

The background of the cover is a textured, painterly illustration. It depicts a dark silhouette of a person wearing a hat, seen from behind, looking out of a window. The window shows a bright blue sky and a green plant. The overall style is expressive and somewhat somber.

Eduardo Urbaj

SABER-FAZER-FRENTE

AOS

ATAQUES DE PÂNICO

Uma abordagem clínica a partir
da perspectiva da psicanálise





(...) Este texto tem como interlocutores privilegiados todos os profissionais da saúde que recebem estas demandas de atendimento, e espera ser uma contribuição para orientá-los na maneira de encarar seu tratamento. Mas este livro espera também se encontrar com o leitor interessado neste tema por ter entrado em contato com a dimensão deste particular fenômeno e esbarrado em dúvidas, angústias e interrogantes por ele gerados. Frente a eles, nenhuma resposta trivial poderia deixá-lo satisfeito...

Do prefácio do autor

(...) Neste seu segundo livro, Eduardo Urbaj encara, com recursos de formalização da mais pura estirpe psicanalítica, uma metapsicologia apropriada que lhe permite inventar recursos para saber-fazer-frente a um fenômeno, o "ataque de pânico", que, pelas razões que são expostas neste volume, se fazem cada vez mais presentes em nossos consultórios.

(...) Muitos pacientes vêm à consulta após uma peregrinação inútil por vários especialistas e levam muito tempo para aceitar a ideia de que sua afecção não é somente psíquica, como também, na maioria das vezes, originada na infância, sem que o sujeito jamais tivesse percebido até que ponto ele estava, desde pequeno, constrangido a adaptar-se, a poder com o impossível. Não chorar, não reclamar, suportar.

(...) O autor, por fim, se declara heterodoxo. Por acaso, um analista pode não o ser, sem adulterar o próprio nó do trabalho analítico? O real da clínica não se deixa enquadrar em nenhum leito de Procusto, sem que esse forçamento devastador desmonte a mola propulsora mais íntima de sua eficácia.

(...) Conhecedor desde o primeiro Freud, estudioso com bom proveito de Lacan dos seus primórdios e do esforçado tecelão de nós, autoriza-se a não aplicar manuais, mas a se deixar levar pelo real da clínica, até encontrar a invenção que resolva, com uma derrota do temível deus do gozo todo, um padecimento que tornava a vida insuportável.

Do prólogo de Silvia Amigo



Saber-fazer-frente aos ataques de pânico

COMISSÃO DE TRADUÇÃO

Denise Noni de Mattos (Participante da BFC)

Denise Cuéllar Cini (Membro da BFC)

Gustavo Praconi Pinzon (Membro da BFC)

Jandyra Kondera (Membro da BFC)

Julia Joergensen Schlemm (Membro da BFC)

COMISSÃO DE REVISÃO

Denise Cuéllar Cini (Membro da BFC)

Jandyra Kondera (Membro da BFC)

Julia Joergensen Schlemm (Membro da BFC)

Saber-fazer-frente aos ataques de pânico

Uma abordagem clínica a partir da perspectiva da psicanálise

Eduardo Urbaj



Diagramação: Marcelo A. S. Alves

Capa: Carole Kümmecke - <https://www.conceptualeditora.com/>

Arte de Capa: “Callejón” de Fernanda Vallejos

Obra da capa: Mariana Tavella

Foto do autor: Daniela Sequeira

O padrão ortográfico e o sistema de citações e referências bibliográficas são prerrogativas de cada autor. Da mesma forma, o conteúdo de cada capítulo é de inteira e exclusiva responsabilidade de seu respectivo autor.



Todos os livros publicados pela Editora Fi estão sob os direitos da [Creative Commons 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR) https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

URBAJ, Eduardo

Saber-fazer-frente aos ataques de pânico: uma abordagem clínica a partir da perspectiva da psicanálise [recurso eletrônico] / Eduardo Urbaj -- Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2021.

139 p.

ISBN - 978-65-5917-314-3

DOI - 10.22350/9786559173143

Disponível em: <http://www.editorafi.org>

1. Psicanálise; 2. Clínica; 3. Pânico; 4. Psiquiatria; 5. Práticas; I. Título.

CDD: 150

Índices para catálogo sistemático:

1. Psicologia 150

Biblioteca Freudiana de Curitiba

Pioneira na capital e no Estado do Paraná na continuação das teses de Sigmund Freud e de Jacques Lacan, esta instituição psicanalítica se compraz do amadurecimento de sua trajetória.

Fundada em 1980, reestruturada em 1988 e considerada instituição de utilidade pública por decreto governamental, apenas em 1995 é que definiu seus dispositivos de formação, articulando seu funcionamento nos moldes atuais.

A dominante da reestruturação, e posterior definição, foi a de ceder lugar à transferência de trabalho com o texto psicanalítico

Atualmente é constituída por:

- Cartel Diretivo - que se ocupa dos rumos éticos da instituição e da preservação dos dispositivos de formação do psicanalista,
- Cartel de Gestão - que organiza, planifica e cuida das condições de execução dos projetos de ensino, de cartéis e de clínica.

A transmissão da psicanálise e a formação de psicanalistas fazem, do mister de suas atividades, as razões de um exercício ético constante. Transmitir um saber fora dos cânones acadêmicos e no interior da cultura da qual faz parte e participa, implica uma responsabilidade que a torna capaz de operar transformações, tanto no nível singular como no coletivo. Afinal, quem desconhece a porta que S. Freud abriu ao revelar, nos atos humanos, a presença inquieta e inquietante do inconsciente e seus efeitos?

*Para Fernanda Vallejos,
Psicanalista apaixonada, mulher, mãe, amiga.
Sem o entusiasmo de seu desejo indestrutível
este livro nunca teria sido escrito.*

Sumário

Apresentação à edição brasileira 13

Denise Cuéllar Cini

Prefácio 15

Eduardo Urbaj

Prólogo 17**Sobre como saber-fazer-frente ao temível deus Pan**

Silvia Amigo

Introdução 24

Eduardo Urbaj

Capítulo I 27

Saber o que não fazer

Capítulo II 34

Do objeto da angústia ao objeto do fantasma: observações sobre a abordagem clínica do ataque de pânico

Capítulo III 46

Distinções diagnósticas gerais: pânico, ataque de pânico e transtornos de pânico

Capítulo IV 51

Introdução às particularidades do fenômeno

Capítulo V 60

Como intervir na urgência?

Capítulo VI **64**

A abordagem clínica da "causa" dos padecimentos

Capítulo VII **67**

A transferência e o sujeito suposto saber em sua dimensão simbólica e imaginária

Capítulo VIII **74**

A subestimação precoce da angústia e o sentimento inconsciente de culpa

Capítulo IX **83**

O ataque de pânico e a função da metáfora paterna

Capítulo X **98**

O colapso do tempo. Os nós e o gozo. Conjecturas e hipóteses...

Eduardo Urbaj; Esteban Levin

Capítulo XI **104**

Do corpo à alma. Shiatsu como medicina integrativa

Graciela Giorgetti

Capítulo XII **120**

A interconsulta psiquiátrica

Dr. Nicolás Touloupas

Epílogo **134**

Eduardo Urbaj

Sobre o autor **139**

Apresentação à edição brasileira

Denise Cuéllar Cini ¹

Coube a mim a honra de apresentar este livro à edição brasileira, e fico contente pela possibilidade de divulgá-lo aos brasileiros.

Eduardo Urbaj foi bastante generoso em ter aceitado esta tradução, numa versão digital de fácil acesso.

Estamos numa época de pandemia pela Sars-Covid-19, momento em que a clínica das urgências psíquicas tem provocado diversos questionamentos. A publicação deste livro, nestes dias trágicos, em que muitos lutos precisam ser realizados, com muitas pessoas em desespero, vem colaborar e dar uma luz às conduções na clínica psicanalítica.

Não é de hoje que o autor vem elaborando uma praxis sobre a urgência psíquica. Lembro-me de que há cinco anos tive o primeiro contato com sua escrita sobre as passagens ao ato e *acting out*. Confesso que considerei sua abordagem bastante instigante.

Em 2020, participei de seu seminário sobre o tema deste livro, o saber-fazer-frente aos ataques de pânico, e me deparei com o que entendo ser a transmissão da psicanálise. Com um estilo próprio, E. Urbaj apresentava recortes de casos clínicos que mostravam tanto sua condução quanto a prevalência dada à clínica em relação à teoria. Questionava a teoria a partir da clínica e não o contrário. É a partir da clínica psicanalítica que se faz teoria. Lembremo-nos de S. Freud com as históricas. A teoria

¹ Psicanalista, membro da Biblioteca Freudiana de Curitiba desde 1995. Presidente desta instituição de 2012 a 2014. Coordena grupos de trabalho há 21 anos. Apresentou artigos em jornadas, congressos e em reuniões Lacanoamericanas de Psicanálise.

psicanalítica não antecede a experiência clínica e, além disso, não há um casamento perfeito entre as duas.

Com uma leitura rigorosa das obras de S. Freud e J. Lacan, ele nos diz sobre os percalços e sucessos na direção da análise com sujeitos que padecem de ataques de pânico, mas podemos agregar estes ensinamentos a outros casos de urgência.

As dificuldades no estabelecimento do sujeito suposto saber (S.s.S.) na transferência de análise, o risco subjetivo de sujeitos “superadaptados”, o colapso momentâneo do Nome do Pai, o trabalho interdisciplinar e a importância do que Lacan elaborou sobre a presença do analista.

A leitura deste livro faz com que percebamos a importância de se reinventar a Psicanálise a partir do que Freud e Lacan transmitiram, mantendo-a viva.

Prefácio

Eduardo Urbaj

Este livro é o fruto do trabalho de investigação teórica e de experiência clínica a que me conduziu o encontro de pacientes que chegavam a me consultar dizendo ter sofrido algo estranho, desesperador e desconcertante, episódio traumático que nos últimos anos foi difundido massivamente e que já entrou em nosso acervo cultural com um nome próprio, verdadeiramente inquietante: **ATAQUE DE PÂNICO**.

Em torno da crescente preocupação que este fenômeno tem despertado nos mais diversos extratos da população mundial, tem se disseminado mitos e crenças que a escrita deste livro se propõe a *derrubar*. Entre eles, talvez o mais importante seja o lamentável erro de julgamento - inclusive compartilhado por inúmeros colegas - de considerar que os *ataques de pânico* não teriam cura, que deveriam ser tratados como uma enfermidade crônica e, portanto, dar por certo que aqueles que dela padeceram estariam condenados a consumir medicamentos durante toda sua vida. Estes mitos, que já tomaram proporções alarmantes, devem ser desmentidos com fundamentos sólidos. Este livro aspira poder dar conta deles com seriedade e consistência, estando à altura da complexidade clínica a que esta problemática nos confronta: a de se atrever a *colocar o corpo* e aceitar o desafio de enfrentar as dificuldades que lhe são inerentes, sem pretender escamotear os obstáculos que aparecem no árduo e difícil - mas de uma enorme simplicidade - caminho da cura.

Este texto tem como interlocutores privilegiados todos os profissionais da saúde que recebem estas demandas de atendimento, e

espera ser uma contribuição para orientá-los na maneira de encarar seu tratamento.

Mas este livro espera também se encontrar com o leitor interessado neste tema por ter entrado em contato com a dimensão deste particular fenômeno e esbarrado em dúvidas, angústias e interrogantes por ele gerados. Frente a eles, nenhuma resposta trivial poderia deixá-lo satisfeito...

Prólogo

Sobre como saber-fazer-frente ao temível deus Pan

Silvia Amigo

A etimologia geralmente vem em auxílio daqueles que estudam um tema árduo. Este caso não será uma exceção. A palavra grega πᾶν (*pan*) significa, aproximadamente, “todo”. Daí que precede vários vocábulos para sublinhar este caráter de totalidade.

Para representar em sua mitologia um deus executor de um gozo *todo*, os gregos, esse povo tão criativo e rico de personagens mitológicos, forjaram a figura do deus Pan. Trata-se de uma divindade metade homem, metade animal, sendo que a metade natureza à qual pertence indica o irrestrito, quase instintual, de sua busca de satisfação. Segundo a lenda, este ser anfíbio possuía uma capacidade sexual avassaladora, cuja realização dispensava a aquiescência das jovens mulheres ou dos efebos, a quem também perseguia quando lhe dava vontade. Corria atrás das ninfas e rapazes jovens com igual paixão. Era parte integrante do cortejo do exagerado Dionísio, deus do vinho, da embriaguez, da paixão, do bacanal. Um dos mitos de como foi concebido o torna filho de Zeus e Hybris, o excesso, característica que herdara de sua mãe. Suas vítimas, aterrorizadas, corriam apavoradas quando Pan se aproximava delas, visto que se viam incapazes de não serem tomadas nesse gozo superlativo. Querendo ou não, já se sentiam objetos consumidos por seu apetite desenfreado. Deduziam que seus corpos haveriam de ser utilizados para qualquer que fosse sua vontade divina de gozo. Assim seria não apenas

para a satisfação sexual, como também para o eventual ímpeto de dano, sequestro ou assassinato.

A palavra pânico provém desta fonte mitológica, deste terror, desta sensação de inércia e total desamparo, quase deste horror que seus desafortunados eleitos experimentavam, quando este ser excessivo os perseguia. Daí passou ao vocabulário usual, designando um sentimento adequado quando um perigo de dano real se aproxima.

Neste seu segundo livro, Eduardo Urbaj encara, com recursos de formalização da mais pura estirpe psicanalítica, uma metapsicologia apropriada que lhe permite inventar recursos para *saber-fazer-frente* a um fenômeno (do grego *phainein*, “o que se dá a ver”), o “ataque de pânico”, que, pelas razões que são expostas neste volume, se fazem cada vez mais presentes em nossos consultórios. Se esclareço a procedência analítica das indicações que o autor, com ênfase justificada, enumera para alcançar esse *saber-fazer-frente* aos ataques de pânico, é porque, *a priori*, parecem contradizer as indicações usuais do dispositivo clássico inventado por Freud.

Lembremos que esta forma de abordar um tratamento é aplicável exclusivamente às neuroses de transferência do adulto. Com efeito: a regra da associação livre, da atenção flutuante e do silêncio do analista (que em todo caso não significa mudez, mas antes o silenciamento da subjetividade, dos preconceitos e das opiniões do analista) não só não funciona nesses casos, mas faz com que o paciente piore e desconfie da ajuda que um analista possa lhe oferecer.

A associação livre (uma tradução espanhola um tanto estranha da palavra alemã *Einfall*, uma “queda em direção”) pressupõe (como Freud deixa explícito em seus escritos técnicos) que, além da representação consciente, essa “queda em direção” guiará a associação “livre” do analisante em direção à *Ziel-Vorstellung*, representação-meta inconsciente. O que implica que, para o analisante, essa instância psíquica

já está organizada em construções sobre as causas dos sintomas. Por isso, em um paciente tipicamente neurótico e adulto, podemos iniciar com o dispositivo clássico. Uma vez que o inconsciente já encontrou relações causais para o sofrimento, a hiância real que organiza o inconsciente está velada por um fantasma constituído e reconstruível na transferência.

Nenhum analista sonharia em aplicar este dispositivo a uma criança, a um adolescente, pois ainda não chegaram ao momento de “fechamento” de um fantasma definitivo, nem terminaram sua estruturação subjetiva. Muito menos a um adulto psicótico. Esses que, bem sabemos, se beneficiam muito da psicanálise.

Portanto, também não o aplicamos a sujeitos absolutamente impossibilitados de suspeitar sequer que determinados sintomas, como um súbito terror acompanhado de taquicardia, taquipneia, sensação de afogamento ou sufoco, formigamentos, parestesia, sensação de tremor, tontura, sudorese, quase certeza de morte iminente, possam corresponder a um conflito psíquico. O terror que acompanha o ataque de pânico não é comparável à angústia. E exige de um analista atento o desenho de um dispositivo, com o qual se possa abordar, de forma eficaz, o fenômeno deste curioso ataque de pânico, desencadeado por causas sem importância ou mesmo sem causas aparentes. Para poder aliviar o paciente, deve-se abrir para o sujeito o horizonte da vigência da lógica do fantasma e estabelecer pontes causais, ligadas ao presente e à infância.

Daí que surge a insistência do autor, aparentemente em contradição com Freud, sobre aquilo que o analista *não* deveria fazer: aplicar o dispositivo que acabamos de especificar. Para o neurótico, que estabeleceu em um *proton pseudos* aquilo que dá uma resposta causal a seus sintomas, a análise tentará esvaziar o lugar da causa, desvelando o fantasma, para fazer do objeto uma causa de desejo. Daí a tradução de Lacan, totalmente válida nas línguas latinas, que contraria o sentido comum do lema: *ablata*

causa tollitur effectus. Apenas passando o verbo *tollere* para o plural e propondo, então, *um ablata causa tolluntur effectus*, que Lacan traduz por: os efeitos só se sustentam na ausência das causas. Por isso que nos casos padrão não se responde ao pedido de explicações que um paciente pode fazer. Esperar, em vez disso, que a associação livre alcance as bordas da letra no inconsciente.

Pois bem, nestes casos que o autor examina, o que se propõe é o contrário: em relação às explicações, a questão é... dá-las. Longe de ser uma prática confortável, esse "dar explicações" exige ao máximo o desejo do analista, pois se trata de "emprestar significantes" ao paciente, sem que estes estejam relacionados aos gostos, preconceitos, opiniões ou sentimentos do analista. Para sujeitos a quem a ideia de um transtorno psíquico nem sequer lhes passava pela cabeça, deve-se dar a explicação de que muitas alterações do corpo correspondem ao psiquismo. Muitos pacientes vêm à consulta após uma peregrinação inútil por vários especialistas e levam muito tempo para aceitar a ideia de que sua doença não só é psíquica, como também, na maioria das vezes, se originou na infância, sem que o sujeito jamais tivesse percebido até que ponto ele estava, desde pequeno, constrangido, por algum deus Pan familiar, a sustentar o Outro, a se adaptar, a poder com o impossível. Não chorar, não reclamar, suportar.

Quando a vida adulta, cada vez mais exigente e inclinada a demandar alto grau de sucesso e eficiência, coloca o sujeito em algum cenário que evoca, novamente, essa demanda excessiva, geralmente aparece, como que do nada, o tremendo ataque de pânico. Nessas afecções é típico o aumento insuportável da tensão psíquica padecido na infância e despercebido tanto pelo sujeito infantil quanto pelos que o rodeiam, o que prejudica a capacidade de ligar cargas com representações que elaborem a quantidade de afeto.

Eduardo Urbaj vai perceber a coincidência desses quadros, que parecem estar na moda no curioso método classificatório do manual do *DSM IV* como ataques de pânico, com as afecções que Freud chamou, em 1895, de neuroses atuais: a neurastenia e as neuroses de angústia. O professor vienense atribuiu a elas um aumento da tensão sexual devido à insatisfação na própria região genital. O termo "atual" é mais do que pertinente: trata-se de afecções em que o paciente não consegue historicizar, nas quais é o analista que tem que trabalhar construindo hipóteses. Muitas vezes, contrariando o ronronar de queixas sobre o corpo e os momentos de descrições detalhadas de doenças supostamente orgânicas.

Não é de estranhar que, no final do século XIX, quando as relações sexuais, além de serem muito difíceis fora do casamento, acarretassem a possibilidade certa de conceber um filho, e que a abstinência ou o *coitus interruptus* gerassem quantidades de tensão sexual muito difíceis de elaborar, potenciais geradores desse tipo de neurose, nas quais Freud não encontrou nenhuma representação psíquica para resgatar do recalçamento. É por isso que este fundador as ignorou.

Hoje em dia, em que o coito se tornou quase trivial, outras quantidades de gozo tendem a acossar o sujeito. Mas a percepção de Freud é certa: nesses "ataques" trata-se de um gozo ao qual o sujeito não sente poder se negar, se subtrair.

Se o Nome do Pai é um *dizer* específico, e não uma soma de enunciados que baixam dos céus os mandamentos e normas de comportamento, nestes quadros fracassa a mera possibilidade de *dizer não*, ante a iminência de um gozo do Outro que atormenta.

O autor nos presenteia com fragmentos de sua clínica, nos quais confirma isso que, a partir das primeiras aproximações de Víctor Iunger, denomina de colapso temporário da função ordenadora da função paterna como limite ao gozo do Outro.

Leitor dos avanços da formalização que permite ir do singular ao plural para passar aos Nomes do Pai, Urbaj aponta para um dos nomes envolvidos nesse fenômeno: o fracasso do sinal de angústia, o nome Real do pai. Esta angústia sinal, ausente nos casos tratados neste volume, ou prepara um ato resolutivo, ou um retrocesso à máquina metáforometonímica da formação inconsciente de sintomas.

Predomínio do Isso, histórias de família no limite do suportável daquilo que se tem notícia, mas que jamais foram pensadas, poderosos mandatos superegoicos que mandam ser autossuficientes, fortes, autônomos, a certeza de não ter o direito de protestar ou incomodar: eis aí, os motivos de um progressivo aumento de tensão que explode em um corpo, que finalmente sucumbe ao temível deus Pan.

Ser sufocado por uma medicação psiquiátrica que dispense a situação dialógica da transferência só vai engendrar o transtorno do pânico, retração inibitória salpicada de múltiplos reparos fóbicos, com os quais o sofrimento tenta conter um novo aparecimento do ataque.

É por isso que costuma ser crucial a intervenção de um analista que aceite fazer *semblant* de psiquiatra, conforme demonstrado em um capítulo de Nicolás Touloupas, que constitui um ensinamento em si mesmo. Este famoso psicanalista, com sólida formação psiquiátrica, destrincha conceitos com os quais o leitor não deixará de se enriquecer, mesmo que venha do campo da psicologia.

