

## Sobre a fobia e o pânico: o que pode um analista?

Vera Lopes Besset

*Gostaríamos de discutir a especificidade do tratamento psicanalítico das fobias e do pânico. Alguns entraves apresentam-se nessa proposta de trabalho pela via da palavra. Especialmente, o fato dessas manifestações patológicas freqüentemente se apresentarem para o sujeito que delas sofre sob o modo de uma inibição e não sob a forma de um sintoma que apela à decifração.*

**Palavras-chave:** Fobia, pânico, angústia, psicopatologia, psicanálise

- \* Texto apresentado no V Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental, 15-17 de setembro de 2000, Hotel Solar das Andorinhas, Campinas; trabalho ligado à pesquisa em andamento, intitulada “Os afetos na teoria e na clínica psicanalítica: repensando Freud com Lacan”, coordenada pela autora do texto, no âmbito do Mestrado e Doutorado em Psicologia do Instituto de Psicologia da UFRJ, com apoio do CNPq.

---

### A atualidade do mal-estar

“O que pode um analista?” Esta é uma pergunta que se impõe quando se trata de *fobia* e de *pânico*. Buscar uma resposta implica, de saída, considerar algumas características do *contemporâneo* em que se insere nossa clínica. Contemporâneo que exhibe a consagração do uso dos *medicamentos*, cada vez mais eficazes, para “curar” o *mal-estar* na cultura. Tempo de respostas *prêt-à-porter* das classificações dos manuais, dos catálogos de *síndromes*, onde cada um pode *se encontrar* e, suprema *delícia*, achar um *nome* para seu sofrimento!

Assim, o *eu sou* substitui-se, num *piscar de olhos*, por um *eu tenho*. Então, se eu tenho *pânico*, *fobia*, distúrbio ou transtorno X, síndrome Z... a pergunta “Quem sou eu?” (Besset, 1997) fica *congelada*, elidida. Ao mesmo tempo, se tudo pode ser *tratado*, a barreira entre o *normal* e o *patológico* se dilui (Laurent, 2000).

A *ilusão*, de cujo futuro Freud se preocupou (Freud, [1927]1988), não é tanto a religião, mas a *ciência* e a *tecnologia*. Afinal, o *desamparo* se acentuou, nesse tempo *presente*, com a queda dos *ideais*, com o *declínio* da *função paterna* (Miller; Laurent, 1996-1997). Estamos longe do momento da *invenção*, da descoberta dos poderes *mágicos* da palavra<sup>1</sup> que marcou o início da

1. “O leigo achará difícil conceber que umas perturbações patológicas do corpo e do espírito possam eliminar-se mediante *meras* palavras do médico. Pensará que se o está exortando a crer em rezas mágicas.” Freud, S. (1890). Tratamiento psíquico (Tratamiento del alma). (J.L. Etchevery, Trad.). In J. Strachey. (Org.). *Obras Completas*. (Vol. I, pp. 111-132). Buenos Aires: Amorrortu, 1988, p. 115.

*clínica freudiana*. Mas será que por isso poderíamos dizer que *navegamos no pessimismo* quanto às possibilidades da psicanálise? Tendo a responder negativamente a essa pergunta e direi por que o faço.

Se é certo que o mundo mudou, é possível afirmar que o *homem contemporâneo* é extremamente diverso no que concerne seu *psiquismo*? Ou concordaríamos em afirmar, tal como Freud o fez em 1930, o que o ser humano busca é a *felicidade*? (Freud, [1930]1988: 76) Em todo caso, não foi necessário, para a psicanálise, esperar o século XXI para saber que a busca da felicidade está, por definição, fadada ao *fracasso*.

