém próximo. (PEREIRA, 1999)

Na perspectiva psicanalítica, os eventos que tendem a desencadear as crises de pânico são aqueles que produzem uma significação do tipo: “Realmente não há garantia para nada. Ninguém pode me proteger contra o possível” (PEREIRA, 1999, p. 267). No entanto, dessa revelação não resulta nenhum proveito subjetivo, o sujeito

nada compreende e mergulha no desespero, suplicando para que o protejam, que o aliviem. Ou seja, restam apenas o desespero e esforço desatinado para fazer alguma coisa, e a confluência dessas duas tendências materializa-se no pânico.

Segundo Pereira (1999), os ataques tem uma dupla dimensão. Uma refere-se à vivência renovada da situação traumática de abandono e de exposição aos terrores do mundo, comportando a tentativa de se obter um certo domínio sobre o traumatismo por meio de sua repetição. Isso faz com que o ataque pareça “espontâneo”, tratando-se de um esboço de trabalho de simbolização. O sujeito vivencia em seu corpo o “morrer”, ou a experiência de “ter sido abandonado”, como um esforço extremo de controle de uma experiência insuportável. Por isso durante o ataque ele afirma que “não para de morrer”, embora não esteja morrendo.

A segunda dimensão é a da “assimilação do sintoma no eu”. Conforme Pereira (1999), na perspectiva clínica, este aspecto mostra-se na tendência do sujeito em desenvolver um comportamento dependente e agorafóbico devido aos ataques de pânico. O recolhimento do sujeito demonstra o fantasma de viver numa moradia protegida e isolada dos perigos do mundo. Portanto, o desamparo que deveria permanecer circunscrito ao plano da linguagem, é vivido concretamente no próprio corpo e como terror ante a dimensão do possível.

A experiência de abandono e de desamparo durante a crise de pânico, não se dá simplesmente pelo encontro vazio com a dimensão de falta de garantias, mas com a falta de garantias diante das próprias pulsões sexuais e destrutivas. (PEREIRA, 1999)

3 | CAUSAS DO PÂNICO NA CONTEMPORÂNEIDADE

De acordo com Santos (2009), para além da classificação médica do DSM V, é necessário um olhar mais amplo sobre o pânico, entendendo esse transtorno ao considerar a sociedade e a história do indivíduo acometido por tais sintomas, sem tratá-lo isoladamente. É preciso levar em consideração o momento da sociedade atual, a qual imerge em um individualismo crescente que possibilita o desamparo.

Segundo Mácedo (2012), a modernidade é o resultado do projeto iluminista, formado por um conjunto de valores e ideais baseados no racionalismo, no individualismo e no universalismo, e visava a auto emancipação de uma humanidade razoável. Na modernidade ocorreu uma série de transformações sociais, materiais, políticas e intelectuais a partir da emergência e difusão do iluminismo, relacionados ainda com a revolução industrial e as transformações geradas pelo capitalismo.

De acordo com Ribeiro (2009), na era do capitalismo o sujeito é desconsiderado pelas exigências da sociedade consumista e de objetos descartáveis, assim sendo, tudo pode lhe causar angústia, como a magnitude do perigo em comparação com suas próprias forças, e até mesmo o indício de rompimento dos laços emocionais.

No contexto da Modernidade, houve uma valorização do homem detentor de

uma individualidade que se constitui como uma subjetividade privatizada. “A perda de referências coletivas como a religião, a ‘raça’, o ‘povo’, a família, ou uma lei confiável obriga o homem a construir referências internas. Surge o espaço para a experiência da subjetividade privatizada: quem sou eu, como sinto [...]?” (FIGUEIREDO E SANTI, 2006, p 20).

Conforme Birman (2001), a fragmentação da subjetividade ocupa posição fundamental no ocidente, servindo de matéria prima para a constituição de novas subjetividades, que tem o narcisismo como expressão dominante. Nessas modalidades de subjetivação o eu assume posição privilegiada. A “cultura do narcisismo” e a “sociedade do espetáculo” enfatizam a exterioridade e o autocentrismo. O que interessa para o sujeito é a própria imagem, assumindo um lugar exibicionista em que não há mais espaço para as trocas intersubjetivas.