Em um capítulo escrito com Esteban Levin, de clara inspiração deleuziana, conjecturam-se as circunstâncias infantis (falta de amor e desejo por parte do Outro cuidador, *Liebesversagung*, da qual Freud falou em várias ocasiões e à qual o texto se refere implicitamente) que poderiam fazer com que, mais tarde, na vida adulta, apareçam os ataques de pânico e os estados de pânico que os escandem. Enfatizo a menção ao tempo cristalizado, colapsado, sem virtualidade, ou seja, imobilizado em uma

espécie de eterno presente que impede a criança, agora adulto, de historicizar e entrar na dinâmica do tempo articulado.

Em outro, escrito com cuidadoso respeito aos limites de seu possível campo de atuação, Graciela Giorgetti comenta como a intervenção de terapias corporais, como o *shiatsu*, técnica japonesa que a autora domina com destreza, pode contribuir para lidar com o desconforto e com menos recursos aos químicos psicotrópicos, enquanto se desenvolve o trabalho de análise.

O autor, por fim, se declara heterodoxo. Por acaso, um analista pode não o ser, sem adular o próprio nó do trabalho analítico? O real da clínica não se deixa enquadrar em nenhum leito de Procusto, sem que este forçamento devastador desmonte a mola propulsora mais íntima de sua eficácia.

Com este texto que o leitor agradecerá, Urbaj demonstra ser analista da sua própria experiência: o do divã frequentado e o da poltrona em que escuta.

Seguindo a mais pura tradição analítica, conhecedor desde o primeiro Freud, estudioso com bom proveito do Lacan dos primórdios e do esforçado tecelão de nós, autoriza-se a não aplicar manuais, mas a se deixar levar pelo real da clínica, até encontrar a invenção que resolva, com uma derrota do temível deus do gozo todo, um padecimento que tornava a vida insuportável.

Novembro de 2019.

Introdução

Eduardo Urbaj

Começo a escrita deste livro batalhando contra uma enorme *resistência*. É um efeito de transferência? Será que estou contaminado pelos restos transferenciais de uma clínica que veio ao meu encontro, confrontando-me com um fenômeno que transbordava os recursos para os quais minha formação como analista havia me preparado?

O leitor atento já poderá estar me fazendo uma primeira objeção: por acaso a *resistência* não foi elevada, já faz tempo, à categoria de um conceito fundamental dentro do campo da psicanálise? Sabe-se que Freud muito cedo reconheceu que o dispositivo analítico suscita resistências ineludíveis e advertiu que aprender a contorná-las era um elemento crucial da formação de todo analista. Mas... *as resistências com as quais nos enfrentamos, quando recebemos a demanda de atender a um sujeito que sofreu de ataques de pânico, são de uma textura peculiar e diferente da que conhecemos...*

Sabemos da resistência do discurso a se deixar atravessar pela castração e de como um sujeito evita neuroticamente o encontro com a barra de sua divisão; dos modos nos quais a fixação pulsional e a viscosidade da libido resistem aos confrontos com os desejos que despertam no curso de uma análise. Conhecemos a tarefa árdua que representa lidar com a transferência, quando se articula com a resistência e contamos com as ferramentas conceituais para orientar-nos com maior ou menor perícia de acordo com os casos. Então, por que colocar de entrada um modo particular da resistência? *Porque o fenômeno com o qual*

nos encontramos está radicalmente descentrado dos modos de padecimento para os quais o dispositivo analítico foi criado.

Por consequência, nos encontramos com duas dimensões peculiares da resistência: do lado dos pacientes, uma ignorância radical, que nem suspeitam de que seus ataques de pânico possam ter alguma causa psíquica. Nem se inteiram de que em suas vidas - além dos ataques - haja algo que talvez não esteja andando tão bem como imaginam...e do lado dos analistas?... Geralmente nos deparamos com uma demanda tal que não podemos responder com a menor eficácia terapêutica sequer, se apelarmos às nossas ferramentas clássicas.

Resistência a aceitar o desafio? A nos confrontar com os diversos modos em que as patologias atuais nos interpelam? Talvez preferíssemos nos limitar a interpretar as floridas formações do inconsciente de nossos pacientes no divã? Por que não? Por que haveríamos de nos ocupar de atender este fenômeno que nos confronta com uma dificuldade tão peculiar e que nos intima a investigar novos métodos para sua abordagem?

Talvez, a resposta se imponha na reiteração do encontro clínico com a evidência perturbadora de que a maior parte das disciplinas que historicamente têm se ocupado de atender a estes pacientes ou não têm em conta as causas que o determinam, ou se equivocam no modo de fazer a leitura de suas determinações. Portanto, seus tratamentos não passam de ser uma cosmética que eterniza uma cura que será adiada *ad infinitum*.

Mais uma vez, a psicanálise é convocada a dar respostas ali aonde a subjetividade de sua época - e em nosso tempo este fenômeno tem se difundido massivamente - a empurra a responder.

Atento e advertido da extensão do desconcerto que paira nas filas de espera de tantos colegas, dada à irrupção cada vez maior de pacientes com ataques de pânico em seus consultórios - ou que chegam a pedir ajuda nas

emergências médicas, profundamente angustiados -, é um imperativo ético para mim, e, não podendo ignorar, promovo o debate e o ensaio para dar conta de nossa experiência, que ora compartilho.

Capítulo I

Saber o que não fazer

A primeira vez que me encontrei com um paciente que sofria ataques de pânico, carecia de ferramentas conceituais para poder abordar o caso e para pisar em terra firme. *Não sabia bem o que fazer*. Mas foi de uma enorme relevância contar com um conhecimento que, ao menos, me colocava a salvo - e com certeza e fundamentalmente colocava a salvo o sujeito que, sofrendo, vinha me consultar - de intervir de um modo que produzisse um dano iatrogênico. Esse conhecimento fundamental era o de que, ao menos, sabia o que *não fazer*.

1. A inadequação do método

Durante décadas, muito pouco se falou do ataque de pânico no campo da psicanálise. Os psicanalistas não trabalharam muito e nem formalizaram este fenômeno.

O ataque de pânico é *um fenômeno que pode ocorrer em diversas estruturas* e seus modos de apresentação fazem-no absolutamente resistencial à abordagem analítica clássica. Isto me levou a perguntar se, justamente, não será isto mesmo o que produziu que o ataque de pânico, como fenômeno clínico, seja um tema do qual se tem falado tão pouco dentro do campo da psicanálise. ***Nós nos encontramos com sujeitos refratários a qualquer tentativa de situar algo da ordem de alguma implicação subjetiva.***

Além disso, temos que considerar que Freud desde o princípio os coloca fora do campo de sua incumbência. Em que Freud se embasou

quando armou inicialmente sua nosografia? Embasou-se no critério de analisabilidade.¹

Freud está preocupado com o reconhecimento. Ele quer que seu método seja reconhecido pela autoridade médica e pela comunidade científica, não avançando onde não tem argumento sólido que o respalde. Ele se dá conta de que esta ferramenta que está polindo, que é a psicanálise, não tem eficácia terapêutica para abordar as neuroses atuais. Coloca isto nos textos do final do século XIX (1895), nos quais distingue claramente neuroses atuais de psiconeuroses de defesa.

O que Freud descobre como decisivo para deixar as neuroses atuais fora do campo abordável pela psicanálise é que *estas neuroses carecem de mecanismo psíquico*. Seus sintomas são produto de uma quantidade de libido que não encontra via de descarga e que impacta diretamente o corpo. E porque carecem de mecanismo psíquico, porque não têm nada recalçado, ali não se pode aplicar a psicanálise por não haver uma representação interpretável.

Então, Freud, no final do século XIX, deixará todas as patologias, cujas etiologias não sejam produtos de conflito psíquico e nas quais não foram ativados os mecanismos de defesa, fundamentalmente o recalçamento, fora do campo do que é tratável pela psicanálise. Deste modo, as neuroses de angústia são tratadas por Freud com alguns conselhos sobre as práticas sexuais, mas não as considera aptas para se aplicar o dispositivo analítico em florescimento. Alguns anos mais tarde, fará um segundo ordenamento do que fica dentro ou fora do campo do tratável pela psicanálise entre as neuroses narcisistas e as neuroses de transferência, em que o eixo central é a disposição à transferência. Embora

¹ Tomo como referência para este desenvolvimento anotações da disciplina Clínica Psicanalítica I da Faculdade de Psicologia, UBA, *Las nosografías freudianas y lo "no analizable"*, de David Laznik, 2007.

estes pacientes - os que sofrem de ataques de pânico - costumem contar com a probabilidade de entrar em transferência², há algo da urgência implicada na demanda que complica de entrada o laço transferencial no encontro com eles. Será apenas a partir de 1920, com a introdução do reconhecimento da existência de algo que destrona o princípio do prazer como eixo que governa o psiquismo, que deixará aberto o campo para a enorme complexização que implicou a segunda tópica - eu, isso e supereu - e ocorrerá a ruptura de opções binárias para separar o analisável do não analisável. O que antes ficava fora - como a angústia - agora passa a estar no centro mesmo da prática analítica e os limites do que ficaria dentro do campo de sua incumbência se esfumam.

Sabemos que Lacan praticamente não se interessou pelo tema. Na sua época, no entanto, o ataque de pânico não tinha nome próprio. Que hoje tenha é muito importante porque, pelo menos, permite a muitos sujeitos colocarem um nome a um sofrimento que os invade e que se caracteriza por provocar um desconcerto enorme.

E também tem o problema da origem da nomenclatura: o termo ataque de pânico foi cunhado nos anos 80 pela psiquiatria como uma novidade, ficando desvinculado dos trabalhos de Freud sobre o tema, desenvolvidos quase oito décadas antes.

Então, Freud deixa-o inicialmente fora do campo do analisável, Lacan apenas o menciona e, além disso, é um diagnóstico que vem do campo da psiquiatria. Houve uma época em que havia uma tendência dentro da psicanálise a rejeitar tudo o que vinha do campo da psiquiatria e levou um bom tempo para acontecer o encontro e a possibilidade do trabalho interdisciplinar.

² As dificuldades específicas que se apresentam na transferência serão desenvolvidas no Capítulo VII, "A transferência e o sujeito suposto saber em sua dimensão simbólica e imaginária".

Retomando a pergunta sobre a pertinência do dispositivo, vemos que efetivamente *é uma patologia para a qual o método psicanalítico é inadequado*. No entanto, diante da insistência dos pacientes, que aparecem cada vez mais com estes sintomas, temos que atender isso que nos chega como demanda. Porque se cedermos, muitas vezes, teremos uma abordagem do fenômeno que não atende às causas que o determinam e estas causas são a primeira coisa de que temos que nos ocupar. Precisamos nos afastar da ortodoxia, deixar em suspenso o método psicanalítico clássico e, desde as ferramentas teóricas que temos, inventar as ferramentas adequadas para conduzir um tratamento e criar as condições para que estes pacientes possam ter acesso a um dispositivo analítico, ao qual não poderão ingressar espontaneamente, como, por exemplo, uma histérica poderia fazer. É o que Lacan em *A direção da cura...*³ chamava “retificação das relações do sujeito com o real”, indicação que nos remete a pensar nas diversas manobras que um analista deve considerar realizar previamente à possível instalação de uma análise.

Outro motivo que certamente incidiu para que os psicanalistas não tenham se ocupado muito deste tema é a urgência com que se apresentam estes casos. Uma urgência que é avassaladora e nos coloca uma demanda massiva, muito exigente, muito difícil de manejar.

Então, com quais ferramentas os psicanalistas contam para uma abordagem clínica destes quadros, que implique alcançar uma eficácia terapêutica? Creio que temos ferramentas para abordar estes casos com total eficácia terapêutica. Temos apenas que perceber quais são as particularidades do fenômeno com que nos enfrentamos e, a partir daí, repensar modos heterodoxos de intervenção apropriados.

³ Jacques Lacan: “La dirección de la cura y los principios de su poder”, *Escritos II*, Siglo XXI, México, 1976.

2. Escutar o que os pacientes nos ensinam

Sabemos que, desde o início da psicanálise, foram os pacientes, suas históricas, que brindaram Freud com as chaves para elucidar os mecanismos da neurose e os métodos apropriados para abordá-la terapêuticamente. Desde então, nós, analistas, temos aprendido a escutar atentamente o que os pacientes nos ensinam. No meu caso, pude receber uma lição de grande valor na primeira vez que me encontrei com um paciente que sofria de ataques de pânico: uma lição sobre *o que não fazer*.

Tratava-se de uma mulher de aproximadamente 40 anos que há algum tempo sofria de vertigem, tonturas e náuseas, que aconteciam repentinamente em qualquer momento do dia ou da noite. Quando este mal-estar a invadia, ela se assustava muito. Em algumas situações, chegava a sentir que estava morrendo e entrava em pânico. Então, começava a faltar ar, não podia engolir, sentia palpitações, taquicardia e um suor frio que a aterrorizava. Tinha feito diversas consultas médicas, muitos exames e não encontraram nenhuma causa verificável a estes sintomas. Eu lhe perguntei se havia feito alguma consulta psicológica até o momento e ela respondeu que sim, que havia tido uma entrevista com um psicanalista, a quem viu só uma vez e de quem preferia nem se lembrar. Longe de encontrar um alívio ao seu mal-estar, saiu com raiva e ofendida pelos comentários feitos pelo analista em questão, o que na continuidade passou a me relatar.

Relata que foi àquela entrevista com certa dificuldade, porque sua filha mais nova havia tido um mal dia e, quando isso acontecia, tudo se complicava para ela. Essa menina tinha uma síndrome orgânica de nascimento, que às vezes lhe provocava sintomas tais como vertigem, sudorese e náuseas. Ao inteirar-se disto, o analista lhe assinalou a coincidência dos sintomas da sua filha com os que ela diz sofrer quando

tem os ataques, e lança-lhe uma interpretação que vincula seus ataques de pânico ao peso e ao sofrimento derivados de ter que assumir a criação de uma filha doente na sua vida, com toda a frustração e o esforço que isto implica.

Foi embora com raiva e claro que nunca mais voltou. Para mim tornou-se muito evidente o porquê. Quando a atendi, fui compreendendo que essa filha discapacitada tinha sido para ela uma espécie de bênção: ocupar-se de sua filha com devoção era para ela algo da ordem do reparador, que lhe permitiu aliviar velhas culpas e uma via legítima para canalizar um dom de amor.

O analista cometeu dois erros graves: o primeiro erro é clássico, produto de *apressar-se a compreender*, e sabemos que é fundamental na formação de todo analista aprender a escutar sem se apressar a compreender.

O segundo erro é mais específico do caso que estamos investigando, que me advertiu sobre ***o que nunca fazer nestes casos***: supor que os sintomas que irrompem nos ataques de pânico são sintomas interpretáveis segundo a lógica do significante e que na repetição sempre se expressa um mecanismo psíquico. Vertigem, sudorese, náuseas/ vertigem, sudorese, náuseas... Ele interpretou como uma possível identificação histérica, já que supôs que a enfermidade desta filha deve ter sido muito dura para ela. O comentário, que tem valor de interpretação, sobre se seus sintomas podiam ter relação com os de sua filha, ofendeu-a profundamente e ela não quis voltar a vê-lo.

Efetivamente, seus ataques não tinham nada a ver com isso. *A coincidência dos sintomas era aleatória, não causal*. A filha sofria deles por causa de sua síndrome orgânica. Já a paciente por seus ataques de pânico. Seus ataques de pânico remetem a uma história que não tinha nada a ver com sua filha, mas com sua própria história infantil. Então, *o que não fazer*

nestes casos é interpretar. Os sintomas são reais, não conversivos. Descrevem a presença de um corpo não simbolizado. Para poder abordá-lo, precisamos entender a falha estrutural que se expressa fenomenicamente nestes sintomas. Sintomas não analíticos.⁴ Precisamos entender qual é esta falha estrutural para poder inventar modos de intervenção que se suportem numa lógica que dê fundamento às nossas intervenções.

⁴ “*Um sintoma analítico não é nada mais que um sintoma que tem uma estrutura tal que possa ser interpretado*”. D. Laznik: *Elisabeth von R: del padecimiento a la queja y de la queja a la producción del síntoma analítico*, anotações da disciplina Clínica Psicanalítica I da Faculdade de Psicologia, UBA.

Capítulo II

Do objeto da angústia ao objeto do fantasma: observações sobre a abordagem clínica do ataque de pânico ¹

Corriam os primeiros anos do novo século. Minha prática clínica havia começado há pouco mais de uma década quando, de repente, irrompeu em meu consultório uma demanda que me surpreendeu ...Tratava-se de uma mulher de quase 40 anos que se apresentava de um modo totalmente inédito para mim. Tinha vindo por recomendação de um neurologista que estava fazendo exames de alta complexidade, nos quais ela confiava que mostrariam alguma doença que estivesse causando a variedade de sintomas de que padecia há vários meses: palpitações, sudorese, temores, aflição, sensação de asfixia, mal-estar torácico, náuseas, instabilidade, tonturas, calafrios, sufocamentos ... Quando sofria destes ataques, ela tinha certeza de que estava morrendo e entrava em pânico.²

Passou vários meses visitando médicos de diversas especialidades, fez estudos exaustivos de todo tipo e não havia aparecido nenhuma afecção orgânica detectável até o momento. O neurologista também lhe indicou realizar uma série de exames específicos para descartar qualquer causa orgânica para seus padecimentos e sugeriu que consultasse um psicólogo enquanto esperava os resultados, pois havia a possibilidade de que seus sintomas fossem produzidos por causas psíquicas. Ela rejeitou

¹ Reescrita do artigo publicado no *Cuadernos Sigmund Freud* 30, Ed. EFBA, Buenos Aires, 2018.

² Para quem nunca esteve diante de um ataque de pânico, recomendo ver os primeiros capítulos da série *Os Sopranos*, em que o protagonista o recria tão fielmente, que é quase como observar um caso clínico.

categoricamente essa possibilidade, convencida de que tudo estava bem em sua vida e de que não tinha nenhum problema: era feliz no casamento, tinha um filho pequeno que adorava e uma profissão na qual havia desenvolvido uma carreira com êxito.

Sua vida transcorria sem maiores sobressaltos até que, repentinamente, tudo se complicou ... a partir da irrupção destes sintomas, que começaram a atormentá-la, vivia com medo de que se repetissem - o que efetivamente acontecia com bastante frequência.

Semanas após o início das entrevistas comigo, ela recebe os resultados dos exames neurológicos, que foram negativos. Seu neurologista descarta qualquer lesão orgânica como possível causa dos seus sintomas e ela se deprime profundamente; e manifesta ainda sua perplexidade. Para ela é inadmissível sequer pensar que o que lhe acontece não seja produto de uma afecção orgânica, porque, então, teria que aceitar que as causas eram psicológicas ... enfim ... para ela seria reconhecer que está "louca" e não se sente assim ... Como vivia num estado de expectativa angustiante permanente, podendo falar apenas dos sintomas somáticos que a atormentavam, decido fazer uma interconsulta psiquiátrica, e doses racionais de "Clonazepan" lhe dão um pouco de tranquilidade, o que abre para mim uma possibilidade de interrogar o que acontecia em sua vida além de sofrer destes ataques.

Não era a primeira vez que eu me deparava com o fenômeno do ataque de pânico - um encontro anterior³ já tinha me ensinado o que não fazer nestes casos -, mas era um primeiro encontro com um caso grave e atual que demandava respostas urgentes para as quais nenhuma formação recebida anteriormente havia me preparado.

³ Ver capítulo I, "Saber o que não fazer" neste mesmo volume.

A clínica nos apresenta o desafio de nos reinventar a cada vez com cada novo caso, porém este me convocava a um terreno que era totalmente desconhecido para mim... Então, decido começar a investigar, buscando me orientar sobre como intervir, e volto a reler os textos de Freud sobre as neurastenias e as neuroses de angústia⁴. Embora seja da psiquiatria dos anos 80 que estes quadros se nomearam como ataques de pânico, eu me lembrava vagamente de que a descrição do DSM IV coincidia em geral com a que Freud havia estabelecido para as neuroses de angústia no final do século XIX.

Abri o livro sem muitas expectativas, com o preconceito de que era um texto pré-histórico em que toda neurose era por conta de desordens de alcova. Para minha surpresa... encontrei indicações muito valiosas.

Freud postula naquela época que as neuroses de angústia carecem de mecanismo psíquico e, portanto, não são tratáveis pela psicanálise porque não há nada recalçado e, portanto, não há uma representação interpretável. Lembremos que eram tempos de fundação, nos quais Freud estava delimitando o campo de incumbência da psicanálise. Então, ele deixa fora de seu campo tudo o que tem a ver com as neuroses atuais. Mas, ainda assim, nos deixa todos os ensinamentos necessários para sua abordagem. O texto de 1895 é *um clássico de absoluta atualidade, desde que se saiba lê-lo com as chaves adequadas para traduzi-lo*.

Freud diz ali que há um *acúmulo de excitação sexual* que vai direto ao corpo e coloca a *abstinência sexual e o coitus interruptus* como causa principal desta sobrecarga, o que é coerente com a inexistência de métodos contraceptivos eficazes no final do século XIX. Além das preocupações que isso gerava, ainda temos que levar em conta que era tabu falar de sexo.

⁴ Sigmund Freud: "La neurastenia y la neurosis de angustia." (1895), *Obras Completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires.

Não havia recursos simbólicos para que uma pessoa pudesse relacionar um ataque de angústia com o que Freud chamava *perturbações e influências nocivas provenientes da vida sexual*. Por isso, não é de se estranhar que ele visse em sua casuística que o que estava na ordem do dia, em 1895, para provocar o aumento da excitação que não encontrava vias de descarga nem de ligação psíquica, era a problemática da insatisfação sexual.