Essa *busca*, em sua vertente *positiva*, de alcançar “intensos sentimentos de prazer”, leva a um sucesso passageiro e fugidio, pois só se pode “gozar com intensidade o contraste e muito pouco o estado”. (Ibid.). Por outro lado, em sua vertente *negativa*, ela se afirma na tentativa de obter *ausência de dor e desprazer*. Isso porque o sofrimento é tão poderoso que acaba limitando as esperanças de felicidade, levando o homem a se contentar com a *evitação* da dor. Já que não é possível ser *feliz* tendo intenso prazer, evita-se a dor e o desprazer (Ibid.: 77). Assim, a escolha situa-se entre: *gozar* de um prazer intenso, tendo como consequência *castigos* e *remorsos* ou utilizar *técnicas* para evitar o *sofrimento*. Serão essas as opções do homem *contemporâneo*?

Talvez, mas de que *castigos* ou *remorsos* podemos falar hoje, nessa época que parece marcada por “Tudo é permitido!”? (Coelho dos Santos, 2000). Tempo no qual o lugar do *gozo* se revela como o *corpo* próprio, *gozo* que denominamos, com J.-A. Miller, *uno*, solitário (Miller, 1999). Há, então, um *corpo que goza na masturbação*, ou mesmo na fala, no *blá-blá-blá*. Fala que não busca nem a compreensão nem o *reconhecimento*. A contrapartida disso, no laço social, é o chamado *individualismo moderno* (Miller, 1999: 27).

Por outro lado, se tudo – ou quase – é permitido, o que dizer hoje das *conseqüências* (Forbes, 2000)? Se elas se ausentam do lado da *responsabilidade* do sujeito por seu modo de *gozo*, não deixam de surgir sob a forma de uma outra *consistência*. Será um acaso lembrarmos de Kierkegaard, quando afirma que “a angústia é a vertigem da liberdade” (Kierkegaard, 1949)? O nome atual para esta *angústia* é o *pânico*!

### Angústia e pânico

Fazemos corresponder *angústia* e *pânico*, justamente, pois entendemos que o *pânico* é uma *nova roupagem* para a *velha angústia* (Besset, 1999). Neste ponto, concordamos com outros autores que recentemente se debruçaram sobre o assunto. Entre eles, Zeferino Rocha que, em obra recente, chama nossa atenção para uma característica da apresentação do fenômeno da *angústia* presente no *pânico*.

No pânico, é o que recolho como a indicação mais preciosa desse autor, a função da *angústia* como *senal*, defesa ante o perigo, parece ausente. Nesse registro, a *angústia* invade o sujeito, como uma *onda* sob a qual ele *submerge*. Isso, pelo fator *surpresa* que se atrela a essa *patologia* e ao aspecto de *transbordamento*, *excesso*, que releva da dimensão econômica (Rocha, 2000).

Outro autor contemporâneo, Mário Pereira, em seus recentes trabalhos sobre o assunto, aproxima a *crise de angústia* ao ataque de *pânico* (Pereira, 1999). Vejamos como a clínica de Freud lhe dá fundamento.

Trata-se de uma moça, de uns dezoito anos, que se dirigiu a Freud, em meio às férias deste, com um pedido de ajuda, ao saber que ele era médico. O motivo é que “seus nervos” estavam ruins, apesar do remédio que havia tomado por indicação de outro profissional. Tendo em vista a aparência *sadia*, mas *infeliz*, da jovem, este julgou estar diante de um caso de neurose. Eis o diálogo, tal como transcrito pelo autor:

— Bem, e de que você sofre?

— Sinto falta de ar; nem sempre, mas às vezes ela me apanha de tal forma que acho que vou ficar sufocada.

22

À primeira vista isso não soa como sendo neurótico, mas logo me ocorreu que provavelmente era apenas uma designação substitutiva para um ataque de *angústia*.

Do complexo de sensações da *angústia* ela estava destacando um só fator, a *aflição para respirar*.

— Sente-se aqui. Descreva-me como é esse estado de “falta de ar”?

— Acontece de repente. Primeiro, é como uma pressão sobre os olhos, a cabeça fica pesada, há um zumbido insuportável e fico tão tonta que acho que vou cair, depois algo me esmaga o peito, quase não consigo respirar.

— E não nota nada na garganta?

— A garganta fica apertada como se eu fosse sufocar.