As subjetividades contemporâneas caracterizam-se pelo apagamento da alteridade, em que a tendência é uma redução do homem à dimensão da imagem. Dessa forma, conforme Menezes (2005), as relações sociais são regidas pelo imaginário, constituindo-se uma subjetividade em que há o deslocamento da ordem paterna como referencial central. Com efeito, ocorre uma fragilização dos vínculos sociais, dos laços mútuos e da constituição e permanência dos grupos. No sujeito contemporâneo o padecimento é efeito das subjetividades que tiveram de tecer laços sociais horizontais, confrontando-se, na relação com o outro, com o desamparo e o mal-estar.

De acordo com Menezes (2005), o mal-estar contemporâneo é efeito da desregulamentação e do excesso de liberdade individual, é resultante do excesso pulsional e da fragilidade de simbolização. Dessa forma, tem uma marca essencialmente traumática, o que aponta a vulnerabilidade psíquica do homem contemporâneo. As condições atuais do mal-estar na civilização referem-se ao vazio existencial provocado pela destruição da narrativa. O desamparo do sujeito tornou-se agudo, e o pânico irrompe quando o sujeito se depara com o abismo terrorífico da experiência do vazio.

Birman (2004) formula que o mal-estar contemporâneo se inscreve em três registros psíquicos: do corpo, da ação e do sentimento. Para o autor, é o excesso que está no fundamento do mal-estar contemporâneo. Dessa forma, o psiquismo procura dele se livrar através da ação, para não correr o risco de ficar paralisado pela angústia. Se essa não for descarregada pela ação, o psiquismo tende a se livrar dela pelas vias corpóreas. Com efeito, o pânico é resultante no corpo da incidência do excesso, quando esse não é descarregado pela ação.

De acordo com Birman (2004), o corpo é o registro mais eminente no qual se enuncia o mal-estar. Há sempre alguém se queixando de que o corpo não funciona a contento, e espera-se sempre que algo deve ser feito para que a performance corpórea possa melhorar. Dessa forma, estamos diante de um estresse permanente, produzindo sintomas psicossomáticos. O transtorno de pânico indica que a pregnância assumida hoje pelo registro do corpo revela a falha no mecanismo de angústia-sinal

no psiquismo e a fragilidade simbólica na antecipação do perigo.

Considera-se também que o mal-estar incide no registro da ação. As individualidades contemporâneas ultrapassam um certo limiar, vigente anteriormente, no registro da ação. A hiperatividade se impõe. Frequentemente, o sujeito age sem pensar naquilo que se visa com a ação, de modo que nem sempre sabem dizer o que os leva a agir. As individualidades seriam possuídas pelo excesso, que as impele para a ação, pois esta é a única forma de eliminá-lo. (BIRMAN, 2004)

Conforme Birman (2004), o que estaria em pauta na hierarquia entre os registros do corpo e da ação é a economia do narcisismo. Com efeito, para a preservação desse o eu prefere explodir, para fora, do que implodir, para dentro, mantendo a autoconservação e a homeostasia do prazer. Mas, perante a impossibilidade da explosão a implosão se impõe e coloca em risco a ordem da vida. No pânico nos defrontamos com a ausência das formas psíquicas de simbolização, dessa forma, o excesso implode no organismo.

Em relação ao terceiro registro do mal-estar contemporâneo, o do sentimento, pode-se compreender neste registro a incidência imediata do excesso, que se apresenta como afetação e que se expressa como sentimento. De acordo com Birman (2004), é possível reconhecer como o excesso se transborda no psiquismo como humor e páthos, antes de se deslocar para os registros do corpo e da ação. Ou seja, o excesso é, antes de mais nada, sentimento. Seria o excesso o regulador dos sentimentos. O pânico se inscreve neste contexto, na medida em que a subjetividade fica impotente frente aos acontecimentos irruptivos. Esta é possuída pelo sentimento de horror, o que se impõe é a iminência da morte. O eu incapacitado de agir entre em estado de suspensão, já que como instancia psíquica não consegue mais regular as relações entre o corpo e o mundo. Neste contexto de colapso do psiquismo, se inscreve o estresse, a autoestima se dissolve e o sentimento de segurança psíquica, isto é, de que o eu pode dar conta das relações entre o corpo e o mundo, se esvazia. O terror de se perder se apodera do eu,

Na atualidade, o pânico seria expressão de um modo que o indivíduo encontrou de se organizar na sociedade contemporânea, respondendo aos subsídios que a atual organização social oferece para que ele se sustente para além da cena familiar. O pânico expressa o descompasso entre as exigências do tipo psicológico ideal atual, da exaltação desmesurada do eu e da estetização da existência, e a incapacidade de se cumprir essas exigências. (MENEZES, 2005)