Com isto em mente, creio que podemos passar a escutar qualquer caso que nos chegue com um fenômeno de pânico, sabendo que não se tem, necessariamente, uma etiologia sexual. Pode ter também, mas atualmente isso tem se deslocado para outras fontes que também comprometem a economia libidinal: problemas econômicos, laborais, afetivos, etc. O que se repete de forma idêntica é que encontramos sujeitos que, até a aparição destes sintomas, ao nível do que poderíamos chamar de corpo não simbolizado, *não têm registro de qualquer problema*. Essa foi a primeira coisa que me chamou a atenção ao escutar esta mulher que, por fins práticos, vou chamar de Glória: a falta total e absoluta de registro ou reconhecimento de que em sua vida fosse possível algo não ir bem.

Encontrei também, no texto de Freud, uma indicação clínica fundamental: ele diz que toda terapia repousa na possibilidade de baixar o nível da carga que gravita no sistema nervoso acima do limite tolerável; e que isso se consegue por meio de diversas influências exercidas sobre a combinação etiológica. Isso significa que devemos atuar na combinação etiológica para tentar fazer baixar estas cargas.

A urgência e a rigidez da demanda que Glória apresentava não deixavam dúvidas de que tentar colocar nossas ferramentas clássicas em ação (atenção flutuante, associação livre) seria uma imprudência de resultados estéreis. O que ela demandava eram um diagnóstico e uma solução rápida e definitiva de seu problema para poder continuar sua vida

sem nenhuma mudança e, lamentavelmente, isso era impossível. Foi necessário dedicar um longo e paciente trabalho para poder estabelecer - e que ela pudesse reconhecer e aceitar - que essa pretensão era *um impossível lógico* e, portanto, uma ilusão insustentável... Foi assim que dediquei, durante um longo tempo, todo meu empenho em ajudá-la a entender a lógica do fenômeno que a fazia padecer. Ela se aferrava ao único recurso que tinha à mão para dar conta disso que sentia. Esse recurso era o discurso médico, a partir do qual interpretava que sofria ataques de seu sistema nervoso ou que tinha problemas cardíacos... Era o modo que encontrava para explicar o fenômeno que a invadia. Isso me colocou na pista de que *a primeira coisa que eu tinha que fazer era o contrário do que os analistas costumam fazer*. Estes pacientes estão confusos e assustados pela falta de compreensão do que estão sofrendo. *Demandam explicações desesperadamente...* pois bem: *temos que dá-las!* Quando nos movemos nas balizas do dispositivo analítico, procuramos não tamponar a hiância do inconsciente. A formação do analista dá especial ênfase em evitar fechar com sentidos coagulados, concedendo ao paciente uma resposta à causa de seus padecimentos. Lacan sintetiza isto magistralmente, quando nos ensina que *“os efeitos só funcionam bem na ausência da causa”*⁵.

Mas para esvaziar o lugar da causa, esse lugar tem que estar, pelo menos, parcialmente ocupado. Nestes casos está completamente vazio porque *as ligações causais* estão rompidas⁶. Por mais enganosa que seja a relação causa-efeito, ela permite organizar nossa maneira de pensar os acontecimentos que temos que viver e tornar compreensíveis as cenas do mundo que habitamos.

⁵ Jacques Lacan: *Seminário XI: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, Paidós, Buenos Aires.

⁶ Faremos uma análise detalhada sobre o problema da “causa” no Capítulo VI, “A abordagem clínica da ‘causa’ dos padecimentos”, neste volume.

As experiências posteriores que fui tendo ao atender outros pacientes com problemáticas similares foram confirmando que esta abordagem, com mais ou menos matizes conforme a gravidade do quadro e as qualidades estruturais em que se apresentavam, era sempre a adequada. Estes pacientes nem se dão conta de que estão fazendo coisas que não querem fazer, nem que dizem sim, quando queriam dizer não. Pode ser em uma relação de amizade, de casal, de trabalho, em qualquer âmbito.

Temos, então, que começar a dar sentido, ou seja, recriar os nexos causais. A função das explicações que temos que dar é a de ressituar o sujeito nos parâmetros simbólicos, quer dizer: *há causas para o que lhe acontece*. Não é algo sem motivo. Não tem outro modo de iniciar um tratamento, a não ser começando a fazer hipóteses, explicando-lhe de algum modo a lógica do que lhe acontece, produzindo a ressignificação dos ataques como sintomas de um desconcerto enigmático a desvelar, cujas chaves irão aparecer no desdobramento da sua história pessoal. O psicanalista Victor Iunger coloca que o ataque de pânico está determinado por um colapso temporal da função do Nome do Pai e que isso implica que a trama fantasmática, ordenadora da experiência habitual do sujeito, também está transitoriamente abolida.

Sua hipótese me pareceu muito interessante e me levou a questionar de que modo poderia pensar este colapso ao nível do nó borromeu, tendo em conta que, para Lacan, o próprio enodamento é Nome do Pai⁷.

Embora o ataque de pânico irrompa sem nenhuma causa aparente que o justifique, deve-se dizer que o pânico é *aparentemente sem motivo*. O que faz a estrutura explodir é justamente o fato de carecer de uma trama discursiva que lhe permita entender como chegou nesse ponto em que está

⁷ Victor Iunger: "El verdadero peligro", publicado en el diario *Página 12* del 11 de enero de 2007.
<https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-78919-2007-01-11.html>

absolutamente transbordando. O sujeito nada sabe do desconcerto fundamental em que está implicado. Então, algo falha no funcionamento do aparelho psíquico. Nós nos perguntamos: onde estava a angústia que deveria sinalizar esse perigo...?

Vamos abrir um parêntesis para contextualizar a pergunta: se Real, Simbólico e Imaginário estão enlaçados por um nó borromeu, ali onde alguém pode ser tomado como objeto de gozo do Outro aparece um sinal de alarme que indica que há um perigo e aparece a angústia. A angústia é o que vai parar o avanço do gozo do Outro sobre o corpo.

Lacan nos ensinou que tanto a angústia como a inibição e o sintoma são Nomes do Pai. São suplementos que cumprem a função de restaurar a função do Nome do Pai onde a metáfora paterna não consegue manter a estrutura estabilizada. É de se supor então que quanto melhor esteja estruturado um sujeito neurótico, quando a vida o coloca frente a um momento de irrupção do gozo do Outro, ele responderá com angústia e, se puder, fará um sintoma ou, na falta deste, uma inibição. Se não ocorrer nenhuma das duas, ainda restará a angústia como último refúgio do psiquismo. Na angústia o sujeito está enodado e sua presença ameaçadora indica que o buraco Real do Imaginário, onde se aloja (- ϕ), corre perigo de ser tamponado.

Quando *falta a falta*, se o nó responde, aparece a angústia e o seu chamado imperioso a um ato resolutivo ou algum suplemento do Nome do Pai que inscreva a falta.

Os analistas sabem que precisam ser muito cautelosos antes de suspender um sintoma ou forçar um paciente ao ato, ali onde há uma inibição. Não nos apressemos a retirar este sintoma ou essa inibição sem antes ver qual é a função que essa inibição, esse sintoma ou essa angústia está cumprindo para este sujeito.

Vamos fechar o parêntesis e voltar à pergunta que nos deteve: se o sujeito não tem ideia de que tem um problema, não da desordem na qual está implicado, como acontece a qualquer neurótico quando se consulta, nem sequer estaria advertido disso, se não fosse pelos ataques de pânico... Onde estava a angústia que deveria sinalizar esse perigo...? Aqui nos deparamos com uma falha na estrutura. *O pânico ataca a estrutura*, mas esta já tinha um problema na sua constituição: carecia do recurso da angústia como sinal de alarme⁸.

O ataque de pânico não é um ataque de angústia - isto já se deduz claramente dos desenvolvimentos freudianos de 1895 - é um *equivalente* da angústia, seu correlato somático. *O ataque de pânico entra no lugar da angústia que faltou*. E a angústia, que deveria ter aparecido e não compareceu ali onde deveria ter irrompido, ficou abolida para estes sujeitos como último refúgio do psiquismo.

Ao não contar com o recurso da angústia diante do aumento de tensão, o nó se tensiona e seu buraco central se estreita e desfalece por estrangulamento e, então, desencadeia-se o ataque de pânico - que não responde a uma situação de perigo real exterior, senão a uma situação prévia criada por uma invisível irrupção de gozo excessivo que o aparelho psíquico não pôde processar discursivamente. O pânico é a resposta do Real do corpo, ali onde o buraco Real da corda imaginária ficou tamponado e a angústia não veio como resposta. O gozo do Outro invade o aparelho de modo excessivo, sem a presença da demarcação fálica que lhe faça borda, perdendo-se também a noção mais elementar da realidade como cena habitável no campo do Outro.

⁸ As consequências da perda do registro da angústia, característica dos sujeitos que sofrem destes ataques, serão desenvolvidas amplamente no Capítulo VIII, "A subestimação precoce da angústia e o sentimento inconsciente de culpa".

Em todos os casos de pacientes que me chegavam com estes sintomas, encontrei sujeitos que padeceram situações de angústia extrema por vivências traumáticas durante períodos prolongados de sua infância. Experiências que para eles haviam ficado para trás - aparentemente superadas e esquecidas e às quais o sujeito já não dava importância - e deixaram esta marca que se articula com a ferocidade superegóica e o sentimento inconsciente de culpa, configurando um tipo de caráter⁹ de enorme exigência, onipotência, superadaptação ou autossuficiência pretendida. Dessas experiências precoces marcadas pela angústia traumática, efeito de vivências de desproteção ou desamparo psíquico em tempos constitutivos, derivam os tipos de caráter que fizeram da dor e da angústia, que chegaram a níveis extremos, histórias antigas que já não interessam. Isso faz com que, diante de uma situação externa que os submeta a uma pressão extrema, não se angustiem, nem registrem como especialmente perturbador o que estão vivendo. Terreno fértil para que uma gota qualquer possa fazer transbordar um copo que o sujeito nem se dá conta de quão cheio está. E essa gota, talvez um acontecimento fortuito não muito relevante em si mesmo, pode ser o fator desencadeante para o aparecimento dos ataques.

Se o ataque vem em lugar da angústia que não compareceu, paradoxalmente vem produzir enodamento *a posteriori*, via inibição, a partir do temor de que o ataque se repita. Freud dizia que a *espera angustiante* era o sintoma nodular da neurose de angústia. Ele que antes

⁹ N.T.: "Rasgos de caráter", no original. No texto freudiano *A Interpretação dos Sonhos*, encontramos uma passagem onde se destaca esta terminologia e verificamos a consonância com o pensamento do autor: "O que chamamos de nosso caráter se baseia nas marcas de lembrança de nossas impressões, e são exatamente as impressões que mais tiveram ação sobre nós, aquelas de nossa primeira juventude, essas que quase nunca se tornam conscientes." (p.516). "Rasgos de caráter" são considerados pelo autor como os traços marcados no Isso que não encontraram, até então, significações no Inconsciente. Esses se mostram na forma de mandatos superegóicos que se estendem ao sujeito e às pessoas de sua convivência. Encontramos alguns exemplos no Prólogo de Silvia Amigo: exigências de autossuficiência e autonomia, ausência de queixas, entre outros. Para tanto, vale lembrar a diferenciação que Lacan faz entre as formações do Isso e as do Inconsciente.

se comportava como um sujeito onipotente, que não sabia de nada, nem tinha registro da opressão à qual estava submetido, depara-se enfim com um limite: o medo de que o ataque se repita funciona como borda fálica, é a barreira que já não pode atravessar. Encontrou uma medida que adquire valor de inibição¹⁰. Uma estabilização precária, pois as condições etiológicas não mudaram no essencial e as inibições também geram frustrações e culpa.

Gloria vivia se censurando pela fraqueza, inadmissível para ela, de ter sucumbido a estes padecimentos que a rebaixava a viver no simples mundo dos mortais. Ela, que considerava que - salvo ressuscitar um morto - não havia nada impossível, fazia da eficácia um valor supremo. Quando se propunha algo, segundo suas palavras, era uma “topa tudo”¹¹.

Quando começou a contar sua história, percebi que não havia no essencial nada recalcado no sentido estrito. Tudo estava ali em suas recordações, porém o que predominava era o isolamento das representações que, ao não estabelecer pontes verbais, eram enunciados que ela pronunciava sem lhes dar a menor importância. Tal como seu relato de quando seu pai foi para longe e demorou muitos anos para voltar e ela, aos 9 anos, ficava sozinha cuidando de seu irmãozinho de 4 anos o dia inteiro, enquanto sua mãe ia trabalhar e a cada vez lhe lembrava o que teria que fazer, caso ela nunca mais voltasse. Foi preciso *me horrorizar*¹² com o seu relato para que a angústia que não estava ali, finalmente aparecesse do seu lado. Quando enfim apareceu, ligada a estas lembranças, veio um choro surpreendente.

¹⁰ Ver Capítulo III, “Distinções diagnósticas gerais: pânico, ataque de pânico e transtornos de pânico”, em que se desenvolve a produção desta borda fálica nos “transtornos” do pânico.

¹¹ N.T.: Topadora, no original. Topadora, no espanhol: uma pessoa que topa tudo.

¹² Esse modo de intervenção é de crucial importância cada vez que um paciente descreve uma cena desprovida do afeto que lhe corresponderia como necessidade lógica.

Em todos os casos que atendi depois, fui verificando que a direção da cura nestes casos passava, necessariamente, por uma fase preliminar de *re*-produção do objeto da angústia como passo prévio para fazer entrar em jogo o objeto do fantasma. Em outras palavras, fazer o sujeito entrar no discurso¹³ com a correspondente *re*-produção do objeto da angústia que ficou apagado do nó.

Foi preciso construir, pacientemente, a complexa trama na qual Gloria tinha ficado presa e algumas de suas arestas serão desdobradas nos capítulos posteriores deste livro. Mas parece importante localizar que o que desencadeou os ataques foi uma cena em que estava entregando, obedientemente e sem nenhum registro de que isto lhe afetava, nada menos que seu filho. Seu irmão, que ela cuidava quando pequeno, havia falecido já adulto, de morte súbita. Este episódio deixou sua mãe em um estado de confusão mental grave e a levou à desequilibrada pretensão de substituir seu filho falecido por seu neto. Sua mãe armou uma trama maquiavélica em que afasta Gloria de seu marido e rebatiza seu neto com o nome de seu filho morto, apropriando-se dele. Gloria sente que é seu dever entregá-lo e, sem pensar muito, cede à demanda. Deixa-o morando com sua mãe e vai trabalhar “tranquilamente”. Tinha muitas tarefas pendentes. Naqueles dias aparece - “*do nada*”- seu primeiro ataque de pânico. Verificar a negação tão absoluta que Gloria tinha sobre a afetação que este episódio lhe significava, e a naturalização com que havia relegado seu esposo e entregado seu filho, era verdadeiramente muito impressionante. E isso teve para ela o valor de uma revelação que demorou muito para aceitar, bem como para ser capaz de reconhecer quantas dessas coisas que aparentemente não a afetavam fazia no dia a dia. Um

¹³ Refiro-me ao discurso do mestre no sentido dado por Lacan no *Seminário XVII: O avesso da psicanálise*, no qual coloca que o discurso do mestre é o discurso do inconsciente.

longo percurso de trabalho analítico lhe permitiu reconhecer até que ponto a palavra de sua mãe tinha um valor inquestionável para ela e que ela mantinha seus ditos gravados a ferro e fogo, ao nível de um Supereu que ela confundia com ideias próprias. Ela agia no cotidiano arrastada por um empuxo pulsional acéfalo, puro Isso¹⁴, sem que essas representações tenham passado pela dialetização do trabalho do inconsciente. Não há dúvida de que esta dimensão do que irrompe na repetição em vão - o que Lacan nomeava como o que “não cessa de não se escrever” - é um dos ossos mais duros de roer que se apresentam na clínica...

¹⁴ Poucas vezes verifiquei com tanta clareza porque Freud disse que o Supereu é o advogado do Isso.

Capítulo III

Distinções diagnósticas gerais: pânico, ataque de pânico e transtornos de pânico

A crescente e intensa divulgação que este tema vem tendo faz com que, em algumas ocasiões, os sujeitos cheguem à consulta trazendo uma ideia preconcebida de seu diagnóstico, que carece de precisão. Para nos orientar, devemos ser capazes de distinguir as diferenças entre estas três categorias que implicam abordagens diversas, segundo os casos. Não é a mesma coisa se o paciente teve um acidente, entrou em pânico, ficou em estado de choque e talvez sofra de estresse pós-traumático, ou se sofreu um "ataque de pânico", ou se já nos encontramos com um quadro que vem perdurando e entra no que podemos chamar de "transtornos de pânico".

Procuraremos estabelecer essas diferenças.

Dizemos que alguém entra em estado de pânico quando sente um medo muito intenso e manifesto desencadeado por um fator que aterroriza e ultrapassa repentinamente. Geralmente, trata-se de uma situação provocada por um perigo que ameaça e que pode ser identificada. Pode ser por uma situação aparentemente trivial como o "pânico cênico", quando, por exemplo, alguém tiver que falar em público, ou por uma contingência dramática como um terremoto ou um tsunami.

Situações traumáticas identificáveis o desencadeiam e o organismo reage com reflexos neurofisiológicos típicos. O terror desencadeia mensagens ao cérebro, que indica para as glândulas suprarrenais que há uma emergência. As glândulas suprarrenais são glândulas triangulares do tamanho de uma ervilha situadas na parte ântero-superior dos rins. Estão cheias de adrenalina e descarregam-se subitamente na corrente

sanguínea, preparando o corpo para fugir ou enfrentar o perigo. A adrenalina faz com que o coração bombeie mais sangue, que é recebido por todos os músculos maiores para aumentar a capacidade de correr ou incrementar a força nos braços. O cérebro também recebe mais sangue para aumentar a capacidade de resposta diante da situação de emergência¹.

Leva três minutos desde o momento em que o cérebro envia o sinal de alarme até que o corpo fique repleto de adrenalina. Nesse período de três minutos, sente-se o coração bater com maior força e o sangue fluir por todo o corpo. Enquanto as glândulas suprarrenais continuarem recebendo essa mensagem de emergência, continuarão produzindo e descarregando adrenalina.

Quando o perigo passa, o cérebro para de mandar o sinal de emergência e as glândulas suprarrenais deixam de descarregar adrenalina. Durante um tempo, ainda sentimos os efeitos residuais do episódio: tremor, fadiga, sufoco... leva um bom tempo para nos recuperarmos e ficamos irremediavelmente esgotados, tanto mais quanto mais longa e intensa tenha sido a situação traumática sofrida. Mas isso não é tudo. Além da exaustão física, teremos que enfrentar o golpe para o psiquismo e a angústia que a situação traumática deixará como resíduo e que terá que ser processada com maior ou menor eficácia, segundo os recursos com os quais o sujeito contava e a violência do trauma².

Então, é de se destacar que o pânico irrompe por uma causa contundente que o desencadeia, pois isto nos permitirá localizar as

¹ Uma descrição mais ampla e precisa do que se desencadeia ao nível neurofisiológico nos ataques de pânico será desenvolvida no capítulo XI deste volume: "Do corpo à alma. Shiatsu como medicina integrativa". O leitor também poderá encontrar ali as chaves para compreender a velocidade com que essas descargas acontecem.

² Para um maior desenvolvimento da problemática do acontecimento traumático, sua consequência e seu tratamento, pode-se consultar *El manejo de la transferencia*, Ed. Letra Viva y Centro Dos, segunda edición, 2013, capítulo V, "Cuando irrompe lo siniestro", no qual condensa as ideias fundamentais que Freud coloca sobre o tema em "Inibição, sintoma e angústia".

particularidades do *ataque de pânico*. Porque o que o caracteriza é que irrompe em qualquer momento do dia ou da noite, no sono ou na vigília ***sem causa aparente que o desencadeie***.

Em qualquer momento, sem situações visíveis que o justifiquem, produzem-se estas repentinas e brutais descargas de adrenalina na corrente sanguínea que *desencadeiam um estado corporal que não corresponde a nenhuma situação real de perigo*. Como a descarga não pode ser direcionada para o exterior, ocorre uma espécie de implosão para o interior do corpo, que se manifesta na proliferação de sintomas somáticos de altíssima voltagem: palpitações, sudorese, tremores, asfixia, sensação de engasgo ou de não ser capaz de engolir, mal-estar torácico, náuseas, instabilidade, tonturas, calafrios, sufocamento. Segundo o DSM-IV, se um sujeito sofre mais de três ou quatro destes sintomas, via de regra já se pode diagnosticar como um “ataque de pânico”.

A ausência de uma situação de perigo real que justifique o estado de alteração corporal que começa a experimentar coloca o sujeito em um estado de profundo desconcerto e perplexidade, levando-o desesperadamente a buscar explicações que geralmente acreditará encontrar no discurso médico, confundindo seu estado com um infarto do miocárdio, ou um acidente cerebral vascular (AVC), ou qualquer outra alteração grave de sua saúde proveniente de uma enfermidade orgânica. A interpretação incorreta destes sintomas causará a intensificação do terror. Às vezes chega a ter certeza de que está morrendo ou tendo um ataque que põe em risco sua vida, e é assim que entra em pânico...

Se não são tratados com eficácia em suas primeiras manifestações, os ataques tendem a se repetir e o pânico se auto-engendra: o sujeito sofre de um medo crescente de que o ataque se repita. Aparece o medo de sofrer um novo ataque e com ele todo tipo de medidas preventivas que, com o tempo, configuram o que a psiquiatria denomina *transtornos de pânico*.

O transtorno de pânico é um quadro basicamente inibitório. Quando recebemos um sujeito que está sofrendo dele, é importante discernir que este transtorno é em si mesmo uma medida defensiva cujo mecanismo é preciso desvendar antes de dissolver. Isso nos diferencia de outros terapeutas: ***não atacamos o mecanismo defensivo sem relevar, previamente, a função que esse mecanismo está desempenhando para esse sujeito.*** Veremos que essa função é uma tentativa fracassada de limitar os efeitos devastadores do quadro que estes sujeitos padecem.