— E na cabeça não se passa mais nada?

— Martela, martela até estalar.

— Bem; e você não se sente um pouco assustada com tudo isso?

— Sim, acho que vou morrer; normalmente, sou corajosa, ando solta por todas as partes...; porém, quando é um dia desses em que tenho aquilo, não me atrevo a ir a nenhum lugar; sempre creio que alguém está por trás e me agarrará de repente. (Freud, [1893]1987: 141-142)

Estávamos no final do século XIX, mas a fala dessa jovem e a descrição de seus males lembram bastante as queixas que comparecem, hoje, nos consultórios de psicanalistas, psicólogos e médicos, psiquiatras ou não. Esses transtornos, aparentemente contemporâneos, que Freud entendia como “crises de *angústia*”, teriam

chances de serem classificados como “ataque de pânico”, seguindo-se as diretrizes do Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV). Eis um resumo das mesmas:

Um período de medo ou de desconforto intenso, no qual quatro (ou mais) dos seguintes sintomas se desenvolveram abruptamente e atingiram o pico em dez minutos: palpitações, coração pulsando forte ou acelerado; sudorese; tremor; sensação de falta de ar ou de fôlego; sentimento de choque; dor no peito ou desconforto; náusea ou distensão abdominal; tontura, instabilidade, sensação de cabeça oca ou desmaio; ausência de realidade (sentimento de irrealidade) ou despersonalização (estar desligado de si próprio); medo de perder o controle ou enlouquecer; medo de morrer; parestesia (sensação de torpor, zumbido; calafrios, ondas de calor) (Reys, 1999: 142).

Alguns pensarão que, apesar das semelhanças, não há identidade entre a *crise de angústia* e o *ataque de pânico*. Entretanto, concordarão que não se pode desvincular esses fenômenos de seu contexto, especialmente das *respostas* que o campo da *saúde mental* oferece a esses transtornos (Nicéas, 2000). Igualmente, porque é preciso considerar que o *sintoma*, tal como o sonho, inclui sua *interpretação*. Ou melhor, como *formação do inconsciente*, inclui o *saber* que se veicula sobre ele (Besset, 1999).

Dentro dessa perspectiva, o tipo de *apelo e endereçamento* desses ataques parece-me continuar inalterado. Que a medicina *responda* a essa demanda com a proposta de uma *cura*, obedecendo à lógica de sua vocação, não obriga os psicanalistas a seguirem os mesmos passos, a despeito do desafio que essas patologias representam em sua clínica.

Entretanto, sabemos que, embora haja no *pânico* um apelo ao olhar do Outro, numa espécie de *pantomima* do desamparo, o próprio *sujeito* parece dele elidido, como ocorre na *inibição* (Besset, 2000). Apesar disso, é possível tomar o *pânico* como um *sintoma*, para além de sua dimensão médica de *signo*, signo de algo que vai mal, de uma *disfunção*. Imprescindível, para tanto, partir da suposição da presença da *angústia* na base desta nova patologia. A partir disso, diante de alguém tomado pelo pânico, é possível oferecer um sentido para acalmar a *angústia*, aplacar 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.

### O que pode um analista?

A passagem de uma *angústia* paralisante a uma *angústia-sinal* pressupõe a implicação do *sujeito* no fenômeno que o faz sofrer. Assim, pode ser possível transformar sua demanda inicial de *alívio* em uma demanda de *interpretação* (Soler, 1995),

instalando a estrutura do *suposto saber*, condição da experiência analítica (Miller, 1987). Observe-se que essa indicação se atrela a uma proposta definida quanto à função e ao lugar da *angústia* no tratamento. Nesse contexto, trata-se de aplacá-la sem conduzi-la a seu total *apaziguamento*, já que se entende que um percurso analítico não pode se fazer com a economia desta dimensão propriamente *subjéti*va. Dessa forma, o propósito é manter a dimensão terapêutica do tratamento psicanalítico, respeitando a especificidade de sua proposta.