Conforme Mendes e Próchno (2004), essa hipervalorização do corpo, que cresce na contemporaneidade, transforma os homens em servos de sua própria aparência. Na civilização ocidental há um culto exagerado ao corpo, através da mais avançada tecnologia, da medicina genética, da moda, das academias de ginásticas, de produtos de beleza, etc. Tem-se um ideal de beleza do corpo, que deve ser alcançado a qualquer preço. No entanto, algumas pessoas não alcançam o ideal de perfeição, de beleza e obtenção de prazer, que é tão cobrado socialmente. Assim, elas tornam-se

depositárias de angústias e adoecem.

O desamparo é de fundamental importância para o homem moderno. De acordo com Mâcedo (2012), o homem moderno teria a marca do desamparo devido a três traços principais da modernidade: a passagem do holismo para o antropocentrismo, o auto-centramento do sujeito no eu e na consciência e a substituição do discurso teológico pelo discurso da ciência. O mal-estar refere-se ao desamparo no campo social, e para viver, as pessoas necessitam criar possibilidades afetivas para o enfrentamento da condição de desamparo.

Freud (1930 apud MÂCEDO, 2012) afirma que o sofrimento que nos ameaça é devido à: fragilidade de nosso corpo; o poder superior da natureza e as pressões do mundo externo e a inadequação das regras que buscam ajustar os relacionamentos mútuos dos indivíduos. Diante do sofrimento advindo primordialmente destas três fontes, o sujeito utiliza algumas estratégias para lidar com ele, ressaltando-se: o isolamento voluntário; submissão às normas; uso de substâncias tóxicas; tentativa de controlar a nossa vida instintiva (defesas, sintomas); sublimação via trabalho; delírio ou cultivo da ilusão no fanatismo religioso e por fim, amar e ser amado. Mas Freud afirma que infelizmente a civilização não foi capaz de atender aos anseios do ser humano e o programa de tornar-se feliz, imposto pelo princípio do prazer, não pode ser realizado.

Conforme Mâcedo (2012), enquanto Freud deparava-se com uma cultura que limitava o sujeito, impedindo a satisfação das pulsões sexuais e agressivas, hoje a sociedade cultua liberdade individual como valor absoluto e hegemônico, estimulando a frenética busca de prazer, o que resulta em uma experiência de insuficiência e fracasso.

O pânico na contemporaneidade é expressão máxima do ponto que pode chegar o sentimento de desproteção que toma conta das pessoas, e também é expressão radical da submissão masoquista a que o sujeito pode chegar como modo de proteção contra as incertezas da vida. O cenário contemporâneo é muitas vezes de choque e pavor, com cenas de brutalidade, destruição e violência que causam indignação, desilusão e impotência em todos que se posicionam contra a injustiça, degradação e depredação do ser humano. Dessa forma, o pânico coloca a questão: como tornar tolerável a experiência do desamparo em um mundo desamparado? (MENEZES, 2005)

4 | CONTRIBUIÇÕES DA CLÍNICA PSICANALÍTICA PARA O TRATAMENTO DO TRANSTORNO DE PÂNICO

A experiência da clínica psicanalítica revela que é nitidamente localizável no indivíduo acometido por ataques de pânico o pedido de intervenção de alguém para tranquilizar e, de certo modo, limitar o crescimento pulsional. De acordo com

Pereira (1999), o sujeito tende a estruturar a situação transferencial de modo bastante específico, segundo esta característica. Explicitamente, ele pede um alívio ao analista e a proteção mais concreta possível.

Segundo Besset (2000), o fato de a medicina responder a essa demanda com a proposta de uma cura, obedecendo à lógica de sua vocação, não implica que os psicanalistas devam seguir os mesmos passos, apesar do desafio que essas patologias representam para o clínico.

No entanto, sabe-se que apesar de haver no pânico um olhar do Outro, numa espécie de pantomina do desamparo, o próprio indivíduo parece dele elidido, como ocorre na inibição. Entretanto, é possível tomar o pânico como um sintoma, para além de sua dimensão médica de signo, signo de algo que vai mal. Desta forma, perante alguém tomado pelo pânico, é possível oferecer um sentido para acalmar a angústia e o excesso. “Essa é a aposta da psicanálise: diante do que escapa à palavra, reafirmar sua proposta de trabalho pela via da fala, no campo da linguagem”. (BESSET, 2000, p. 23)

Conforme Soler (1995), a passagem de uma angústia paralisante a uma angústia-sinal demonstra a implicação do sujeito no fenômeno que o faz sofrer. Dessa forma, pode ser possível transformar sua demanda inicial de alívio em uma demanda de interpretação, instalando a estrutura do suposto saber, condição da experiência analítica.