A título de antecipação, podemos dizer que nos encontraremos com sujeitos outrora onipotentes, que não fazem ideia de por que caíram na impotência. Sujeitos que carecem de registro do que os afeta, que se negam a reconhecer a opressão a que estão submetidos e que se deparam enfim com um limite: o medo que o ataque se repita se configura como uma borda que cumpre uma função essencial – a do encontro e reconhecimento de uma barreira que já não podem atravessar. Encontraram uma medida que adquire valor de inibição.

O transtorno de pânico permite atingir um certo grau de estabilização, mas de um alcance muito precário, porque as condições etiológicas não mudaram no essencial e as inibições, fobias e rituais obsessivos empregados para espantar seus demônios também geram frustrações e culpa. As fobias e os rituais obsessivos são um mecanismo defensivo muito comum nos transtornos de pânico. É um mecanismo altamente eficaz para prevenir o encontro do sujeito com os objetos que o aterrorizam e que podem desencadear um ataque.

O problema é que, se por um lado fornecem um quadro eficaz como prevenção, por outro acarretam o incômodo de que, ao multiplicar os objetos fóbicos, a vida do sujeito fica cada vez mais restrita até converter-

se num inferno, que não deixa espaço para viver com alguma margem de liberdade³.

Agora que distinguimos estas três dimensões - pânico, ataque de pânico e transtornos de pânico -, podemos começar a situar os desafios e problemas que temos que enfrentar quando estamos diante de um paciente que se deparou com o horror de sofrer um ou vários *ataques de pânico*, e estaremos com condições de distinguir se está em um estágio primário ou se já se transformou até se converter em um transtorno de pânico com as complexidades que isto implica para seu tratamento.

³ A fim de ter uma dimensão do que pode representar para um sujeito viver com um transtorno de pânico, faço referência a uma experiência de atendimento de um paciente que evitava, com eficácia, ter ataques de pânico - ataques que o haviam aterrorizado por longos anos - e que se manifestavam acompanhados por repentinas urgências de ir defecar sem conseguir segurar: se não achava um banheiro, “fazia cocô nas calças” ou “morria”. Estes ataques se desencadeavam especialmente nas longas viagens que se via obrigado a fazer com regularidade devido aos seus compromissos de trabalho. Então, desenvolve um mecanismo fóbico pelo qual não pode entrar em nenhum carro que não seja dirigido por ele. Sendo ele quem dirige tem o poder de decidir a rota que irá seguir e as paradas que ele precisa, sem ter que dar explicações. Uma série de rituais obsessivos permite que ele chegue ao destino: estudava o itinerário previamente e fazia um roteiro de modo tal que se assegurasse de passar por um posto de gasolina - com seus banheiros - com uma frequência preestabelecida. Se esta frequência fosse cumprida, assegurava-se de chegar ao destino sem o risco de explosão de um ataque durante a viagem. O problema era que para chegar a um destino que estava, digamos, a 300 km, ele fazia um percurso de 700 ou 800 km. Chegava exausto, esgotado física e psiquicamente e precisava de um dia inteiro para se recompor e poder realizar as tarefas de trabalho que estavam pendentes. Já se sabe que os mecanismos obsessivos exigem cada vez maior complexidade dos rituais que lhe são impostos compulsivamente... até levar o sujeito a um terreno em que a vida já não tem espaço onde se desenrolar.

Capítulo IV

Introdução às particularidades do fenômeno

Os ensinamentos de Sigmund Freud, desde 1895, com a conceituação das neuroses atuais, a 1925 com seus desenvolvimentos da angústia como sinal

Para poder dar conta deste particular fenômeno com o qual devemos nos confrontar, daremos uma volta pelos ensinamentos freudianos sobre a angústia, partindo das extraordinárias formulações que Freud publicou em 1895 nos dois textos que situam as neuroses de angústia com um estatuto diferenciado de outras patologias, para chegar posteriormente ao novo enfoque que, em 1925, permite estabelecer o estatuto da angústia como sinal de alarme.

1. 1895, *A neurastenia e a neurose de angústia*¹: Chaves de leitura para um texto que pode parecer anacrônico, mas que é de uma atualidade inquietante.

Quando Freud define o estatuto da neurose de angústia, vai deixar muito claro que, o que se apresenta clinicamente não é o fenômeno da angústia propriamente dito, mas sim um quadro em que o corpo é inundado por sintomas somáticos, que ele vai definir com um valor equivalente ao da angústia. Freud vai chamar assim em 1895: *“equivalentes ou rudimentos do ataque de angústia”*, mas **não é a angústia**; esta é uma tese forte e plena de consequências. Porque se a angústia é a sinalização de um perigo², estamos no campo da

¹ Sigmund Freud: “La neurastenia y la neurosis de angustia” (1895), *Obras Completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires.

² O perigo é uma dimensão importantíssima dentro da constituição do psiquismo. A noção de perigo implica ter incorporado uma representação que põe o sujeito em alerta e lhe permite se antecipar e tomar precauções frente à situação que o ameaça. Muitos episódios traumáticos assumem esse valor justamente porque a surpresa de sua irrupção não deixa tempo para o sujeito reconhecer a ameaça que o persegue.

representação, em uma cena. Uma cena organizada pela moldura do fantasma da forma como todos a têm constituído. Mas no ataque de pânico esta estruturação subjetiva, que é a trama fantasmática, que organiza a experiência habitual do sujeito, também ficou abolida. Por isso não podemos interpretar: porque não existe trama fantasmática. Porque quando se interpreta, visa-se desvendar as arestas do fantasma que se escondem por trás do sintoma.

Todo sintoma é gerado por alguma cena fantasmática que tentamos desvelar, iluminar. No ponto do ataque de pânico, a estrutura colapsa e o sujeito se perde no horror de uma cena, na qual não pode se reconhecer. A realidade que se habita pela mediação do fantasma fica suspensa e aparece o terror. Porém esta conceituação da angústia como sinal de alarme terá ainda que esperar 30 anos para vir à luz.

Vejamos agora o que Freud nos diz em 1895³. No primeiro capítulo, ele nos fala de toda a sintomatologia clínica da neurose de angústia. Menciona a irritabilidade geral e a espera angustiante, que diz ser o sintoma nodular da neurose. Faz toda a descrição dos problemas cardíacos, ataques respiratórios, ataques de sudorese, etc. A maioria coincide com os sintomas descritos no DSM-IV⁴ que definem os ataques de pânico.

³ Sigmund Freud: "La neurastenia y la neurosis de angustia" (1895), *Obras Completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires.

⁴ CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DSM-IV PARA CRISE DE ANGÚSTIA ou **panic attack**:

Surgimento episódico e abrupto de medo e mal-estar intenso, que atinge um pico dentro de alguns minutos e que envolve pelo menos quatro (ou mais) dos seguintes sintomas:

- (1) palpitações, taquicardia, ritmo acelerado da frequência cardíaca
- (2) sudorese
- (3) tremores ou abalos
- (4) sensação de sufocamento ou falta de ar
- (5) sensação de engasgo ou asfixia
- (6) opressão ou mal-estar torácico
- (7) náuseas ou desconfortos abdominais

Finalmente, ele colocará a etiologia da neurose de angústia ligada às frustrações relacionadas às relações sexuais na vida cotidiana do sujeito. Aqui, é necessário fazer um trabalho de leitura para não ficar preso na ideia de que este texto é anacrônico. Pelo contrário: considero que o texto de Freud sobre a neurose de angústia *é um clássico de absoluta atualidade, sempre e quando saibamos lê-lo com as chaves de tradução apropriadas*. É absolutamente lógico que, em 1895, os ataques de angústia – que nem sequer alcançavam o estatuto da angústia – se desencadeassem por frustrações na vida sexual.

Vamos investigar porque determinadas situações podem ter relação com as condições culturais da época em questão, e como estas incidem em uma particular hesitação da estrutura que vai explodir diretamente sobre o corpo. A estrutura cambaleia, vacila e se produz uma descarga brutal que invade o corpo. O que é que faz explodir a estrutura? *Um excesso de tensão*.

Freud disse que há uma acumulação de excitação, que esta angústia não é passível de descarga e que não há vias de descarga porque não é proveniente de uma representação recalçada. Diz ainda que é irredutível por meio de uma análise psicológica e rebelde a toda ação psicoterápica. Por isso, a essa altura – em que precisa legitimar seu método frente à comunidade científica – vai colocar que se encontra fora do campo da psicanálise, fora do campo do analisável. Vai dizer que há um desvio da excitação sexual somática. Desvio do psíquico. Essa excitação sexual não é processada pela via do psiquismo.

(8) instabilidade, tontura ou desmaio

(9) desrealização (sensação de irrealidade) ou despersonalização (estar separado de si mesmo)

(10) medo de perder o controle ou enlouquecer

(11) medo de morte

(12) parestesias (sensação de dormências ou formigamento)

(13) calafrios ou calorões

Ele nos dá uma indicação clínica iluminada: *diz que toda a terapia repousa na possibilidade de baixar a certo limite o nível da carga que gravita sobre o sistema nervoso*. Quer dizer que temos que agir para fazer baixar estas cargas, operando sobre os componentes da combinatória etiológica. *Investigar as causas desta sobrecarga de energia que transbordou as possibilidades desse sujeito processar psiquicamente as excitações que o invadiram*.

Para fazer um trabalho de leitura deste texto de Freud, temos que verificar qual a realidade de 1895 em termos da sexualidade da época. E descobrimos que a sexualidade toda era um tabu e tanto. Freud diz que temos que investigar as causas nos problemas de alcova e que a comunidade médica sabe disso, mas... ninguém se atreve a reconhecer isso publicamente.

Além disso, as limitações dos métodos contraceptivos era um problema concreto. Temos que estudar a história dos preservativos para entender porque Freud dá ênfase especial às consequências da abstinência sexual e do *coitus interruptus*.

Ele faz uma lista das causas das neuroses de angústia ligadas basicamente à insatisfação, à acumulação da excitação sexual não descarregada. E entre as causas menciona o uso do preservativo. Fazemos um pouco de história... Em 1840, Goodyear e Hancock produzem o preservativo de borracha vulcanizada. Era um progresso extraordinário porque até então faziam o preservativo de tripa de porco. Os de tripa de porco eram melhores que os industriais porque mantinham a temperatura e eram elásticos, mas não era fácil conseguí-los.

Mas os preservativos de borracha produzidos nesta primeira industrialização não foram bem recebidos. Eram muito malcheirosos, muito grossos – com a conseqüente perda de sensibilidade – e se rompiam ou furavam com frequência. Sabe-se que hoje se utilizam materiais

moderníssimos para sua fabricação, e que a partir da década de 90 – depois da campanha de prevenção da AIDS – excederam em muito a qualidade e se tornaram objeto de consumo de massa. Apesar de tudo isso, continuamos escutando nos consultórios uma grande resistência ao seu uso. Podemos imaginar em 1895...

Somente em 1920 aparecem os primeiros preservativos que não são tão malcheirosos, nem tão grossos. Este fato pode ser engraçado, mas nem por isso irrelevante, pois é necessário para entender por que em 1895 era lógico que as crises de angústia tiveram como principal causa a frustração sexual. Porque esta era uma fonte inesgotável de excitação que não encontrava descarga, tanto para homens como para mulheres, agravado pela questão de que *o tabu impedia absolutamente falar sobre o assunto*. Várias décadas ainda teriam que passar para que Alfred Kinsey, o pai da investigação sexual, publicasse nos anos 40 e 50 seus relatórios sobre a conduta sexual humana. Kinsey se baseou exclusivamente em entrevistas que fez com dezenas de pessoas.

Apenas nas décadas dos anos 60 e 70, os trabalhos de Masters e Johnson derrubaram mitos, educaram e até melhoraram a vida sexual das pessoas, tudo isso apesar dos preconceitos da época. Não só estava presente a dimensão moral e a sexualidade como tabu, como também o desinteresse de uma comunidade científica que não considerava o sexo como objeto de estudo.

O contexto da época é importante para entender por que a sexualidade desencadeava neurose de angústia: porque a angústia não era um recurso. O sexo não só era algo que não se podia falar, mas não se podia sequer pensar. *Não havia recursos simbólicos para que uma pessoa pudesse ligar um ataque de angústia com a modalidade de seus costumes sexuais como o **coitus interruptus***. Os sujeitos careciam de uma rede simbólica que lhes permitisse estabelecer nexos causais entre estas duas

questões. Não havia recursos simbólicos para que uma pessoa pudesse ligar um ataque de angústia com o que Freud chamava de *perturbações e influências nocivas provenientes da vida sexual*. É por isso que não é de se estranhar que ele visse em sua casuística que o que estava na ordem do dia, em 1895, para provocar o aumento da excitação, que não encontrava vias de descarga nem de ligação psíquica, era o problema da insatisfação sexual.

Posto isso, acredito que podemos passar a escutar qualquer caso que nos chegue com um fenômeno de pânico, sabendo que não necessariamente se trata de uma etiologia sexual. Também pode ter, *mas atualmente o aumento da tensão tem se deslocado a outras fontes que também comprometem a economia libidinal: problemas econômicos, de trabalho, afetivos, etc.*

O que se repete de forma idêntica é que nos encontramos com sujeitos que, até o surgimento destes sintomas ao nível do que poderíamos chamar o “corpo não simbolizado”, *não têm registro de problema algum*. São sujeitos que estão submetidos a uma enorme pressão que geralmente é produto de exigências desmedidas no modo em que encaram suas tarefas cotidianas. Vivem com uma carga enorme sobre seus ombros e não só carecem de uma via adequada para a descarga, como também não contam com parâmetros simbólicos para poder fazer algum tipo de enlace entre o que acontece em suas vidas, que os sobrecarrega tanto, e os sintomas que os invadem.

A primeira coisa que um analista tem que trazer à luz são os fatores que em sua vida fizeram a estrutura explodir e dos quais nem se inteirou. *Porque o que faz explodir a estrutura é a falta de uma trama discursiva que lhe permita compreender como chegou neste ponto em que está absolutamente à beira da explosão.*

2. Inibição, Sintoma e Angústia (1925). Um enfoque completamente novo: a angústia como sinal de alarme.

Agora podemos entender melhor outra das arestas desta distinção fundamental que Freud fazia sobre a ausência de mecanismo psíquico nestes quadros. É uma ferramenta conceitual que Freud não possui em 1895, e é a conceituação *da angústia como sinal de alarme*. Se os sujeitos que sofrem ataques de pânico nem percebem que tem um problema, a não ser pelos sintomas que os invadem, é justamente porque a angústia que sinaliza o perigo não está funcionando. Freud nos ensina que *a angústia é o último refúgio do psiquismo*. A falta deste recurso essencial é um problema grave da estruturação psíquica. Às vezes, basta sofrer a agressão de uma palavra ofensiva, ou encontrar alguém que nos diga o que é bom para nós, o que devemos fazer, situações em que podemos ser tomados como objeto de gozo do Outro... E começamos a nos angustiar. Se o aparelho funciona mais ou menos no lugar, nos sinaliza que ali há um perigo. Quando não existe registro do sujeito dessa invasão do gozo do Outro, se não aparece a angústia sinalizando esse perigo... então a estrutura pode colapsar e esse afeto invadir o corpo sem mediação simbólica.

A angústia sinal nos adverte do perigo de ficar a mercê do gozo do Outro. Há um perigo sinalizado pela angústia; às vezes é um perigo real, outras não. Por isso, às vezes, o sujeito pode se angustiar por uma bobagem. É o que Freud chamava de angústia neurótica. Mas ainda na angústia automática, que é a que se dispara ali onde não houve registro do perigo⁵, se há um psiquismo estruturado, o golpe produz imediatamente a emergência da angústia. Quando é muito inesperado e o sujeito carece de

⁵ Como assinalamos em outra nota deste livro, o perigo supõe um registro prévio, uma antecipação; é precisamente porque não há perigo, porque a situação ameaçadora irrompe repentinamente, que se torna traumática.

recursos simbólicos para reconhecer que está angustiado, pode se produzir o pânico.

É a partir do desenvolvimento da angústia como sinal⁶ que vamos poder ressignificar o que Freud já defendia, em 1895, relativo à angústia nas neuroses atuais carecer de mecanismo psíquico. A angústia como sinal já é um mecanismo psíquico. É um mecanismo de alta complexidade que se desenvolve durante a primeira infância a partir de um duplo deslocamento. O que Freud nos ensina? Que a angústia se desloca, primeiramente, da situação de desamparo real – quer dizer, do momento traumático, real, inesperado, surpreendente, assustador, no qual o desamparo é sentido no corpo – para a expectativa de uma situação de desamparo. Ou seja, para a expectativa daquela situação que podemos supor perigosa. *É um grande progresso psíquico porque permite a antecipação.* A angústia vai sinalizar um perigo ao qual será possível se antecipar. Diante da expectativa de que algo perigoso aconteça, a angústia é acionada; não se espera que aquilo efetivamente aconteça para que apareça o afeto angustiante.

Mas há mais um deslocamento, e é aqui que a angústia se torna invasiva. Por quê? Porque se desloca da situação considerada perigosa para a *condição* que tornaria possível a ocorrência da situação ameaçadora. Remetendo-nos à constituição subjetiva, qual é o modelo disto? O bebê se angustia, quando a mãe sai. Já não somente quando tem fome, que é o que erroneamente tende-se a pensar, mas quando se apresenta a condição que torna possível o perigo de que o seio não esteja disponível.

Qual é a condição que o bebê descobre que deve se cumprir para que o seio esteja disponível? Que a mãe esteja presente. Logo, se angustia na

⁶ Sigmund Freud: “Inhibición, síntoma y angustia” (1925), *Obras Completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires.

ausência da mãe, mesmo que não tenha fome. Acaba de comer, a mãe vai a outro aposento e o bebê começa a gritar escandalosamente. Então a mãe pensa: ficou com fome. E não necessariamente é isso. Talvez sua fome esteja saciada, mas se angustia frente à condição de que a situação perigosa possa voltar a surgir. Isso explica o desencaixe absoluto entre essa angústia e o objeto real. Isso é o que explica que alguém esteja angustiado em situações inexplicáveis para o senso comum.

A angústia supõe então uma elaboração psíquica adquirida muito cedo, durante a constituição subjetiva, e nestes casos fica claro porque Freud a situava nesse lugar tão fundamental a ponto de pensá-la como o último refúgio do psiquismo. *O ataque de pânico aparece no lugar da angústia que não compareceu.*

A partir destas referências sobre as particularidades do fenômeno, procuraremos, na sequência, identificar quais seriam as intervenções apropriadas para abordar esta demanda com a necessária eficácia terapêutica.

Capítulo V

Como intervir na urgência?

A eloquência e a intensidade do padecimento de quem sofreu um ataque de pânico exigem de nós respostas sem demora. Encontramos as queixas e a insistência na descrição do quadro agudo que o paciente tende a explicar detalhadamente. Uma crônica minuciosa e obsessiva irrompe nessas descrições e isso segue uma certa lógica que deve ser escutada: *a busca desesperada por uma explicação sobre o que lhe acontece.*

Este desconcerto é consequência do ***lapso de tempo*** entre as causas que desencadearam o desequilíbrio e *o momento do ataque*, sem motivos visíveis. Um ataque de pânico é algo que irrompe ***aparentemente*** sem nenhum motivo. Então, se dizemos que o que acontece com o sujeito na hora do ataque de pânico é que ele não consegue entender o que está acontecendo, que não tem recursos simbólicos para compreender... é lógico que ele vai se apegar à única ferramenta que tem à mão para dar conta do que sente, e é ao ***discurso médico***: vai atribuir causas orgânicas ao que sente, vai tentar se encontrar em alguma enfermidade reconhecível, e por isso é comum que os pacientes demonstrem uma insistência obsessiva em nos oferecer a descrição detalhada dos sintomas que os atormentam. É a maneira que encontram para explicar o fenômeno que os invade. Então... o primeiro passo a dar é ***totalmente o contrário do que se diz que um analista deve fazer.***

Para começar e conseguir que algum dispositivo terapêutico se instale, há que se dizer claramente, é preciso *dar todo tipo de explicação que permita aos pacientes chegarem a alguma percepção sobre o porquê do*

que está acontecendo com eles. Explicar-lhes porque uma pessoa sofre esses ataques - que não são sem motivo - mesmo que o motivo não seja evidente. Deve-se ter em mente que eles chegam desesperados por respostas e que muitas vezes já fizeram inúmeras consultas infrutíferas. Uma das dificuldades que encontramos é que chegam descrentes de poder encontrar uma palavra que os alivie do seu desconcerto. É por isso que é preciso explicar, em termos compreensíveis de acordo com as singularidades, *o porquê acontece isso com eles.* Às vezes digo a eles que é como uma panela de pressão cuja tampa estourou... outras vezes digo que é como uma fissura, uma rachadura numa represa que contém uma pressão gigantesca... Uma vez que a fissura ocorre, o vazamento não pode ser detido. A única coisa que se pode fazer é encontrar uma maneira de diminuir a pressão.

Ressalto a importância de transmitir essa ideia fundamental com os significantes que sejam próximos à sua forma de pensar os acontecimentos. Se encontrar uma pessoa acostumada a pensar em termos técnicos, talvez possa fazer uma analogia com o que acontece numa instalação elétrica que está preparada para suportar uma determinada carga de tensão; uma sobrecarga que ultrapasse os limites da sua resistência fará a temperatura subir até explodir, fazendo com que a chave térmica seja acionada. Se não houver uma chave térmica, pode causar um incêndio geral. Isso é comum quando, por exemplo, vários aparelhos com alto consumo de energia são instalados - como aparelhos de ar condicionado - em aparelhos que não foram preparados para esses altos consumos. O sistema não suporta e os transformadores queimam e a energia é cortada. Então, é necessário reforçar o sistema trocando os cabos por outros de maior volume e resistência para poder suportar esses níveis crescentes de tensão. No caso de querer seguir este modelo, *se pensam no seu suporte corporal como uma máquina robótica e querem reforçar a*

resistência da instalação, vão encontrar um corpo - humano - que já não pode mais resistir...