Para tanto, é preciso ter cuidado em não ocupar uma posição *fóbica*, de evitação da *angústia*, na clínica. O tratamento da *fobia* é, nesse sentido, exemplar da complexidade de um trabalho *na transferência*, pois o analista pode ser colocado no lugar daquilo diante do qual *se recua*. Essa posição *fóbica* pode nos levar a recorrer de forma inadequada, por *precipitação* ou excesso de precaução, ao recurso que representam os *medicamentos*. Esse tipo de procedimento revela-se coerente, no entanto, com essa espécie de “projeto de erradicação do sujeito”<sup>2</sup> com o qual se parece a tentativa atual de apagamento da dimensão *subjéti*va que parece caracterizar a clínica sob substância.

Mas, finalmente, em relação à *fobia* e ao *pânico*, o que pode um analista? Antes de qualquer coisa, abster-se de seu “desejo de curar”, posição a qual nos convida, insistentemente, Freud ([1912]1987: 114). Certamente, esta é uma condição para a instauração de qualquer tratamento que se queira analítico. Fazer falar o sujeito, requisito 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. No entanto, o apelo ao alívio do sofrimento pode funcionar, sobretudo no *pânico*, como o *canto da sereia* para os ouvidos de um psicanalista, numa época em que os resultados rápidos e fáceis são quase uma *exigência*. A esse *desafio*, trata-se de responder, não com sua *angústia*, mas a partir de um *desejo* particular, o de *analista*.

Em se tratando da *fobia*, o oferecimento da fala a partir dessa *queixa* não garante o desaparecimento do transtorno e, às vezes, muito ao contrário, pode agravá-lo. No entanto, é nossa experiência, em alguns casos é somente o *pretexto* da *fobia*, tomada como um *sintoma*, que permite a um sujeito *suportar* o percurso de uma análise. Eis uma *direção* que requer uma *decisão* – ética – quanto ao lugar e à função da *angústia* no tratamento. E que, igualmente, implica escolhas metodológicas quanto ao *manejo* desse *fenômeno* no percurso de uma análise.

Para dirigir tal percurso, é necessário que o analista se abstenha de sua *angústia* e do propósito de um *ideal* terapêutico de desaparecimento do *sintoma*. Desse

2. Aproprio-me, aqui, da expressão cunhada por Manoel Tosta Berlinck, em sua contribuição ao debate do GT Psicopatologia e Psicanálise, no âmbito do VIII Simpósio da Anpepp.

modo, poderá levar um sujeito a construir um *saber* sobre si a partir do *sintoma* que o representa o Outro para, a partir disso, inventar um modo novo de relação com aquilo que o *afeta* e se apresenta pela via da *angústia*.

Concluindo, é possível afirmar que a adequação do tratamento psicanalítico às patologias da *fobia* e do *pânico* depende da referência à concepção do *sintoma* como *substituto* e, ao mesmo tempo, manifestação da *angústia*. Angústia que aponta para o que se revela de singular no *sujeito*, o desejo que o anima e do qual não se trata de abdicar. Isso supõe a concepção de um inconsciente estruturado como uma linguagem, regido pela lógica do significante e ordena a experiência analítica no campo da fala e da linguagem.