Segundo Besset (2000), quanto à função e ao lugar da angústia no tratamento, trata-se de aplacá-la sem conduzi-la a seu total apaziguamento, pois entende-se que um percurso analítico não pode se fazer com a economia desta dimensão propriamente subjetiva. Ou seja, o propósito deve ser manter a dimensão terapêutica do tratamento psicanalítico, respeitando a especificidade de sua proposta.

Para isso, é necessário ter cuidado para não ocupar uma posição fóbica, de evitação da angústia, na clínica. Nesse contexto, o tratamento do pânico é um exemplo da complexidade de um trabalho na transferência, pois o analista pode passar a ocupar o lugar daquilo diante do qual se recua. Essa posição fóbica pode levar, por precipitação ou excesso de precaução, a recorrer de forma inadequada ao recurso da medicação. “Esse tipo de procedimento revela-se coerente, no entanto, com essa espécie de “projeto de erradicação do sujeito” com o qual se parece a tentativa atual de apagamento da dimensão subjetiva que parece caracterizar a clínica sob substância.” (BESSET, 2000, p. 24)

O conceito de transferência é de grande importância na clínica psicanalítica. Segundo Roudinesco e Plon (1998), transferência é um termo introduzido por Freud e Sandor Ferenczi (entre 1900 e 1909), que designa um processo que constitui o tratamento psicanalítico, no qual os desejos inconscientes do analisando concernentes a objetos externos passam a se repetir, no âmbito da relação analítica, na pessoa do analista, que passa a ser colocado na posição desses diversos objetos. Conforme Laplanche e Pontalis (2004), a transferência é reconhecida como o terreno em que

acontece a problemática de um tratamento psicanalítico, pois são a sua instalação, as suas modalidades, a sua interpretação e sua resolução que caracterizam este.

O Transtorno de pânico exige um quadro analítico muito flexível e sempre em mutação. Observa-se que no início não há uma verdadeira demanda de análise, ou seja, comumente o sujeito recorre ao analista de forma cega e desesperada, como mais um dos diversos recursos que lhe foi sugerido para curar-se da doença. No entanto, ele não percebe qualquer implicação de sua subjetividade no surgimento dos sintomas, ele apenas busca alívio, apoio e cura. Por isso é necessário um longo período de “manejo analítico” para ajudar a despertar no indivíduo uma intuição de que ele tem algo a ver com o que está padecendo e que isso pode ter algum sentido que poderá ser elucidado por meio de sua fala dirigida ao analista. (PEREIRA, 1999)

Segundo Pereira (1999), no início da análise, o indivíduo acometido por ataques de pânico, recorre ao analista, supondo que este é capaz de solucionar efetivamente seu desamparo. Por isso uma intervenção precipitada do analista no sentido de significar precocemente que ele não pode ocupar o papel de onipotência e reassseguramento demandado pelo cliente, pode simplesmente ocasionar à ruptura desesperançada da transferência. Essa demanda só deve ser problematizada depois de um certo percurso no processo analítico, quando um mínimo de transferência positiva permita uma fala menos desesperada.

Portanto, o analista deve adotar uma postura discretamente ambígua, que não reforce no indivíduo suas expectativas de reasseguramento divino, e que também não desiludam brutalmente suas esperanças. “De certa maneira, a análise consistirá na permissão de que se instale uma transferência inicial em torno de um fiador mágico e, subsequentemente, um longo e por vezes sofrido processo de desilusão.” (PEREIRA, 1999, p. 276)

O analista, antes de mais nada, deve abster-se de seu “desejo de curar”. Segundo Besset (2000), esta é uma condição para a instauração de qualquer tratamento analítico. Fazer falar o sujeito, por meio da associação dita livre, supõe uma proposta que se inscreva para além do atendimento à demanda estrita de alívio rápido, e mesmo de cura de um sofrimento. Assim, ele poderá levar o sujeito a elaborar um saber sobre si por meio do sintoma que o representa o Outro, e a partir disso, construir um novo modo de relação com aquilo que o afeta e se apresenta pela via da angústia. (BESSET, 2000)

De acordo com Besset (2000), a adequação do tratamento psicanalítico depende da referência à concepção do sintoma como substituto, e também, manifestação da angústia. Angústia que demonstra o que há de singular no sujeito, o desejo que o anima e do qual não se trata de abdicar. Nesse contexto, supõe a concepção de um inconsciente estruturado como linguagem, regido pela lógica do significante e ordena a experiência analítica no campo da fala e da linguagem.