E aqui vou retomar o que dizia sobre o porquê dos analistas certamente não terem se interessado pelo problema dos ataques de pânico: atendê-los implica supor que estamos diante de um sujeito que ***não quer saber de se perguntar por que acontece isso com ele*** e que é forçado a fazê-lo porque nós, analistas, passamos a instilar neles uma pergunta que não querem se fazer. Isso implica um forçamento por vezes doloroso e muito difícil para o paciente. E para o analista também, pois se almeja alguma eficácia terapêutica com sua intervenção em relação a estes pacientes, deve enfrentar e superar este obstáculo sem hesitação.

Encontramos sujeitos refratários a qualquer tentativa de localizar algo da ordem de alguma implicação subjetiva. Assim, a primeira intervenção - quando eles estão em condições de nos ouvir - *é emprestar-lhes significantes*, começar a dar-lhes referências gerais sobre os traços característicos dos pacientes que sofrem esses ataques, e convidá-los a pensar sobre qual será a desordem em suas vidas que poderia tê-los carregado com tanta tensão, já que isso não surge de um dia para o outro, e que *deve ter uma longa história* que terá conduzido a este momento de crise, sem que ele tenha consciência da gravidade do que o estava afetando. "*Emprestar-lhes significantes*" significa *fazer hipóteses*. O analista oferece construções hipotéticas ao paciente a partir das quais ele pode ser representado, ver-se refletido; hipóteses que tentam ilustrar os possíveis cenários em que ele pode estar preso e, assim, permitir-lhe chegar a alguma percepção sobre os atoleiros em que naufragou. Quando esse procedimento atinge seu objetivo, geralmente ocorre um acontecimento que surpreende a ambos: o paciente começa a abrir um relato que dá conta de um problema complexo; dilemas são descritos... conflitos extremos que permaneceram sem solução... problemas graves que permaneceram em

um estado de latência talvez por muito tempo. Então, verificamos que a construção foi eficaz e que, portanto, *se impôs como uma necessidade lógica* e permitiu estabelecer as ligações entre a situação atual, que parecia ter emergido sem razão alguma, e os poderosos, e muitas vezes numerosos motivos que, pelo contrário, demonstram ter estado ameaçando o sujeito desde há muito tempo.

Se eles não estiverem em condições de se escutar - nem de nos escutar - outra tarefa preliminar, então, terá de ser realizada.. Têm pacientes que chegam tão aflitos pela experiência traumática que estão sofrendo, que não podem falar de outra coisa senão de seus desconfortos corporais, e repetem obsessiva e minuciosamente os sintomas e as sensações corporais que os atormentam. Nestes casos, é muito importante que os analistas contem com psiquiatras e psicofármacos como suporte para que seja organizado um espaço mínimo para que o sujeito possa tomar a palavra. Os psicotrópicos podem proporcionar um alívio sintomático para mantê-los afastados minimamente dessa área assustadora em que se encontram, em que o desespero os confunde e paralisa. Mas é imprescindível que eles possam, o quanto antes, além de obter alívio com a medicação, começar a falar; porque o medicamento por si só não resolve nada e a experiência de pacientes que só tratam os sintomas de forma farmacológica nos mostra que, com o passar do tempo, os ataques se tornam crônicos e se transformam em transtornos de pânico¹.

¹ No capítulo XII deste volume, o Dr. Nicolás Touloupas desenvolve e estabelece em quais casos e com quais critérios é apropriado ou não recorrer à consulta psiquiátrica.

Capítulo VI

A abordagem clínica da "causa" dos padecimentos

Para pensar em como intervir, devemos considerar que estamos diante da irrupção de um terror aparentemente sem causa alguma que irrompeu na vida de um sujeito. Embora sempre haja um fator desencadeante, geralmente ele é absolutamente trivial e contingente. É um terror intenso não desencadeado por um fator externo que o justifique e, embora detectemos o fator desencadeante - o que é claro que devemos fazer, pois interrogamos sempre as condições em que o primeiro ataque ocorreu -, devemos saber que o fator desencadeante não é a causa determinante da enfermidade.

Entretanto, abordar clinicamente as causas do padecimento fazem com que nos deparemos com uma aresta delicada a considerar: a formação do analista enfatiza que o lugar da causa deve ser esvaziado...

No *Seminário XI*¹, quando reformula o conceito de inconsciente, Lacan faz uma série de considerações sobre causa e efeito e diz que *os efeitos só funcionam bem na ausência de causa*. Ele põe em causa, justamente, a busca da causa como uma armadilha na qual os analistas podem cair. É uma indicação que temos que ter muito presente na clínica, pois os pacientes costumam atribuir uma relação de causa-efeito a situações que supõem estar ligadas de forma linear e que muitas vezes é a forma neurótica de evitar a divisão subjetiva.

A título de exemplo, podemos localizar o erro comum em que alguns pacientes chegam às primeiras entrevistas, forçando uma explicação que

¹ Jacques Lacan: *Seminário XI: Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis*, Paidós, Buenos Aires.

justifique o que lhes aconteceu, quando lhes é incompreensível o que lhes acontece. Como aquele jovem namorado que sentiu desejo de sair com outras meninas e chegou à conclusão de que se isso aconteceu com ele devia ser porque não estava mais apaixonado pela namorada. Causa-efeito. A causa de querer sair com outras garotas é não estar mais apaixonado pela namorada.

Ele deixa a namorada e, em vez de ficar aliviado, fica angustiado. Como está angustiado, decide voltar para ela. Ele volta para ela, mas o desejo de sair com outras garotas persiste. Isso o leva à consulta. A primeira coisa que esclarecemos na entrevista é que uma coisa não é necessariamente efeito da outra.

Ele pode amar sua namorada e ao mesmo tempo ter desejo de estar com outras garotas. São dois desejos que coexistem, que caminham em paralelo. É a primeira intervenção que designa um sujeito dividido por duas representações que, para ele, eram inconciliáveis.

Precisamos estar advertidos de que não se trata de procurar a causa dos padecimentos: há que sustentar irremediavelmente a causa como perdida. É a partir daí que podemos ir rodeando, abrindo questões, bordeando a causa como um ponto paradoxal. Damos voltas ao redor da etiologia, mas sabendo que existe uma hiância que deve permanecer sempre vazia, furada².

Ou seja, o que fazemos é esvaziar, desgastar o lugar da causa... O que os pacientes trazem como "o que me acontece é porque me aconteceu tal coisa quando criança" supõe uma concepção do inconsciente como "depósito" de impulsos recalçados.

² Freud desde o início e por várias décadas buscou avidamente a etiologia das neuroses. Testemunho disso são seus numerosos textos que desde o título mencionam a etiologia; é por volta de "Inibição, Sintoma e Angústia" que reconhecerá a impossibilidade de chegar a uma única causa determinante das neuroses, e a necessidade de formular o fator quantitativo que vai originar, no singular, a escolha da neurose dentro das regras estabelecidas pelos determinantes estruturais da constituição subjetiva.

Esse *esvaziamento da causa* é a intervenção clássica com pacientes neuróticos; *mas quando nos encontramos com o fenômeno do pânico, esse procedimento é ineficaz*. Com esses pacientes, pelo menos no começo, temos que fazer um caminho inverso: *temos que devolver a eles a noção simbólica de que as coisas acontecem por algum motivo e que esses sintomas, aparentemente desmotivados, têm uma causa que os provoca*.

A distinção entre fatores etiológicos específicos e inócuos já era sustentada por Freud, em 1895, em seu ensaio sobre a neurose de angústia, estabelecendo claramente que: *“A neurose de angústia surge, então, quando ao efeito latente do fator específico se junta o de outro fator inócuo. Este último pode representar o fator específico quantitativamente, mas não substituí-lo qualitativamente. O fator específico sempre permanece sendo aquele que determina a forma da neurose”*³.

Isso é equivalente a restabelecer a dimensão imaginária - mas não menos importante - do sujeito suposto saber, cuja importância procuraremos desenvolver a seguir.

³ Sigmund Freud: “La neurastenia y la neurosis de angustia” (1895), *Obras Completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires.

Capítulo VII

A transferência e o sujeito suposto saber em sua dimensão simbólica e imaginária

A transferência como um recorte dentro do campo da sugestão

Se remontarmos às origens do método psicanalítico, relevando as razões pelas quais Freud abandona o método hipnótico, veremos que ele encontra nas ideias espontâneas dos pacientes um substituto para alcançar o recalado, que é superior à ampliação da consciência alcançada sob hipnose.

Era um substituto superior em vários aspectos, por exemplo, por fazer desnecessária a confiança do paciente na psicanálise, já que ao prescindir da sugestão como método, sua desconfiança era tomada como um sintoma a mais que entrava em análise. Em 1905¹, Freud definiu o método hipnótico como um procedimento cosmético que tentava encobrir e disfarçar algo existente na vida psíquica, utilizando a sugestão para proibir os sintomas e reforçar os recalques, deixando o enfermo em absoluta passividade. *O sujeito sob hipnose fala para o Outro e não escuta a si mesmo*. Quando desaparecia a sugestão sobreposta, os sintomas retornavam. Em contraposição, nos ensinou que o método analítico não acrescenta nada, senão que extrai, morde, em cada sessão, uma porção do gozo parasitário ligado aos sintomas.

Nesse gozo, nessa satisfação substitutiva, a neurose se fortalece, resiste e o método analítico lhe apresenta uma batalha, entrando em luta contra as resistências, nas quais o próprio analisante está implicado e em

¹ Sigmund Freud: "Sobre Psicoterapia", 1904 (1905), *Obras Completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1978.

sua ajuda vem o analista. Aqui observamos uma passagem: a do esforço para alcançar um método eficaz de eliminação de sintomas a um método que põe ênfase na análise das resistências como abordagem dos sintomas. Em que se baseia a ajuda do analista? Freud nos indica na *Conferência 28*² que esta ajuda se baseia *no poder da sugestão. A sugestão reduzida à transferência, como principal ferramenta de cura, é utilizada para ajudar a vencer as resistências.*

Pois bem: de onde provém este enigmático poder com que poderíamos auxiliar o paciente em sua tarefa? Por que os homens são tão influenciáveis? Para localizar essas fontes, precisamos rever as particularidades da estruturação do sujeito.

Se examinarmos a situação do recém-chegado ao mundo, imediatamente notaremos sua impossibilidade de realizar, por si mesmo, os movimentos que permitiriam o alívio e a descarga da tensão ao se produzir um aumento da excitação. Está fora de seu alcance a “ação específica”³ que alivie a fome, que suprima a causa da dor, etc. De entrada, instala-se a dependência absoluta de quem vai ter a função de decifrar o que expressam os prantos, os gritos e o mal-estar de um recém-nascido. O bebê não só está privado de procurar por si mesmo o alimento, como também está privado da significação que pode dar conta de seu pranto, tarefa de decifração que ficará por conta do Outro.

O ser falante recebe uma injeção massiva de linguagem que provém dos outros e que o constitui. O Outro interpreta que há uma determinada demanda da criança e a significação que lê em seus prantos, em seus gritos, em seu mal-estar, é condição à sobrevivência. O dom das palavras

² Sigmund Freud: “Lecciones introductorias al Psicoanálisis”, Parte III, 1916-7, *Obras Completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires.

³ Freud localiza desde cedo o valor desta “ação específica” já em 1895 no capítulo XI “La vivencia de satisfacción” de seu *Proyecto de una psicología para neurólogos*.

que os pais concedem à criança cria um laço libidinal em que o amor e as palavras são inseparáveis.

O fato de que a resposta à palavra do hipnotizador e do objeto amado seja de uma entrega submissa é para Freud comparável à da criança que acredita na palavra dos pais. O caráter estranho da hipnose evocaria uma familiar submissão à palavra de alguém enaltecido, uma obediência cega às palavras que são experimentadas como imperativas.

O poder que o analisante concede ao analista na transferência é o mesmo que está em jogo na hipnose, no enamoramento, na relação com o líder, na relação da criança com seus pais, do crente com seu deus⁴.

Observamos então que a transferência como conceito fundamental da psicanálise decorre de um recorte efetuado dentro do campo da sugestão⁵. Recorte que se sustenta a partir da decisão do analista de se privar de fazer um uso abusivo do poder que a sugestão lhe confere. O conceito de transferência parte do reconhecimento do poderio desta disposição psíquica que chamamos sugestão e se constrói a partir das limitações impostas para se valer desse poder, que agora se restringirá a ser utilizado dentro de certas coordenadas muito bem dimensionadas que temos que especificar.

Estas limitações para exercer o poder carecem de eficácia, quando se impõem como normas a serem obedecidas. Somente se sustentam através do desejo do analista, que precipitará ou não, como fruto de sua própria análise pessoal. Desse modo, as privações que fazem a posição do analista baseada na neutralidade e na abstinência tomarão um sentido para ele – um sentido do qual poderá se apropriar. Isto é, *prescindir* de hipnotizar

⁴ A formação do analista apontaria, então, para o encontro de um desejo peculiar, o desejo do analista que, provisoriamente, vamos situar como um desejo de privar-se de encarnar esse lugar de autoridade.

⁵ O poder atribuído ao Outro tem seu fundamento no anseio de ganhar seu amor, e a confiança de que sua aprovação será alcançada é a fonte da obediência.

(gerar fascinação no paciente com frases sábias ou espirituosas), de educar, de governar, de responder ao amor do paciente com mostras de amor, de gozar do paciente, de ter a razão, de propor ideais, de aplicar o saber decantado da teoria, de verificar se o que o paciente diz corresponde com acontecimentos comprováveis, etc...

O analista se priva das satisfações derivadas da suposição que poderia saber em que consiste o bem-estar do outro ou de se oferecer como modelo de identificação. Para isso deverá ter feito a experiência do encontro com a ignorância fundamental: o eu não é dono de sua própria casa. O encontro com sua própria divisão como sujeito, o encontro com a convicção da existência do inconsciente. Isso o permitirá acessar a posição de analista de um modo não forçado. A enunciação da regra fundamental fará outro sentido para ele, sabendo que a associação livre é um efeito que se produz quando o sintoma se torna uma pergunta, uma pergunta que interroga o sujeito enquanto dividido pelo sintoma⁶. Terá sentido para ele a contrapartida da regra fundamental, suporte da escuta analítica, que é a Atenção Flutuante, uma escuta que não faz uma seleção guiada por seus próprios interesses e preconceitos.

O sujeito suposto saber em sua dimensão simbólica e em sua vertente imaginária

Por isso Lacan situa o desejo do analista como o pivô sobre o qual se assenta a prática analítica. *Um desejo de ser tomado como objeto da transferência*. Veremos de que modo opera no nível da transferência. Para isso vamos tomar a fórmula lacaniana do sujeito suposto saber (S.s.S.) em sua dupla vertente: a que vai do paciente ao analista e do analista ao paciente, e desde esta fórmula vamos nos aproximar do conceito de

⁶ A associação livre não é uma ordem que o paciente pode acatar por obediência sugestiva. Se o sintoma não se torna pergunta, a associação não se produz.

neurose de transferência, que é um conceito que enoda a transferência com a repetição.

O paciente se dirige ao analista supondo-lhe um saber, erigindo-o em um lugar de autoridade, de prestígio que lhe é atribuído através de um juízo de atribuição que recai sobre o analista. Como o analista responde a essa demanda? Responde com seu desejo de analista. Reconhecendo-se convocado ao encontro com o desejo inconsciente. A escutar o desejo que se formula atrás da demanda. Ele devolve, então, esse saber ao paciente, produzindo-o como analisante, a partir do qual o analista vai fazer recair a suposição de saber em um saber não sabido. O analista supõe um saber ao significante.

Resumindo: o analista ocupa o lugar de S.s.S., deixa-se tomar como objeto na transferência e, através da função de desejo do analista, que sustenta sua neutralidade e abstinência, reorienta esse saber para uma nova suposição que recai sobre o próprio paciente, que porta um saber não sabido a desvelar.

Esta operação produz um efeito que escapará de seu controle: se ele se empresta como objeto a isso que lhe é transferido, passará a ter um lugar na economia libidinal do paciente... O que se transfere? Uma reedição dos modos do sujeito se vincular com o Outro. O paciente repete em transferência suas maneiras sintomáticas de relação ao Outro, tomando como objeto o analista, a quem fará partícipe dessas cenas, e deste modo vai ficando preso em um novo vínculo com quem irá desdobrar toda sua bagagem de sua relação ao Outro. Um vínculo novo, artificialmente criado, com quem poderá reeditar e reescrever-se: agora poderá se apaixonar, brigar, ofender-se, fazer-se amar, abandonar e fazer-se odiar, etc. pelo analista. Foi criada uma enfermidade artificial que, com Freud, chamamos: Neurose de Transferência. O analista se apodera do sintoma e da libido ligada aos sintomas, produzindo novas edições dos antigos

conflitos. Novas edições que se jogam agora em transferência com o analista tomado como objeto e através do qual se reeditam esses velhos conflitos em novas cenas. “*A transferência é o campo de batalha sobre o qual devem combater todas as forças em luta*”.

Destaquemos, então, que todo movimento se inicia com a suposição de saber que o paciente dirige ao analista e que é uma condição necessária para que este devolva o saber ao paciente, produzindo-o como analisante, a partir do que o analista fará recair a suposição de saber em um saber não sabido pelo próprio paciente. Em termos gerais, é isso que orienta nossa intervenção.

Por que a instalação da transferência se complica com estes pacientes?

Mas com estes pacientes que nos chegam atormentados por um episódio de pânico, a questão se complica de entrada: temos que conseguir a instauração de alguma dimensão do sujeito suposto saber, mas começando por sua primeira vertente imaginária para só depois poder passar para a simbólica. Especialmente com aqueles pacientes que arrastam há anos o transtorno de pânico e não confiam que haja algum sujeito para este saber, não confiam que haja algum saber que possa dar conta disso que lhes acontece. Por isso *há que lhes dar explicações*, justamente para estabelecer uma lógica causal que lhes permita localizar os sintomas que os invadem como efeitos de uma causa - que, ainda que no momento lhes seja desconhecida, será possível descobrir com o trabalho de elaboração apropriado.

Deste modo, nas primeiras entrevistas procuramos aliviar o sujeito da desesperança própria da sensação de desamparo e perturbação mental, produto da falta de elementos de seu aparelho psíquico para processar o impacto dessas sensações corporais, cuja intensidade traumática o transborda e desperta os piores fantasmas e o terror mais absoluto.

No próximo capítulo tentaremos desenvolver as coordenadas que permitem nos orientar sobre a modalidade das intervenções que proporcionam a instalação dessa vertente imaginária da transferência e, assim, abrir o caminho para o acesso à sua dimensão simbólica, criando, deste modo, as condições para um tratamento possível.

Capítulo VIII

A subestimação precoce da angústia e o sentimento inconsciente de culpa

Apesar de interrogarmos e darmos importância ao fator desencadeante do ataque de pânico, sabemos que este fator foi só uma gota que fez transbordar um copo já cheio. É por isso que muitas vezes encontramos como desencadeantes episódios triviais que não merecem a reação que provocaram. Entre os fatores que foram enchendo de tensões um corpo que chegou ao limite do que poderia suportar, é comum encontrarmos duas questões sobre as quais *temos que fazer referência nas primeiras entrevistas, já que vão permitir que o paciente comece a se ver refletido no que lhe mostramos.*

É fundamental fazer alusão, nessas primeiras entrevistas, a um fator que os pacientes não podem localizar por si mesmos. Trata-se de uma intervenção da ordem da “construção” a ser imposta como uma necessidade lógica: *esses sujeitos devem ter sofrido situações de angústia crônica, que adquiriram valor traumático, por longos períodos em sua infância.*

Isto é, em etapas constitutivas de sua subjetividade e por diversas circunstâncias, em determinado momento, essas situações ficaram esquecidas e a angústia que as acompanhava ficou completamente sepultada¹.

É habitual constatar que esta subestimação precoce da angústia que o sujeito realiza veio em consequência de não ter encontrado nos adultos, que eram sua referência, um espaço onde pudesse ser escutada, reconhecida e

¹ Em seu lugar encontramos tipos de caráter típicos que descreveremos na sequência. N.T.: No capítulo II, apresentamos uma nota explicativa sobre “tipos de caráter”.

legitimada. Se não há lugar para que a angústia encontre um canal para se expressar – a não ser que, pelo contrário, a criança se encontre com a reprovação e a queixa do adulto pela inconveniência que sua angústia e seu choro lhe infligem –, é muito provável que a criança “avalié” ser preferível parar de chorar e de manifestar seu mal-estar, e “engoli-lo”.

Ao repassar a história do paciente, frequentemente tomamos conhecimento de que seus pais - durante esses períodos em que se encontravam sem atenção e com profunda sensação de desamparo - estavam passando por situações traumáticas, completamente submersos e alienados, sem espaço para poder prestar atenção, a não ser nos problemas que os afligiam. Doença ou morte de algum ente querido, perda do trabalho com a conseqüente preocupação econômica, etc. No entanto, a criança não está em condições de perceber que seus pais não prestam atenção nela pelos problemas que os afligem. Para a criança eles são superpoderosos, não pode ver suas limitações. Além disso, precisa desta ficção de vê-los grandes e potentes para que possa se sentir segura de que tem quem a proteja. A resposta habitual, então, é a de supor que se não prestam atenção nela é porque não merece, não vale o suficiente, não tem qualidades que a façam merecedora de seu carinho. Em suma, se eles não prestam atenção é... **por sua culpa**.