### Referências bibliográficas

- BESSET, V. L. “Quem sou eu?”. A questão do sujeito na clínica psicanalítica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 4, nº 49, 1977, pp. 64-71.
- \_\_\_\_\_. Interpretação: alcance da palavra, limites do sujeito. *Opção Lacaniana*, nº 25, out. 1999, pp. 23-26.
- \_\_\_\_\_. Inibição e sintoma: a angústia na clínica hoje. *Psychê*, Ano IV, nº 5, 2000, pp. 29-37.
- BESSET, V. L., NIGRI, K.K. e ALMEIDA, L.P. A fobia e o pânico em suas relações com a angústia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Vol. 15, nº 2, mai-ago-1999, pp. 177-180.
- COELHO DOS SANTOS, T. De que desejo do Outro a angústia é sinal? *Latusa*, nº 4/5, abril 2000, pp. 173-196.
- FORBES, J. Emprestando consequência. *Opção Lacaniana*, nº 29, dezembro 2000, pp. 65-68.
- FREUD, S. (1890). Tratamiento psíquico (Tratamiento del alma). *O. C.* Buenos Aires: Amorrortu, 1988, pp. 111-132. v. I.
- \_\_\_\_\_. e BREUER, J. (1893-95). Historiales clínico. In *Estudios sobre la histeria. O. C.* Buenos Aires: Amorrortu, 1987, pp. 45-194. v. II.
- \_\_\_\_\_. (1927). El porvenir de una ilusión. *O. C.* Buenos Aires: Amorrortu, 1988, pp. 1-55. v. XXI.
- \_\_\_\_\_. (1930). El malestar en la cultura. *O. C.* Op. cit., pp. 57-140. v. XXI.
- KIERKEGAARD, S. *Le concept de l'angoisse*. Paris: Vrin, 1949.
- LAURENT, E. L'extension du symptôme aujourd'hui”. *La Lettre Mensuelle*, nº 185, fevereiro de 2000, pp. 1-6.
- MILLER, J.-A. A transferência. O sujeito suposto saber. In *Percursos de Lacan-uma introdução*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1987, pp. 72-89.
- \_\_\_\_\_. Les six paradigmes de la jouissance. *La Cause Freudienne*, nº 43, out. 1999, p. 27.
- \_\_\_\_\_. Le sinthome, un mixte de symptôme et fantasme. *La Cause Freudienne*, nº 39, mai. 1998, pp. 7-17.

- \_\_\_\_\_. e LAURENT, E. El outro que no existe y sus comités de ética. Seminário 1996-1997. (não publicado).
- NICÉAS, C.A. Pânico e angústia. *Latusa*, nº 4/5, pp. 91-103.
- PEREIRA, M. C. *Pânico. Contribuição à psicopatologia dos ataques de pânico*. São Paulo. Lemos Editorial, 1997.
- \_\_\_\_\_. *Pânico e desamparo*. São Paulo: Escuta, 1999.
- REIS, B.N. Angústia e fobia: pontuações sobre a síndrome do pânico. *Escola Letra Freudiana. Hans e a fobia*, Ano XVIII, nº 24, 1999, pp. 141-148.
- ROCHA, Z. *Os destinos da angústia na psicanálise freudiana*. São Paulo: Escuta, 2000.
- SOLER, C. Interpretação: as respostas do analista. *Opção Lacaniana*, nº 13, ago. 1995, pp. 20-38.

## Resumos

*Nos gustaría discutir sobre la especificidad del tratamiento psicoanalítico de las fobias y del pánico. Algunos obstáculos se presentan en esa propuesta de trabajo por la vía de la palabra. Especialmente, por el hecho de que frecuentemente esas manifestaciones patológicas se presentan para el sujeto que las padece bajo la forma de una inhibición y no como un síntoma al que se demanda lo descifren.*

**Palabras llave:** Fobia, pánico, angustia, psicopatología, psicoanálisis

*Nous souhaiterions discuter la spécificité du traitement psychanalytique des phobies et de la panique. Certaines entraves apparaissent, dans cette proposition de travail, par le biais de la parole. Particulièrement par le fait que cette manifestation pathologique se présente fréquemment au sujet qui en souffre sous le mode d'une inhibition et non sous la forme d'un symptôme, ce que demande un déchiffrement.*

**Mots clés:** Phobie, panique, angoisse, psychopathologie, psychanalyse

*In this paper we discuss the special place of the psychoanalytical treatment of phobias and panic. There are certain obstacles related to such treatment based on words, especially since these pathological manifestations are often seen by the subject suffering from them as inhibitions, rather than as symptoms to be deciphered.*

**Key words:** Phobia, panic, anxiety, psychopathology, psychoanalysis

Versão inicial recebida em dezembro/2000.

Versão revisada recebida em fevereiro de 2001.