Segundo Pereira (1999), os sujeitos acometidos por ataques de pânico mantêm uma relação particular com a medicina. Para eles, as palavras do médico só terão

valor enquanto o mesmo possui um saber absoluto sobre as excitações que invadem seus corpos. Da mesma forma, quanto mais o medicamento representar uma garantia absoluta de cura, que o pânico não mais o atingirá, melhor será a adesão ao tratamento.

Porém após algum tempo, os pacientes parecem perceber que há algo que não se ajusta. Conforme Pereira (1999), de certo modo, o discurso médico traz ao sujeito com pânico um certo alívio por responder de forma assertiva à súplica por garantias e reassseguramento. No entanto, estas garantias podem impedir qualquer possibilidade de subjetivação, por se tratar de um discurso sustentado por uma fortíssima transferência e que exclui a implicação do indivíduo com seu sintoma. Ou seja, nesse caso a ausência de garantias é artificialmente remediada pelo reassseguramento cientificamente autorizado e pela palavra do médico, que passa a possuir a figura de protetor onipotente tão desejado. Dessa forma, instaura-se certas condições complexas, em que o desaparecimento dos sintomas não desvenda as demandas transferências que mantêm o paciente dependente e infantilizado.

Após um certo período o indivíduo começa a perceber que seu bem-estar depende diretamente da medicação e da medicina. Mesmo sem as crises, o paciente tem a sensação de que há algo que ultrapassa o estreito quadro de explicações às quais se agarrou para sobreviver. Nesse sentido, os estados depressivos em pacientes cujos ataques já foram controlados por tratamento exclusivamente medicamentoso podem estar relacionados com essas constatações de que embora não sofram mais com as crises, algo não vai bem. Dessa forma, eles pressentem que a condição de falta de garantias é irremediável que estão fundamentalmente sós perante o futuro, devido a seus próprios desejos e tendências do inconsciente. “A depressão é testemunha do tempo que passa e da forma alienada que desenvolveram para sobreviver.” (PEREIRA, 1999, p. 277)

Segundo Pereira (1999), o psiquiatra pode efetivamente proporcionar um alívio considerável para o sofrimento nessas situações, mas cabe a ele a responsabilidade e a possibilidade de auxiliarem o paciente a se confrontar com a dimensão da verdade subjetiva que se manifesta por meio de suas crises e de seu desamparo. Dessa maneira pode facilitar a própria instauração analítica.

Portanto não se propõe uma abordagem clínica que exclua a psiquiatria ou a medicação, mas deve-se ressaltar o risco que implica a introdução de um discurso ideológico com pretensões de verdade insuperável e que exclua a implicação do sujeito nos seus sintomas, proporcionando um alívio a curto prazo à medida em que acentua a alienação e dependência. (PEREIRA, 1999)

Conclui-se que o tratamento pela palavra, com indivíduos que sofrem de pânico, segundo Pereira (1999), fundamenta-se em três dimensões principais: encontro do sujeito com um gozo até então desconhecido e irreduzível a uma tradução completa pela palavra; produção, na transferência, das determinações históricas e simbólicas desse sintoma através de uma enunciação que possa ser reconhecida pelo sujeito como portadora de uma verdade pessoal; e construção de uma narrativa aberta

que inscreva o sujeito, seu desejo e seu sintoma em um contexto significativo, transformável, que permita um trabalho constante de auto-significação, sem cristalizar-se em nenhuma de suas formulações parciais, as quais devem manter o caráter de construções provisórias.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Descobriu-se que no ataque de angústia, descrito na teoria freudiana da neurose de angústia, encontram-se as raízes freudianas da descrição do transtorno do pânico. Em ambos os casos, se confere um estatuto psicopatológico central aos ataques repentinos e inexplicáveis da mais intensa angústia. Averiguou-se, também que a noção de desamparo é de extrema importância para o desenvolvimento da teoria freudiana sobre a angústia. Para Freud, o desamparo tem o estatuto de uma verdadeira categoria metapsicológica que diz respeito ao horizonte fundamental de falta de garantias para o funcionamento do aparelho psíquico. Dessa forma, o ponto de partida para o sofrimento do sujeito acometido por crises de pânico, é o encontro súbito com a dimensão de falta de garantias ante o possível.