É assim que se articula a *subestimação precoce da angústia* com a **culpa**. Nunca atendi um caso de ataque de pânico em que – depois de desalojar as primeiras camadas da resistência – não apareça a dimensão da culpa como um elemento que invade o sujeito com uma presença arrasadora. Mas atenção, não se trata de uma dimensão vulgar e comum da culpa, mas de uma que se encontra escondida e disfarçada atrás de espessos véus que a tornam intangível. É o que Freud chamava de *sentimento inconsciente de culpa*, que não é a culpa consciente. Pessoalmente, creio que *o sentimento inconsciente de culpa é o osso mais duro de roer na clínica*.

Freud o trabalha em “*O Eu e o Isso*”² e o relaciona com a reação terapêutica negativa. Diz que o paciente não se sente culpado, mas “enfermo”, e que o melhor modo de aproximação para reconhecê-lo é instalar sua manifestação mais evidente, que é a “necessidade de castigo”. O sujeito não pode reconhecer este sentimento de culpa, mas pode se sentir implicado a se ver envolvido em situações em que se “boicota” e atua como se estivesse sempre em dívida, precisando se mortificar como forma de atenuar essa espantosa sensação de se sentir sempre “em falta”. Essa culpa normalmente leva estes pacientes que sofrem de ataques de pânico a se sentirem em falta pelo próprio fato de sofrer destes ataques. Ao mal-estar que os ataques lhes causam, acrescentam a culpa pelo fato de padecê-los. Envergonham-se e é comum que tentem escondê-los. Por isso uma das primeiras manobras que um analista tem que ter presente, e vai precisar implementar, é a de trabalhar com seu paciente a possibilidade de se aliviar da exigência de que esses ataques não deveriam acontecer...

A forma que estes sujeitos processaram as experiências traumáticas de sua infância tem, como consequência, o fato de nos depararmos com um desafio que, de início, nos põe à prova, porque usualmente encontramos uma enorme resistência a poder reconhecer que deve haver algo em suas vidas que não estavam levando tão bem como acreditavam. O que acontece é que, se estes sujeitos chegaram a ter este tipo de sintomas, é porque têm estruturas que resistem à castração. Não querem saber nada sobre preço a pagar pelo desejo...

Claro, não é no modo neurótico, eles não chegaram a fazer uma defesa neurótica, porque, se eles produzem este tipo de sintomas, é porque nem sequer podem se angustiar. *Estas experiências tão traumáticas foram apagadas e montadas em uma estrutura artificialmente poderosa.*

² Sigmund Freud: “El Yo y el Ello” (1923), *Obras Completas*, Amorrortu Editores, Buenos Aires.

O que normalmente encontramos são personalidades sumamente onipotentes e superadaptadas, o que faz com que, como psicanalistas, nós não possamos usar nossas ferramentas clássicas para entrar ali, porque a estrutura é muito rígida, resistente e refratária ao reconhecimento da divisão subjetiva.

Como exemplo e para situar mais claramente como a subestimação precoce da angústia articulada ao sentimento inconsciente de culpa supõe duas dimensões fundamentais a se ter presente desde as primeiras entrevistas, passarei a relatar um caso que tive que atender há algum tempo. Trata-se de um jovem – a quem vamos chamar de Julián – que construiu uma carreira profissional totalmente alheia a seus desejos, sem ter nenhuma noção disso, *sem nunca se questionar de nada*.

Julián estudou longe, o que lhe permitiu manter uma certa estabilidade, porque o que era insuportável – sem ter consciência disso, apesar de sabê-lo com clareza³ – era a voz do pai lhe dizendo *tudo o que era bom para ele*. E ele cumpria. Conseguiu ir morar bem longe de seu pai – vivendo em outro país –, mas, mesmo assim, acabou fazendo a carreira que o pai queria e começou a trabalhar na área. Uma carreira muito competitiva em uma grande empresa multinacional.

Depois de alguns anos, voltou ao país, designado para uma filial desta mesma empresa, e o fator desencadeante de sua crise é que se encontrou com um chefe muito exigente, com tipos de caráter agressivo e com um estilo tendendo a degradar seus subordinados. Também tinha por hábito, sempre que encontrava um empregado que se esforçava para cumprir com suas obrigações, exigir sempre mais e fazê-lo sentir que, por mais que tentasse, fizesse o que fizesse, nunca era o suficiente... E ele, que sempre

³ É o que Freud descreve como o mecanismo de defesa do “isolamento”, típico da neurose obsessiva – na qual um significante não é recalçado, mas consciente e isolado de modo tal que não estabelece pontes verbais com outras representações às quais está claramente vinculado.

tinha se esforçado para cumprir com suas obrigações, se desesperou diante desta exigência sem limite, começou a ficar com falta de ar, desenvolvendo uma sintomatologia de ataque de pânico. Ele teve sorte, porque – ao contrário do que acontece com muitas pessoas – não passou por dezenas de médicos, buscando causas orgânicas que geralmente são atribuídas a esses sintomas, apoiadas pelo discurso médico; um amigo a quem respeitava lhe recomendou que consultasse um analista.

Quando chega à consulta, a primeira coisa que localizo é o quão terrível era para ele passar pelo que estava passando. Ele se sentia culpado por não estar rendendo de acordo com as suas próprias expectativas e a dos outros. Tinha que sair antes do trabalho ou simplesmente nem ía. Tudo isso era terrível para ele e, para seu pai, simplesmente *inadmissível*.

A primeira coisa que ele tinha que poder situar é que o que estava lhe acontecendo tinha um sentido e que tinha que deixar de se castigar por isso. Que deixasse de se sentir culpado por não render à altura do que era esperado dele. Logo depois de entender que o que lhe estava acontecendo tinha sua própria lógica e que estava atravessando uma crise que em algum momento, inevitavelmente, ia acabar explodindo, pôde começar a contar algo de sua história.

É assim que, depois de um certo tempo de entrevistas, aparece em seu relato (como de passagem, e sem dar a menor importância) um dado que ele nunca havia mencionado: quando tinha cinco anos, sua mãe o havia abandonado. Ele costumava falar de “sua mãe” como alguém que estava presente e morava com seu pai, mas na verdade essa mulher não era sua mãe e, sim, a segunda esposa do pai que foi a mulher que – apesar de suas resistências – o adotou carinhosamente a partir de seus 6 anos.

Sua mãe era muito jovem quando ele nasceu e o havia criado desde seu nascimento até seus cinco anos com muito amor, mas então, conheceu outro homem por quem se apaixonou e decidiu se separar do pai de Julián.

Este homem, pelo qual sua mãe se apaixonou, devia deixar o país por motivos de trabalho. A mãe queria levá-lo com ela, mas seu pai não permitiu. Sua mãe, diante deste dilema, vai embora do país e o abandona, deixando-o com seu pai que ao mesmo tempo conhece essa outra mulher que cuidará dele desde então.

É impressionante o que me conta: que dos cinco aos oito anos tinha passado chorando. Como poderia entender onde estava sua mãe? Pois, apesar de tudo, tinha sido uma mãe muito carinhosa... Ele recorda ter tido uma relação amorosa muito intensa, sempre brincavam e se faziam carinhos... E do nada, de um dia para o outro, ela desaparece... Ele a viu algumas vezes, ao longo dos anos, quando viajou para o exterior, mas a mãe nunca mais voltou ao país.

Então... entre os cinco e os oito anos, ele ficou chorando, desconsolado, e, quando tinha uns oito anos, um belo dia, a nova esposa do pai – uma boa mulher que tentava contê-lo e de certo modo adotá-lo como filho – lhe disse que não podia passar a vida chorando, que sua mãe, ainda que se queixasse do quanto sentia falta dele, estava muito feliz com sua nova vida e que estava esperando outro filho de seu atual marido, e que já era hora dele deixar de chorar e também fazer a sua vida. Ele toma essas palavras, passa a borracha, e daí em diante se transforma em outra pessoa. Começa a escutar os dizeres do pai, que o criou na linha dura, aos quais se agarrou como uma tábua de salvação.

Daquele menino angustiado não ficaram rastros visíveis, mas... a marca que ficou gravada em sua estrutura foi ***o desaparecimento da angústia como mecanismo psíquico e uma grande quantidade de ansiedade permanente***. Aprendeu que nunca devia chorar e que manifestar qualquer tristeza é um sinal de fragilidade que deve se deixar de lado e seguir em frente...

A análise lhe possibilitou reconhecer a marca que esta história infeliz havia deixado. Foi necessário refazer esse caminho em transferência, voltar a se reconhecer como alguém que pode desejar outra coisa além do caminho que o Outro lhe traça e poder pensar sem se deixar levar pelas pressões do que “deve ser”.

Para a evolução do tratamento foi muito importante poder apelar ao recurso do humor. Levei um tempo para entender por que, durante as sessões, ele estava todo o tempo rindo, um recurso exagerado e quase grotesco que utilizava como forma de frear essa irrupção do Outro. O Outro que o tempo todo ameaçava dominá-lo.

- *“Se você pensar demais no que te acontece, é um bobo. Se você reclamar, é um chorão”.*

Com Julián, deixar-me tomar na transferência me conduzia a não intervir muito... Alguém que foi prisioneiro como objeto, obedecendo à voz do Outro, precisa tomar a palavra. Quanto menos eu interviesse nas sessões, melhor. Ele, por fim, avançava se atrevendo a pensar por sua conta e aprendendo a suportar suas contradições. Ele pôde explicar as crises que padeceu articulando-as à sua história infantil, mas falar dessas lembranças da infância só foi possível muito depois de pensar que, talvez, estes ataques de pânico tinham a ver com algo que aconteceu em sua história, coisa que no começo desconhecia radicalmente.

Com este paciente também pude verificar o valor da transferência como reassuramento para que os ataques não se repetissem. A experiência da transferência sustentada é a melhor prevenção para que os ataques de pânico não retornem.

Este rapaz, depois de um tempo, começou a se sentir bem e decidiu interromper seu tratamento dizendo: algum dia voltarei. E, em seis ou oito meses, alguma situação voltou a acontecer... algo que a namorada disse a ele, ou algo no trabalho... e me chamou rapidamente. Dessa vez não

demorou e, muito orgulhoso de si mesmo – por não repetir mais uma vez o mecanismo de esconder a angústia e ignorá-la –, chamou-me novamente. Depois de vários anos, decidi fazer novamente uma interrupção que ele mesmo precisou situar desde modo: uma interrupção por um tempo, sabendo que poderia retornar quando quisesse. Isso era muito importante para ele: um reassentamento de que nunca voltaria a encobrir seus conflitos e assim evitar que outra crise explodisse em sua cara por não aceitar os limites com os quais a vida pode – como a todos – confrontá-lo.

Como dizia no começo, essa subestimação precoce da angústia e sua articulação com a culpa inconsciente é um traço que nunca deixei de encontrar nos diversos casos que tive de atender. Destaco a enorme dificuldade clínica que implica acompanhar o paciente no rememorar os traços infantis de sua história em que essa subestimação foi necessária para, de algum modo, sobreviver a uma vivência ferozmente traumática.

Talvez um dos casos mais comoventes que tive de atender foi o de uma mulher – quem chamaremos de Gloria⁴ – que teve seu primeiro ataque de pânico aos 40 anos.

Para Gloria era inadmissível que os sintomas que a afligiam não tivessem uma causa orgânica. Ela chega ao meu consultório por indicação de um médico neurologista, mas absolutamente descrente de que do que padecia pudesse ter uma causa psíquica. Rejeitava essa ideia de imediato e, quando ela teve que aceitá-la pela força dos fatos – por mais exames que fizesse não se encontrava nenhuma causa orgânica –, uma culpa terrível a invadiu, pois não poderia ser que uma mulher como ela não pudesse controlar algo assim.

⁴ O caso de Gloria foi amplamente desenvolvido no Cap. II, “Do objeto da angústia ao objeto do fantasma”. Neste capítulo me limitarei a localizar o que está relacionado com o conceito que estamos desenvolvendo.

Ao reconstruir sua história, situa que, quando ela tinha nove anos, seu pai tinha ido trabalhar no exterior e demorou dois anos para voltar. Tempo em que se “esqueceu” de sua família e não lhes fez chegar nenhuma ajuda econômica durante esse prolongado lapso de tempo. Sua mãe teve que sair para trabalhar por muitas horas. Saía muito cedo de manhã e voltava altas horas da noite. Ela ficava encarregada durante todo o dia de seu irmãozinho de quatro anos. Levava-o à escola, dava-lhe de comer... Com seus escassos nove anos, ela teve que cuidar completamente de si mesma e de seu pequeno irmão. Como se isso fosse pouco, a mãe, todos os dias antes de ir, transmitia-lhe toda sua angústia e dizia-lhe tudo o que tinha que fazer se ela não voltasse, se acontecesse algo com ela... Todos os dias era lembrada disso.

Ela conta que todas as noites a esperava e ficava acordada até que a mãe chegasse do trabalho, e só então podia dormir. Este relato se produz depois de muito tempo de análise e quando já consegui histerizar um pouco de seu discurso. Relato que foi uma associação produzida a partir de uma construção do analista, já que **com estes pacientes é impropriedade esperar que a associação livre se produza espontaneamente**. Foi preciso me horrorizar com seu relato, *colocando a carga de afeto que faltava em seu dizer*, para assim conseguir que ela mesma pudesse reconhecer e registrar a enorme angústia que padeceu nesse longo período de sua infância.

Esta intervenção de empréstimo de significantes é de enorme importância. Muitas vezes, verifiquei em inúmeras supervisões que os analistas ficam colados no atoleiro de ficar esperando que seu paciente associe de forma espontânea; e os tratamentos naufragam antes mesmo de iniciarem. Quando encontramos sujeitos que têm obstaculizado o acesso a produzir espontaneamente uma deriva significativa, essa aspiração é certamente insensata...

Capítulo IX

O ataque de pânico e a função da metáfora paterna

Como tantos outros analistas me deparei com os “ataques de pânico” de um modo surpreendente nas demandas que chegavam ao meu consultório e sem muitas ferramentas teóricas com as quais abordá-las clinicamente. Na ocasião, encontrei o trabalho de um colega da Escola Freudiana de Buenos Aires – Victor Iunger – que já tinha atravessado uma situação similar e descobri que vinha investigando o fenômeno e procurando formalizá-lo. Entre suas propostas de conceituação, Iunger levantou uma ideia que me soou enigmática: afirmou que o ataque de pânico devia ser pensando como um caso particular de *“colapso temporário da função do Nome do Pai”*¹.

Isso me levou a trabalhar sobre os alcances da função do Pai para poder situar então o que poderia significar que se produzisse um *“colapso temporário”* dessa função. Os frutos desse trabalho nos permitião localizar a angústia em referência aos “Nomes do Pai” e os ataques de pânico como o correlato necessário do desabamento subjetivo que só pode acontecer se sua função for abolida.

1. A função do Pai

Lacan, seguindo Freud de perto, muito cedo em seu ensino vai elevar o Pai ao estatuto de um significante privilegiado e excepcional que cumpre uma função determinante na constituição subjetiva e de cuja presença ou ausência dependem os destinos da estrutura por vir.

¹ Victor Iunger: “El verdadero peligro”, publicado no *El Diario*, página 12, de 11 de janeiro de 2007. <https://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-78919-2007-01-11.html>.

No *Seminário III*, conceitualiza com rigor o Significante do Nome do Pai e nos dois anos seguintes desenvolve o valor do que vai chamar metáfora paterna. É um tempo no ensino de Lacan em que ele dá primazia ao simbólico.

Lacan vai provando diferentes fórmulas para situar a metáfora paterna e, na aula 9 do *Seminário V*, escreve-a de um modo que se difundiu amplamente. Vou começar fazendo uma breve revisão sobre isso a fim de servir como trampolim para ganhar impulso e finalmente chegar a localizar a questão das consequências clínicas de passar do Nome do Pai para os Nomes do Pai, no plural. Tratarei de dar conta de por que depois de 20 anos Lacan pluraliza o NP e o que nos ensina e ilumina para pensar nossa clínica.

$$\frac{NP}{DM} \frac{DM}{X} = NP \frac{(A)}{(FALO)}$$

Para instalar essa fórmula, é preciso situar um recém-vindo ao mundo que não sabe nada sobre seu ser, a quem nomeamos como X - um bebê que somente pode ocupar um lugar neste mundo como sujeito a advir em relação ao desejo de uma mãe.

DM/X

Mas esta mãe porta um desejo atravessado pela lei do pai. Lacan escreve assim: em cima NP (Nome do Pai) e embaixo da barra o Desejo da Mãe.

NP/DM

E arma uma equivalência: põe do outro lado o NP, que o situa como o (A) (Outro) / FALO. Ou seja, igual ou equivalente ao Nome do Pai em termos do Outro sobre o Falo.

Este X é também uma incógnita, a pergunta angustiante por definição "o que queres de mim?", porque nela se joga o destino do sujeito; é a pergunta de como estou eu implicado no desejo da minha mãe. Pergunta crucial para a existência, pois esse bebê depende inteiramente dos cuidados maternos para sua sobrevivência e sua constituição subjetiva.

Como se dá a entrada do sujeito na estrutura? O nascimento do sujeito vai depender de haver ou não uma mãe lá (ou qualquer substituto que cumpra essa função) que o espera para suprir sua falta fálica. Se houver o NP na mãe, o NP vai recalcar o desejo da mãe e desse modo dividir o Outro (A) pelo Falo. O Falo vem a ser aqui o que divide o Outro.

Que sou eu no desejo de minha mãe? Um Falo. Para que o sujeito possa dar essa resposta, a condição é que a função paterna esteja operando. Então, já não é o Falo que a mãe tem, mas o Falo que a divide.

O Nome do Pai é um suplemento (que pode não estar!) que, ao se ocupar de recalcar o desejo da mãe, vai liberar o sujeito da angústia de ser esse X. Esta incógnita sobre o lugar que ele ocupa no desejo de sua mãe.

*Che vuoi?*² O sujeito não sabe como está implicado no desejo do Outro. E se o outro quiser que eu seja um objeto comestível? Lacan ilustra esta dimensão quando comenta o que o louva-a-deus fêmea faz com o macho na cópula: devora-o. No NP, o sujeito encontra uma resposta que o alivia. Então, se um acidente forclusivo produz uma suspensão temporária dessa função, é possível esperar que o sujeito se encontre invadido por uma desesperada sensação de desamparo que o deixa indefeso diante do angustiante desejo do Outro³ - porque não saber que

² Em italiano: *Que quer?* É a pergunta que Lacan situa como assustadora no *Seminário VI*, quando faz referência ao texto *O Diabo Apaixonado* de J. Cazotte.

³ Esta definição é uma contribuição de Lacan. Freud não pôde formalizar o conceito da angústia em relação ao desejo Outro e por isso acaba por não encontrar uma fórmula clara em seu extraordinário ensaio de 1925: "Inibição, Sintoma e Angústia", no qual desenvolve conceitos que deixaram marcas indelévels para todo estudo posterior sobre a angústia e seus mecanismos.

lugar ocupa no desejo do Outro, não saber qual é a expectativa desse Outro que está em uma posição de poder ante a qual somente pode se submeter, joga-o indefeso diante do avanço de um gozo que ameaça engolir-lo e ante o qual não encontra nenhuma barreira que permita limitá-lo. Aí o **ataque de pânico** se mostra como um efeito de colapso da função paterna. Aí onde o Pai, enquanto função que supõe um terceiro que põe freio à invasão do Outro, não comparece para dizer “chega”. É comum encontrarmos esta dimensão em nossa clínica, quando destacamos o fator desencadeante do ataque de pânico. Um chefe tirânico diante do qual o sujeito se sente dominado, um parceiro que é tomado pelo valor do supereu em sua vertente mais cruel e feroz ou uma cena, na qual o sujeito se sente chamado a responder com uma adaptação que o exceda. Por exemplo, eu atendi um jovem que teve seu primeiro ataque em um show de rock, onde pela primeira vez tocava, em uma banda, um instrumento que não dominava totalmente e não estava seguro de poder estar à altura do que a banda esperava dele... Os cenários são diversos, mas a lógica que determina o estopim é, em geral, desta mesma ordem: ver-se imerso em uma situação que o transborda e carecer da eficácia da função do Nome do Pai para pôr um fim a essa demanda sem limite que o próprio sujeito – via supereu – exige de si mesmo, convertendo-se em seu próprio algoz...

Então, voltando a situar como se joga essa dimensão em tempos constituintes da subjetividade, isto é, na primeira infância, em Nome do Pai, o sujeito encontra uma resposta que o alivia: *o que a mãe deseja é o Falo, isso que lhe falta e que ele não é e nunca poderá chegar a ser para preenchê-la plenamente, e nesse ponto a função fálica se articula com a castração*. Há uma passagem do gozo fálico para a significação fálica⁴.

⁴ Para situar com precisão a articulação entre o gozo fálico e a significação fálica, recomendo a leitura do capítulo I do livro de Silvia Amigo: *Clínica de los fracasos del fantasma*, Cascada de Letras, Buenos Aires, 2019.

Quer fazer de mim o que lhe falta, mas enquanto Falo não poderei cobrir sua falta mais do que parcialmente. Se o sujeito se encontra obrigado a ter que preencher essa falta completamente, o pai como função não está operando. Sua função entrou em um colapso temporário e, se as condições assim o justificarem, o ataque de pânico estará na ordem do dia, à espreita...

A significação fálica permite o encontro com a medida. A medida fálica põe o desejo a transitar já que estabelece como lei irreduzível que entre o prazer esperado e o encontrado sempre haverá uma distância. A medida fálica é a impossibilidade da completude.

Mas pra indicar com precisão como se faz eficaz a presença do Nome do Pai, temos que ter sempre em conta que *o NP não é um dito, senão um dizer*. Só tem valor se for uma enunciação. Inclusive, pode enunciar-se sem ter um enunciado.