As mudanças que ocorreram com o advento da sociedade moderna contribuíram para o aumento da incidência de casos de Transtorno de pânico. Constatou-se que é o excesso que está no fundamento do mal-estar contemporâneo e o pânico expressa a incidência do excesso no corpo, quando esse não é descarregado pela ação. Destaca-se ainda que o mal-estar contemporâneo refere-se ao desamparo no campo social, visto que a individualidade é a categoria central que define o ideário da modernidade. Nesta perspectiva, o pânico é o resultado de uma expressão máxima de angústia e uma evidência clínica do desamparo.

Em relação à questão do tratamento do transtorno de pânico na clínica psicanalítica, destaca-se que o transtorno de pânico exige um quadro analítico muito flexível e sempre em mutação. É necessário um longo período de “manejo analítico” que ajude a despertar no indivíduo a ideia de que ele tem algo a ver com o seu sofrimento e que o ajude a encontrar possibilidades de simbolização que venham a dar sustentação à angústia vivida.

Pode-se afirmar que esta pesquisa contribuiu para ampliar o debate do Transtorno de pânico para além das concepções biologizantes e empíricas da psiquiatria contemporânea e definir um campo próprio à psicanálise, rompendo com o discurso ideológico que desimplica o sujeito em seu sofrimento. Os objetivos propostos foram alcançados, pois buscamos situar a metapsicologia do pânico a partir da noção de desamparo no discurso freudiano, procuramos exemplificar como a sociedade atual contribui para o aumento da incidência de casos de Transtorno de Pânico e exemplificamos como a clínica psicanalítica pode ajudar no tratamento.

REFERÊNCIAS

- BESSET, Vera Lopes. **Sobre a fobia e o pânico: o que pode um analista?** 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v4n1/1415-4714-rlpf-4-1-0019.pdf>>. Acesso em: 3 ago. 2018.
- BIRMAN, Joel. Excesso e ruptura de sentido na subjetividade hipermoderna. **Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, n. 17, p.175-195, 2004.
- BIRMAN, Joel. **Mal-estar na atualidade**: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.
- FIGUEIREDO, L. C. & Santi, P. L. R. **Psicologia: uma (nova) introdução**. São Paulo: EDUC, 2006.
- MÂCEDO, Kátia Barbosa. O desamparo do indivíduo na modernidade. **Ecos**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p.95-107, maio 2012. Disponível em: <<http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/viewFile/742/660>>. Acesso em: 09 dez. 2018.
- MENDES, Elizilaine Domingues; PRÓCHNO, Caio César S. C.. Corpo e novas formas de subjetividade. **Psyche**, São Paulo, v. 8, n. 15, dez. 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-11382004000200009>. Acesso em: 09 dez. 2018.
- MENEZES, Lucianne Sant'anna de. Pânico e desamparo na atualidade. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, [s.l.], v. 8, n. 2, p.193-202, dez. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-14982005000200003>.
- PEREIRA, Mário Eduardo Costa. “**O pânico e os fins da psicanálise: a noção de desamparo no pensamento de Lacan**”. *Percurso* n. 19. 2, 1997a.
- PEREIRA, Mário Eduardo Costa. **Pânico** – contribuição à psicopatologia dos ataques de pânico. : São Paulo: Lemos Editorial, 1997b.
- PEREIRA, Mário Eduardo Costa. **Pânico e desamparo**. São Paulo: Escuta, 1999.
- RIBEIRO, Maria Mazzarello Cotta. **Neurose de angústia e transtorno de pânico**. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952009000200005>. Acesso em: 5 nov. 2017.
- ROCHA, Zeferino. **Os destinos da angústia na psicanálise freudiana**. São Paulo: Escuta, 2000.
- ROUDINESCO, E., & PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- SANTOS, L. O. **Transtornos de pânico: sua aparição na sociedade do risco**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.
- SOLER, C. Interpretação: as respostas do analista. **Opção Lacaniana**, no 13, ago. 1995, pp. 20-38.
- LAPLANCHE, J. e PONTALIS, J. B. **Vocabulário de Psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-367-5