O Nome do Pai inicialmente tem que ser transmitido pela mãe em seus próprios ditos. E aqui é preciso ressaltar a importância da presença do amor. É por amor que uma mãe vai se privar de fazer totalmente seu filho de Falo, senão o devoraria. O desejo materno não é instintivo, a mãe é "fálica" por definição. Mas não dá no mesmo se nesta mãe a função paterna está operando ou não, pois disso depende de que *o Falo seja articulado à castração*, permitindo que, na medida do que é possível alcançar, sem enlouquecer o outro (nem se enlouquecer), esteja ocupando seu lugar na estrutura.

Se o Nome do Pai está operando nesta mãe, ela saberá, através do amor, evitar fazer dessa criança um objeto pleno de seu gozo fálico. Será colocado em jogo a significação fálica, pela qual vai ser e não vai ser seu Falo simultaneamente. Haverá uma possibilidade para essa criança de localizar no desejo da mãe, que ele não está implicado ali completamente. Há um resquício de que a mãe deseja outra coisa e ele não está chamado a

preenchê-la totalmente. E assim – o DM articulado ao NP – propiciará a via da entrada da linguagem (e da pulsão). E quando a linguagem “entra”, produz um furo no Real do corpo. Esse recém-vindo ao mundo virá como recém-nascido. Nascido como sujeito suposto ao Real.

O Simbólico é um furo no Real e ao mesmo tempo produz o Real. Não há Real antes, até que a linguagem o fure... O Real existe a partir do momento que tem um furo. É uma questão lógica. Antes não há Real, porque não há diferença.

O Real é o impossível de simbolizar e existe porque existe o Simbólico: ali algo se nomeia, é o campo da nomenclatura. Quando a linguagem produz este furo, produz uma hiância, uma fenda... Nesta fenda que o Simbólico faz no Real, cada vez que alguém se aproxime dela... pode cair, precipitar-se por esse furo. O que vai estabilizar um sujeito para que, ao se aproximar das bordas do Real, não desencadeie, não perca os parâmetros de sua existência, é justamente o Nome do Pai.

Sabemos que esse é o problema do psicótico: quando ele se aproxima da borda do furo, o que Lacan chamava *o encontro com um Pai no Real*, ao não contar com o significante do Nome do Pai, produz-se o desencadeamento. Embora o Nome do Pai faça parte de um universo Simbólico, não é um símbolo a mais, mas um símbolo que é garantidor do próprio Simbólico. Quer dizer que aí já está excedendo a dimensão simbólica.

Mais tarde Lacan escreverá de outro modo: como um conjunto do qual se extrai um significante que fica na borda, enquanto todos os demais ficam dentro do círculo, mas não mais em uma coleção confusa, em que “tudo é a mesma coisa”, mas sim *ordenados*.

2. Do Nome do Pai aos Nomes do Pai

Anos depois, na época de seu Seminário *R.S.I.*, Lacan vai colocar que o Nome do Pai nunca consegue barrar completamente o desejo da mãe. O Nome do Pai faz *o que pode* com o desejo da mãe, mas não consegue consertar tudo “sem resto” e necessita de complementos. Quais são? Os que Lacan chama de os Nomes do Pai.

Lacan vai nomeá-los assim em seu *Seminário XXII: R.S.I.*⁵, muito embora isso já tenha seus antecedentes desde os primeiros seminários. No *Seminário IV*, fala dos três pais: Real, Simbólico e Imaginário. Diz ali que o Pai Real faz furo no Imaginário e com isso efetiva o Simbólico. A função paterna ultrapassa o Pai Simbólico, pelo que se faz necessário distinguir o Pai Imaginário do Pai Real. Os Três Pais antecipam uma triplicidade que será assumida em 1975 quando Lacan diz que há três Nomes do Pai.

Até *R.S.I.*, o pai era alguém cujo lugar era dado pela mãe, era nomeado por ela, pela mãe da metáfora paterna, era o lugar de direção do desejo da mãe. A partir de *R.S.I.*, essa conotação (favorável, porque impede a criança de fazer um imaginário “todo” com a mãe) deverá ser acrescida de outras duas: uma, (Pai Real), é que o pai é aquele que, em lugar de dizer seu nome, nega-se a responder. Lacan toma isso do relato bíblico de Moisés, que aceita falar a seu povo “em nome de Deus”. Mas, quando Moisés quer “saber” em nome de quem ele falará, Deus lhe responde com essa frase enigmática “sou o que sou” ou “serei o que serei”⁶, o que põe um ponto final e se acabam as explicações. A função do pai se representa nesta enunciação, cortando o gozo. Tal como um pai diz ao seu filho quando pergunta “por quê e por quê?": "Porque eu estou dizendo e pronto. Acabou." É um corte no Real, pois vai mais além de qualquer razão. É um

⁵ Jacques Lacan: *Seminário XXII: R.S.I.*, Paidós, Buenos Aires.

⁶ Frase bíblica que tem uma tradução do idioma hebraico com equívocidade.

basta aonde o Simbólico vai se apoiar para dar qualquer razão a esse limite e sem o qual não se poderia sustentar com eficácia.

A outra conotação (Pai Imaginário) é que o pai também é o Pai do Nome: é pai porque nomeia. Ao colocar um nome nas coisas, ao nomeá-las, permite ao filho montar uma história, uma versão imaginária na qual ocupar um lugar na cena como um objeto entre outros. Isto é, poder construir o fantasma como uma tela a partir da qual projetar e enquadrar a percepção que terá cotidianamente da realidade.

No *Seminário XXII: R.S.I.*, Lacan vai dizer que os três do Nó (Real, Simbólico e Imaginário) são Nomes do Pai, os “nomes primeiros enquanto que nomeiam algo”... e, *se eles se enodam ao modo borromeano, esse enodamento é, em si mesmo, o Nome do Pai*. Portanto, se o nó do sujeito é borromeano, não é psicótico.

É aqui que nos encontramos *com outra via possível para pensar esta ideia do colapso temporário da função paterna na explosão do ataque de pânico*. Porque se o enodamento borromeano é em si mesmo o Nome do Pai, podemos supor que no ataque de pânico os três do nó se desengatam: o Simbólico fica fora de jogo, o Real se torna um fogo no qual o corpo do sujeito se afoga, transpira, não pode engolir, perde o controle de seus esfíncteres... um corpo devorado por uma presença demoníaca; ali o Imaginário dispara em direção a uma figuração aterrorizante que o deixa em um estado de perda de toda referência egóica. É um momento de profunda despersonalização e de perda da realidade que, no entanto, não é psicótica – se o nó do sujeito for borromeu. Quando o ataque de pânico passa, as cordas voltam a se enodar borromeaneamente e paulatinamente o sujeito se reencontra com as coordenadas simbólicas nas quais se reconhece.

Mas Lacan também vai localizar os três de Freud como Nomes do Pai. Quais são os três de Freud? Inibição, Sintoma e Angústia. É nesses três que

vamos nos deter, a fim de desenvolver por que têm valor de serem Nomes do Pai e ver como isto nos orienta na clínica.

Dizíamos que o Nome do Pai *faz o que pode* com o desejo da mãe e que nunca consegue barrá-lo completamente. O Nome do Pai não consegue “que tudo se arranje” e precisa de *complementos*. Quais são esses complementos? *Inibição, Sintoma e Angústia*. A inibição, o sintoma e a angústia são Nomes do Pai porque cumprem uma função equivalente a que o Nome do Pai pretende alcançar: *vão complementar a falha da função paterna*.

Isso se ilustra muito claramente no nó borromeu e na distribuição dos gozos que ali se mostra, mas, como nem todos manejam com facilidade essa figura topológica e utilizá-la poderia gerar mais resistência do que clareza, vamos ver por partes os gozos do nó e depois vamos ver cada um separadamente.

3. Do Gozo para “os” Gozos (desmembrando o nó borromeu)

De “o” Nome do Pai para “os” Nomes do Pai, e também de “o” gozo para “os” gozos, foi assim que Lacan passou a falar. Além disso, distinguiu três no nó, embora tenha acrescentado um quarto – gozo feminino, ou suplementar, ou o Outro gozo⁷– que ali não é localizável⁸. Os três gozos são: o gozo do Outro, o gozo fálico e o gozo do sentido.

Vamos nos deter um instante para situar a importância que Lacan dá aos *furos* - que são uma questão fundamental para compreender o lugar dos gozos no nó. Lacan fala dos furos e os situa no nó, como se estivesse

⁷ A dimensão do gozo feminino toca um limite místico, enigmático, de enorme transcendência para indicar uma satisfação que excede a medida fálica e bordeia o Real. Não nos deteremos aqui a explorar suas arestas, porque este caminho nos levaria a outros cantos de nossa clínica que excedem as vicissitudes do que nesse trabalho procuramos delinear. Mas o que não abordarmos aqui não significa que não reconheçamos sua importância capital, razão pela qual retomaremos isso a partir de uma perspectiva diferente no Capítulo X: “O colapso do tempo. Os nós e o gozo. Conjeturas e hipóteses...”, capítulo escrito com Esteban Levin.

⁸ Nenhuma fórmula, esquema ou grafo de Lacan nos permite localizar todos os conceitos, senão seria suficiente lidarmos com apenas um.

fazendo uma pergunta muito interessante: o que pode ser feito com um furo?...

Topologicamente, não são muitas as possibilidades que um furo oferece: obturá-lo, fazê-lo “desaparecer”, se estiver obturado, fazê-lo reaparecer (e que recupere sua vigência), percorrer a sua borda para conseguir significar algo do abismal que todo furo implica ...

Os furos têm algo de irredutível, pois, apesar das operações realizadas para sua “obturação”, esta será inevitavelmente falha. Então, onde a função do Nome do Pai falha, um furo, que deve permanecer aberto e semi-velado, fica obturado e, se a estrutura – o psiquismo - responde, *os mecanismos de restituição da falha da metáfora paterna tomarão o valor de Nomes do Pai.*

Vamos ver o que acontece com o esvaziamento ou com a obturação dos furos que Lacan situa no nó borromeu e vamos começar a desmembrar os gozos do nó, partindo do gozo fálico. Quando o gozo fálico avança de tal maneira que ameaça engolir o furo do registo do Real, o Real responde com sintomas. Dissemos que o Nome do Pai é o que faz furo. Mantém o vazio, a hiância por onde o desejo pode circular. Se não há furo, ou se ele fica obturado, o movimento para (como no jogo do resta um, se cobrimos o furinho central). *Indo para a clínica, digamos que quanto melhor está estruturado um sujeito neurótico, no que a vida o expõe a um momento de irrupção do gozo fálico que parte do Outro e cai sobre ele, fará um sintoma.*

Haverá momentos ou vacilações da estrutura que, talvez, não permitam fazer um sintoma. É possível que haja, então, o recurso de fazer uma inibição. Se nenhum dos dois ocorrer, ainda se tem a angústia. A angústia, nos ensina Freud, é o último refúgio do psiquismo. Veremos como isso nos conduz a compreender em que sentido Inibição, Sintoma e

Angústia são Nomes do Pai, na medida em que operam como complementos da falha de sua função.

Dizíamos que quando o gozo fálico avança sobre o Real ameaçando engolir seu furo, pretendendo recobrir completamente o Real com a maquinaria significante, o Real reage produzindo sintomas. Por exemplo, podemos situar o aquecimento global ou os tsunamis como um sintoma do avanço do homem sobre a natureza, sem respeitar sua homeostase. Ou ainda, como se altera o clima de uma região onde se fazem diques sem calcular o efeito que possa ter sobre a ecologia. Indo para a nossa clínica, podemos ver como na fobia se vê claramente que *esse sintoma é um dizer Não a ser objeto do Outro*. Um freio ao avanço do gozo fálico que chega ao sujeito como gozo do Outro.

O Nome do Pai é sempre *um dizer Não*. Tomemos como exemplo o conhecido caso do Pequeno Hans⁹. Ao ter medo dos cavalos, Hans domestica o temor de ser engolido pela mãe. Como a mãe lhe vestia antes de ir dormir? Ela lhe colocava um pijama de peça única para que Hans não conseguisse se masturbar quando ficava sozinho. *A enunciação é: “todo o gozo é com a mamãe”*. E ainda temos o pai de Hans, que tem certas dificuldades para dizer alguma coisa que corte esse laço incestuoso e libere seu filho de estar a serviço de completar a mãe...

O Nome do Pai é um dizer Não, uma *enunciação* que efetivamente tenha o valor de *uma voz de trovão que corte o gozo fálico da mãe* que, para a criança, é puro Gozo do Outro (não há circularidade recíproca entre os gozos).

A fobia aos cavalos não faz senão restituir a falha da metáfora paterna. Ali onde o Pequeno Hans não encontrava no pai um dizer Não ao

⁹ Sigmund Freud. “Análisis de la fobia de un niño de cinco años (el pequeño Hans)”, (1909), Amorrortu, Vol. X.

desejo da mãe e à sua própria tentação de ir até ela, que era algo que já lhe angustiava, encontra um freio ao incesto no medo de cavalos.

É comum colocar ênfase na localização do cavalo como um substituto do pai. Isto é correto, mas se perde de vista que, em grande parte da história, Hans fala do cavalo como substituto da mãe. Fala do cavalo como portador de um grande pênis e supõe um tão grande em sua grande e adorada mãe. É muito interessante a resolução do caso no ponto em que Hans justamente pode, através da interpretação de Freud, fazer passar o cavalo da mãe ao pai. Há uma visita de Hans com seu pai a Freud que lhe pergunta: “como era o cavalo?” Hans diz que tem bigodes e antolhos e Freud fala para ele: olha seu pai. O pai tinha bigode e óculos. “Seu pai é o cavalo”, indica Freud. Fica localizado o lugar da interdição no pai, como aquele que vai frear os desejos incestuosos, que não é outra coisa senão a imaginarização da possibilidade de satisfação plena. É preciso evitar a confusão de uma versão simplista de que o incesto é uma questão com a mãe e com o pai. *O incesto se apresenta para nós em qualquer figuração de uma satisfação plena. Onde se imagina um objeto capaz de preencher de gozo plenamente, vai aparecer inibição, sintoma ou angústia.*

Por exemplo, quando se trata de um encontro sexual e se imaginariza que esse encontro vai ser pleno – como alcançar o paraíso – isso se torna incestuoso e alguns sintomas aparecerão: impotência, ejaculação precoce (cuja função é produzir uma fuga apressada da cena que se torna insuportável), etc... ou vai aparecer a angústia ou a inibição. Onde uma mulher é absolutamente idealizada se produz a inibição para poder abordá-la. Neste ponto a inibição coloca o sujeito a salvo do objeto incestuoso, do objeto perigoso, ali onde alguém poderia ficar tomado como objeto de gozo.

No nó, Lacan distingue estas três modalidades de defesa em relação às diferentes nuances de gozo. *A inibição põe freio ao gozo sentido.* Protege

o sujeito de um mal temido imaginarizado em um encontro carregado de um sentido pleno, a figuração de uma satisfação sem limites. “Faça o que quiser comigo”, foi a frase que paralisou um homem que acreditava saber como satisfazer uma mulher. Isso o deixou impotente. Inibido para abordá-la. Ele poderia exibir sua potência fálica enquanto seu olhar era direcionado para agradá-la, porém a pergunta pelo que é que ele deseja, com o outro oferecido como um objeto à sua disposição, deixa-o perplexo, confrontado com um universo de gozo infinito, sem limite, e a inibição o protege de ter que abordar uma missão que lhe é impossível de limitar.

Podemos traçar algumas equivalências, pois a angústia, que nos detém ao sinalizar o objeto que se é para o gozo do Outro, cumpre uma função muito importante. *É preciso ser muito cauteloso antes de eliminar um sintoma ou empurrar um paciente ao ato onde houver inibição. Não precisamos ter pressa em eliminar esse sintoma ou essa inibição, sem ter visto antes qual é a função que essa inibição, esse sintoma ou essa angústia está cumprindo para esse sujeito.*

Para nos aproximarmos de uma ideia do que isso pode implicar, passo a relatar uma situação que me chega pela via de uma supervisão. Trata-se do caso de uma mulher que tinha fobia de viajar de avião, o que é uma fobia típica. Não era um grande problema para ela. Era uma mulher encantadora que não se afligia muito pelas limitações que sua fobia lhe causava. Começa a namorar com um empresário importante que, a principio, tolera esta restrição e vão de carro para todos os lados... mas com o tempo ele começa a pressioná-la para que supere sua fobia porque quer levá-la para a Europa e espera que ela possa acompanhá-lo em seu cotidiano, no qual entrar em um avião é algo comum. Esta mulher decide enfrentar seu problema e vai fazer um tratamento cognitivo-comportamental. Deste modo, em um tempo não muito longo, ela supera esta fobia e começa a voar. O tratamento foi um sucesso. Claro que já por

1915 Freud nos advertia que era preciso ter cuidado com o êxito porque... no próprio êxito pode se aninhar o fracasso.

O que começa a acontecer é que o sintoma se desloca em direção ao que podemos definir como a produção de um tipo de caráter inédito até então. Esta mulher divina e encantadora começa a ter ataques de mau humor e se converte em uma “bruxa insuportável”. O marido, com saudades de sua divina mulher perdida, por pouco começa a pedir, se não tiver outro jeito, que lhe devolvam, por favor, a fóbica, porque ainda que agora pudessem viajar por todo o mundo, ela perdeu todo seu bom humor. Por sorte, desta vez, a nova escolha de um profissional recaí sobre um analista que estará atento a distinguir que função esse sintoma estava cumprindo, antes de apressar-se a eliminá-lo. *Este é um bom exemplo do que pode acontecer quando se elimina um sintoma, sem situar previamente a função que ele desempenha na estrutura*, o que neste caso implicava localizar que valor tinha para ela, o de freio de um determinado movimento pulsional recalcado, que era necessário trazer à luz.

Voltando à diferenciação dos gozos, vamos ver agora o que acontece quando é o *gozo do Outro* que avança como um Real impossível de simbolizar, ameaçando devorar o furo do registro Imaginário. Quando isso acontece, a estrutura, se responde, o fará com o desenvolvimento da angústia que cumprirá assim a função do Nome do Pai. Lá onde o outro pretende saber o que te convém, o que é bom para você, o que é que você tem que fazer, e te deixa momentaneamente indefeso, à mercê do Outro, a estrutura psíquica vai detectar o perigo de ficar sujeito, submetido pelo Outro, e esse perigo será sinalizado pela angústia. A angústia te freia, é um não. Não a esse poder que o outro quer exercer sobre você. Ela permite que a falta recupere seu lugar na estrutura e que você não se deixe sobrecarregar.

Finalmente, depois desse longo percorrido como fundamento, podemos *localizar os ataques de pânico como um colapso temporário da função da metáfora paterna*. É um caso particular em que se vê muito bem a função do Sintoma, da Inibição e da Angústia como Nomes do Pai. Justamente porque nesses fenômenos a *angústia não comparece e há carência de recursos para fazer uma inibição ou um sintoma, pois nada detém o avanço dos gozos*. A estrutura colapsa e se produzem esses conhecidos fenômenos de *despersonalização e fragmentação egóica* característicos destes ataques. O colapso temporário da função do Nome do Pai se produz porque a angústia não sinaliza o perigo que implica para este sujeito ter ficado preso em uma situação em que está como um objeto de gozo do Outro: o que temos, em geral, é uma estrutura que eliminou a angústia como mecanismo de defesa. Então, para dizer em uma fórmula simples: ***o ataque de pânico se desencadeia quando se carece do recurso da Inibição, do Sintoma ou da Angústia para fazer uma barreira frente ao avanço dos gozos***.

Capítulo X

O colapso do tempo. Os nós e o gozo. Conjecturas e hipóteses... ¹

Escrito por Esteban Levin² e Eduardo Urbaj

Se há uma dimensão fundamentalmente afetada no ataque de pânico é a do **tempo**. Uma noção peculiar e exclusiva dos seres falantes. O temporal implica a subjetivação do tempo. Observamos que este corre por dois canais que se articulam, como coloca Deleuze, imperceptivelmente: o do atual e do virtual. O tempo virtual é a representação que articula nosso passado – e a memória que nos tranquiliza, pois através dela “sei quem sou” – ao nosso futuro que, ao se projetar, nos faz continuar “sendo”. Mas ele se enlaça com o atual, coexistindo indiscernível um do outro.

Embora se possa considerar o tempo como permanente, ele também se transforma. Segundo Kant, é a forma daquilo que muda. Deleuze introduz o movimento no tempo, situa a ideia da imagem cristal como uma consolidação de imagens atuais e virtuais que, para este autor, seria o “gérmen do tempo”. Nossa hipótese vem sustentar a ideia de que no ataque de pânico a imagem cristal se quebra de tal forma que em seu lugar aparece a opacidade sem semblante: um precipício sem fundo. A potência

¹ Escrito por Esteban Levin e Eduardo Urbaj

² Esteban Levin é psicólogo, psicomotricista, psicanalista e professor de educação física, professor convidado em universidades nacionais e estrangeiras; é autor de numerosos artigos em publicações nacionais e internacionais especializadas e autor de diversos livros, entre eles: *Plasticidad simbólica*, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 2010. *Autismos y espectros al acecho: La experiencia infantil en peligro de extinción*, Noveduc, Buenos Aires, 2018. *La dimensión desconocida de la infancia, el juego en el diagnóstico*, Noveduc, Buenos Aires, 2019.

do desespero destrói, desliga, no que podemos considerar o desdobramento acéfalo da pulsão de morte³.

No ataque de pânico, estas duas dimensões que estruturam o tempo como projeção do psiquismo se separam bruscamente. Há um colapso temporal e um eclipse subjetivo. O tempo virtual colapsa e o sujeito desaparece, fica perdido na pura atualidade sem referências simbólicas. Esse tempo aparece cristalizado, carente da possibilidade de se articular com o histórico. Isso é que tinge a experiência do ataque de pânico com uma dimensão arrebatadora e desesperadora, um abismo temporal tal qual um buraco negro do tempo que produz uma força centrípeta que absorve e empobrece a experiência.

Poderíamos dizer que, no tempo que ocorre o ataque de pânico, a percepção invade a consciência de um modo tão absoluto e avassalador que então: a consciência é a percepção. Neste ponto ficamos surpreendidos por uma estranha coincidência, que já observamos, sobre a existência de outra experiência humana que pode ser definida do mesmo modo: o gozo feminino ou místico. Também no momento epifânico do gozo feminino a percepção invade a consciência de um modo tão absoluto e avassalador que então: a consciência é a percepção. É a experiência do alpinista que não tem palavras para dizer do momento que chegou ao alto da montanha e não demorou muito para descer de lá ... é a experiência dos amantes que não conseguem colocar em palavras o momento em que ficaram perdidos em um gozo mais além do fálico e de toda representação ... é a experiência desse momento de gozo único e irrepetível que é uma primeira vez, única, nova, iniciática, cada vez.

No entanto, ambas as experiências – a do gozo feminino e a do ataque de pânico – se diferenciam em um aspecto crucial e vamos tentar dar conta

³ Gilles Deleuze: *Cine 3: verdad y tiempo, potencias de lo falso*. Editorial Cactus, Buenos Aires, 2018.

desta diferença nos valendo da teoria dos nós. Para tanto, vamos parar para analisar alguns aspectos essenciais da experiência infantil como origem do enodamento dos três registros. Por exemplo, o instante em que um pai ensina seu filho pequeno a amarrar o cadarço de seu tênis.

Quando um filho e um pai se detêm para amarrar os cordões, brincam, se enrolam, ensaiam, conjugam um espaço cúmplice, apaixonante. Enodam, coexistem na transmissão de uma herança, na qual o dom do desejo e o desejo do dom se põem em ato.

Ao lançarem-se a brincar, há um momento caótico. Um emaranhado, um enredo necessário, às vezes um certo caos pelo qual têm que passar. A força do desejo nunca é unidirecional. Desprendida do corpo, não se acopla, mas flui, choca, estremece, entrelaçada com a do outro e, ao se tocarem, compõem outra. Se há nó, enodamento, é porque estavam desatadas, desenodadas. A infância nos ensina que os nós não se fazem sozinhos; realizam-se somente em relação ao outro.

Na cena, os cadarços são cordas em ação, gestos que se movem na herança concomitante do nome-do-filho e do-pai que o origina. Movimento libidinal através da corda que se desequilibra, perde uma posição até encontrar outra; nessa busca se dá um choque de intensidades, porvires que caem, se soltam e fazem outras piruetas. É difícil imaginar, precisar o que está ocorrendo, enquanto está acontecendo, os dois, pai e filho, amarrando o tênis do desejo.

Compartilham o espaço, as dimensões eclodem, a ousadia do afeto circula. O Real, Imaginário e Simbólico se enodam na infância.

O instante de desequilíbrio do enodamento é uma experiência essencial, vivida pela criança como um dom de amor e supera qualquer ação puramente empírica. Soberana, a infância é plebéia. Tece nós precoces em redes cobertas de desejos, demandas e diferenças, não há atrás ou à frente deles.

Quando as crianças brincam, configuram a ficção como um dom de amor, fazem o nó que lhes permite constituir o infantil da infância; redistribuem poderes e fluem sem falhar em sua tentativa. Ao brincar com o corpo, a voz, as palavras, os gestos, as posturas, repetem e recuperam o prazer de existir através da brincadeira. A plasticidade, como uma semente que germina, é a potência da repetição na diferença⁴. As cordas e os nós criam em um espaço-tempo inexistente, constituem a temporalidade e espacialidade de um sujeito que toma a palavra e a amarra ao corpo ou toma o corpo e o embute na linguagem.

Poderíamos nos interrogar se os nós, efeitos de acontecimentos originários, produzem a metamorfose do tempo. Validamos a conjectura de que, se estes enodamentos se realizam sem o acompanhamento do dom de amor, desinvestidos libidinalmente, cristalizam-se como um puro atual, portanto, não configuram a virtualidade necessária para que a estrutura adquira a flexibilidade que lhe permitirá responder adequadamente frente às contingências urgentes que terá que enfrentar na vida adulta⁵.

O desinvestimento libidinal sofrido na infância, em tempos constituintes da subjetividade, deixa como sequela indelével um acidente forclusivo da dimensão amorosa do dom do desejo, que, então, fica em suspenso. Este será o caroço capaz de fazer a suspensão temporária da função da metáfora paterna que colocamos como o fenômeno determinante do desencadeamento do ataque de pânico⁶. Atrevemo-nos a supor que - em consonância com esta suspensão temporal - no ataque de pânico os três registros (R.S.I.) se separam. Diante da invasão intensa da

⁴ Esteban Levin: *La dimensión desconocida de la infancia, el juego en el diagnóstico*. Noveduc, 2019.

⁵ Um exemplo claro dos estragos que um enodamento desinvestido do dom do desejo pode fazer e deixar como sequela predisponente a ataques de pânico é o caso de Julián, descrito no capítulo VIII deste livro: “A subestimação precoce da angústia e o sentimento inconsciente de culpa”.

⁶ Ver capítulo IX: “O ataque de pânico e a função da metáfora paterna”.

percepção de um corpo que implode repentinamente, presença de um Real sem véus, este registro se desenoda dos outros dois (Simbólico e Imaginário) e é o que caracteriza o momento inicial do ataque: um desconcerto repentino que se transforma em despersonalização. Em seguida, o aparelho psíquico responde a partir de um registro imaginário desvinculado do Simbólico, propondo certezas sustentadas no discurso médico como, por exemplo, supor que se está sofrendo de um ataque cardíaco. As cordas se desatam e, quando o ataque passa, as cordas voltam novamente a se enodar; e se o enodamento era borromeano, então, voltarão a se enodar de modo borromeano...

Por outro lado, no gozo feminino, as cordas não se desatam. Talvez se juntam tanto que o furo central desaparece e, por isso, há uma espécie de despersonalização ou também dessubjetivação, mas o nó não se desata. Não há colapso estrutural, mas uma agitação temporária, perda de referências e de todas as medidas fálicas, e o toque da pulsão de morte...

Também não podemos deixar de considerar a aceleração da velocidade temporal do mundo global que nos sufoca abruptamente no cotidiano. A pressão tributária do tempo força a correria, a tensão física e relacional atravessa o laço social de tal modo que, como efeito, produz, entre outras problemáticas, as seguintes: estresse, ansiedade, eczemas, bruxismo, palpitações, sudorese, hiperventilação, náuseas, dor de cabeça, dor no peito, tremores e ... ataques de pânico.

Será que diante do excesso de informação, a permanente aceleração e busca frenética da eficiência de produção, a relação entre nós⁷, entre um e outro, está perdendo a relevância, afetando a relação do sujeito com esse Real inexorável que é a forma de atravessar o tempo limitado de sua

⁷ N.T.: O autor escreveu "nos-otros" no texto original. Ele separa a palavra "nosotros" (nós em português), dando assim destaque para "nos" e "otros", indicando a relação entre nós e outros.

existência? Frente à incapacidade da intimidade do outro, enquanto relação e de mal-estar na cultura como parte essencial da humanidade, uma reação possível e impossível⁸ ao mesmo tempo é *o ataque de pânico como último recurso para por em jogo a demanda de amor*⁹ em um mundo em que a indiferença é potencializada e iguala-se à identidade do igual e do mesmo. Diante disto, propomos eticamente produzir o tempo vital do devir da subjetividade.

Isto nos permite entender por que o ataque de pânico não é um sintoma: está desalocado do inconsciente. Freud postula que, além da sexualidade, existem outras três ignorâncias estruturais no inconsciente: o Não, a morte e o tempo. No entanto, o inconsciente trabalha constantemente de forma paradoxal em relação a estas três dimensões que carecem de uma representação acabada. No ataque de pânico, estas três se articulam de um modo peculiar e devastador: **HÁ não**, **HÁ tempo** e **HÁ morte**; o que o inconsciente ignora, e ao ignorá-lo é causa e nos permite nos reconhecer como sujeitos. No ataque de pânico, esta ignorância fundamental se presentifica sem os véus imaginários que fundam a estrutura e, portanto, produz em ato este fenômeno que deixa o sujeito temporariamente fora de jogo, ou, para ser mais preciso, fora de discurso num abismo inquietante diante do limiar sem palavras do estranho.

⁸ É impossível que o sujeito consiga identificar a mensagem que vem criptografada no ataque se não houver encontro com outro que o escute e permita-lhe localizar essa mensagem, abrindo a dimensão da outra cena.

⁹ O caso Gloria, desenvolvido principalmente no capítulo II, "Do objeto da angústia ao objeto do fantasma: observações sobre a abordagem clínica do ataque de pânico", é um exemplo eloquente de como o ataque de pânico traz uma mensagem que - embora o sujeito resista escutar - permite que ele se dê conta do dano severo que está cometendo contra o mais sagrado de sua própria vida.

Capítulo XI

Do corpo à alma. Shiatsu como medicina integrativa ¹

Escrito por Graciela Giorgetti ²

O caminho da via de mão dupla

Em todo binômio de trabalho, existe uma via dupla. O corpo dá conta disso. Nesta certeza, em que o corpo e a Alma se dão mutuamente forma, minha parte é a intervenção através do corporal.

O doutor Namikoshi dizia que o *Shiatsu* surgiu da observação. Como todas as disciplinas antigas, as orientais nasceram da observação da Natureza. Namikoshi observou os gestos da dor e do alívio da dor, alívio produzido pelo contato. Ele dizia: "quando sua cabeça doer, leve as mãos à cabeça, se te doer o estômago, abrace a barriga. Uma criança se machuca e as mãos de sua mãe visivelmente a acalmam".

Da mesma forma, um homem pesaroso deixa cair seus ombros para frente e inclina levemente sua cabeça, uma pessoa eufórica tende a sorrir e elevar sua postura.

Nossas posturas corporais poderiam estimular a produção de hormônios, testosterona ou cortisol, produzindo mudanças em nossa

¹ Escrito por Graciela Giorgetti

² Graciela Giorgetti é pedagoga, ludoterapeuta. Especializada em terapia *Shiatsu Namikoshi*, formada no *Shiatsu Senmon Gakko*, em Tóquio-Japão desde 1991. Fundadora e diretora acadêmica da Escola Internacional de Shiatsu, Shiatsu Argentina. Criadora do treinamento *Daiki*, para o cuidado e tratamento das articulações e o manejo do estresse. Professora da EGAMA (Escuela de Graduados de la Asociación Médica Argentina), onde atualmente leciona cursos de "Shiatsu y el manejo del estrés", "Shiatsu en el tratamiento de la hipertensión", "Instructorado de Shiatsu" e "Seated Shiatsu" para profissionais. Criadora do método "Relajación Creativa". Autora de *Shiatsu y Golf*, Editorial Gaia, Madrid, em breve será reeditado na Argentina; *Daiki, entrenamiento para el cuidado de las articulaciones y el estrés*, Editorial Elementos, Buenos Aires e *Guía práctica de Shiatsu Namikoshi*, Editorial Elementos, Buenos Aires. Também contribui com várias publicações para apresentações em congressos internacionais organizados pelo *Japan Shiatsu College*, e outros na Europa, México e Argentina.

propriocepção e gerando nossas próprias endorfinas e favorecendo nossa homeostase interna?

Há trabalhadores da psique e trabalhadores corporais e, talvez, a interdisciplina seja imprescindível, diante da quantidade de informação que a nova tecnologia nos fornece, inclusive para avaliar e fundamentar o conhecimento empírico, aquele que transcendeu os tempos por ser simplesmente eficaz numa "administração por resultados".

Meu trabalho terapêutico consiste em estabelecer um contato físico que facilite a entrega confiante do corpo do paciente que lhe permite ir reconhecendo e, ao mesmo tempo, abandonando os hábitos de seu próprio "autodomínio", para o respeito e dignidade de seus sintomas.

O sistema nervoso central é emissor e receptor ao mesmo tempo (por vias eferentes e aferentes). Por acaso o corpo e a psique não estão ligados numa via dupla de mútua influência?

Quem sofre ou sofreu de transtornos de pânico ou ansiedade, necessita restabelecer os circuitos entre o corpo e a psique, indo em direção a um equilíbrio de sua polaridade, em que algo está ficando fora de seu registro informativo, e "voltar a se familiarizar com seu próprio corpo até integrá-lo".

Minha colaboração neste texto é contribuir com a minha experiência, facilitando ferramentas de compreensão e aplicação desta terapia corporal ancestral, que pretende elevar o nível de saúde e homeostase que todo ser vivo carrega como um sistema de defesa. Trata-se de um potencial de ação geralmente desconhecido pelo paciente, que o leva a focar em seus recursos orgânicos, e, portanto, *psi*, no lugar da patologia como "falta". E com esta ferramenta acompanhá-lo em um caminho de retorno da naturalização do sofrimento até seu maior bem-estar.

Estresse: sua definição e descrição

Estresse é a resposta inespecífica do corpo diante de qualquer demanda.

É a *síndrome geral de adaptação* (Hans Selye), definição que diferencia o estresse necessário e indispensável para a vida, adaptação e sobrevivência. É o estresse saudável ou *eustres* que permite enfrentar desafios, manter alerta em situações de risco e avaliar os perigos. Seu nível de ação não provoca transtornos ao organismo.

Em um estado de alerta, todos os órgãos e sistemas do nosso corpo se põem em guarda para avaliar o stress. O sistema capta o sinal de alarme, seja através da vida emocional psíquica ou física, seja através da dor, da preocupação ou da tensão nervosa. Produz-se, então, uma redução no consumo de energia geral, direcionando-a para o indispensável, para assegurar a sobrevivência no esforço para enfrentar a contingência.

O organismo reduz o desempenho de todos os seus sistemas, dando lugar exclusivamente àqueles que envolvem atender à sua maior exigência, que é a absorção de mais oxigênio. Portanto, o sistema respiratório e o sistema circulatório entram em modo de "alto rendimento" para a absorção de oxigênio e nutrientes indispensáveis para os músculos, pois, em sua inteligência, condiciona os músculos que nos permitirão enfrentar o estressor ou fugir, caso avalie uma incapacidade para isso - o que o fisiologista Walter Cannon chamou de *Fight or Flight* (luta ou fuga). As células musculares respondem ao tudo ou nada, ou seja, se juntam, contraindo assim a fibra muscular, ou alinham-se, distendendo-a para alongá-la.

Selye denomina distresse, ou estresse ruim, quando a intensidade e durabilidade dos estímulos originam alterações físicas e psicológicas. Ele o descreve como o estado em que as demandas externas ou as demandas

internas superam a capacidade de resposta do indivíduo, gerando um estado de alarme orgânico que atua sobre o sistema nervoso cardiovascular endócrino e imunológico, produzindo um desequilíbrio psicofísico, expondo o indivíduo, por imunodeficiência, a vários tipos de patologias.

Se o estresse é um esforço do organismo para se adaptar, quando este esforço se torna crônico e não dá tempo para se recuperar - porque vem outro estressor, por uma idéia que se repete, uma emoção que se reprime, uma sobrecarga emocional ou por uma dor física crônica - o estresse se torna patológico. E esta patologia implica que o desgaste do organismo se dá às custas de consequências no sistema orgânico, psíquico ou emocional.

Entre o orgânico e o psíquico

Os estímulos chegam ao sistema nervoso central pelos sentidos, ouvido, visão, etc. Isso gera um estímulo central. A parte nervosa põe em movimento o sistema glandular relacionado à produção de hormônios, como a ACTH (corticotrofina) gerada pela hipófise, ativando assim as glândulas suprarrenais. Este fenômeno se chama EIXO HIPOTÁLAMO HIPOFISÁRIO, pertencente ao Sistema nervoso central.

Os neurotransmissores afetam a parte anterior (a parte glandular) da hipófise (ou pituitária), que contém uma quantidade significativa de hormônios, tais como o hormônio do crescimento, o ACTH, o hormônio da tireóide e, devido ao estresse, estimula as glândulas suprarrenais.

As suprarrenais, que são glândulas localizadas na parte superior dos rins, enviam rapidamente seu estímulo, entre outros, ao fígado, que tem acumulado uma quantidade de hidratos de carbono de forma complexa (o glicogênio). O estímulo enviado faz com que o consumo, que implica utilizar toda a massa muscular, conte rapidamente com a energia

necessária através da descarga de glicogênio, transformado em ácido láctico.

O sistema nervoso autônomo é responsável pela secreção abrupta de substâncias que levam ao surgimento dos sinais e sintomas da Síndrome do pânico. Este sistema, em si, não é o que avalia os estímulos estressantes, mas está geneticamente preparado para responder a uma situação de perigo de uma determinada maneira, como descrito acima.

Embora esta condição genética venha do nascimento, a torrente de secreção endócrina é, em cada sujeito, geneticamente particular e modificada em sua modalidade pelas experiências às quais é exposto pelo meio ambiente. O que hoje em dia chamamos de epigenética.

E é neste quadro dissociativo entre as mensagens do corpo e sua "leitura" que "a angústia não compareceu", segundo as palavras de Eduardo Urbaj. A "ausência" da angústia como sinal de alarme. A sua falta deixa o afeto encriptado através de uma rigidez muscular, psíquica e emocional.

Shiatsu Namikoshi e transtornos de ansiedade

A digitopuntura japonesa intervém, por meio de contato, nessas couraças musculares que representam esse bloqueio como resposta. A partir daí, gradualmente, essa energia acumulada no sistema muscular vai se abrindo, descarregando e deixando aparecer um estado capaz de permitir a permeabilidade da vida emocional e, na medida em que o paciente permita que a sua musculatura seja um canal de informação, abre-lhe um canal de comunicação que ligue as suas respostas orgânicas à sua vida psíquica e emocional. Conforme descrito pela Medicina Tradicional Oriental, Shiatsuterapia, o estímulo e sedação de todo o sistema energético serve para que da descompressão muscular e desbloqueio energético surja o sintoma, que anuncia que algo foi ignorado,

pois, nesta incapacidade de entrar em angústia, o indivíduo dá lugar à vulnerabilidade que o predispõe aos transtornos de pânico.

No início do tratamento, o paciente poderá se referir às dores ou bloqueios físicos ou locomotores que o limitam e que lhe permitem expressar, como se fosse um disparo de alarme, aquilo para o qual ainda não tem palavras.

Em geral, seu relato anuncia a falta de registro dos desconfortos manifestados pelo corpo (que ele sempre antecipa) e a ausência de um vínculo respeitoso pela sensibilidade e gestos sutis. O mal-estar é negligenciado, como se empurrar um carro sobrecarregado fosse o único recurso de resolução. Há uma ausência de busca pelo bem-estar físico e de registro da necessidade de compensações de um corpo exigido, mesmo quando se trata de um corpo treinado ou bem alimentado, mas que está exposto à exigência e à busca por desempenho ou por "aquilo a que atribui valor ou pressupõe ser importante".

Assim é a sua ligação dissociada entre a vida emocional e a somática. Geralmente, o sujeito não leva em conta suas necessidades, inclusive orgânicas, em função de algum imaginário "dever ser ou fazer". Ele se incomoda, se irrita e se contraria porque o corpo não lhe responde como gostaria.

Embora o corpo sempre se anuncie.

Às vezes, explico que o corpo é como uma criança que pede atenção através de alguma pequena demanda, puxa a saia, depois faz uma birra e, ao não encontrar resposta, adoece e, então, a mãe deve se sentar ao seu lado, dar-lhe remédio, cuidados e atenção. E isso se torna um ato saudável: o sintoma atendido e respeitado.

Então, o transcurso do tratamento - que é sempre integral, porque o método Shiatsu do mestre Namikoshi entende que "todo o corpo sustenta o sintoma" - faz surgir um "dar-se conta" de suas rigidezes ao nível

corporal, das quais, fora as áreas de dor, não tinha nenhum registro, que aproxima ou, pelo menos, habilita a se questionar o quanto sabe ou desconhece de seu próprio corpo, permitindo "colocá-lo em valor" em relação à sua qualidade de vida.

No paciente com transtorno de pânico em tratamento com *shiatsu*, isto representa um processo de sensibilização, de atravessar o encontro com o corpo como se fosse um desconhecido que o paciente tinha como ferramenta, que acreditava ser forte, para descobrir que se tornou uma cristalização, dura, mas frágil, que o impede de desfrutá-lo, integrá-lo, distante do bem-estar.

Gradualmente, vamos levando esta consciência para o plano da significação. Através do tipo de contato, estímulo ou sedação promovida pela digitopressão gradual, e na medida da tolerância, como da descompressão que envolve um músculo colapsado rígido ou fatigado, com o percorrer do tratamento, vamos vendo que se articulam novas sensações corporais até alcançar a via emocional, ou seja, o que o bloqueio ou a couraça muscular inibe a consciência.

O tratamento em si intervém estimulando ou sedando através das terminações nervosas, especialmente as que surgem da medula entre as vértebras em direção ao resto do corpo. Mais que intervir diretamente nos músculos, como o faria uma massagem, trata especialmente a região posterior do corpo, linha entre as vértebras e os músculos paravertebrais, com pressões manuais e graduais.

Este trabalho no binômio terapeuta-paciente, através do dispositivo Namikoshi, é possível pela sistematização da técnica aplicada e da atitude sustentadora do terapeuta que acompanha o processo sem interpretação, nem conselho, nem julgamento. O terapeuta de *shiatsu* profissional respeita o protocolo. Do distal ao proximal, com pressões rítmicas graduais e perpendiculares. Sem aplicar força, mas aproveitando a força da

gravidade que fornece ao terapeuta uma grande potência energética, a que vai administrando na medida em que o paciente vai absorvendo os estímulos e ao mesmo tempo entregando o peso específico de seu próprio corpo, por sua vez, como dizemos, "para o centro da terra". Deste modo, será alcançada pelo paciente e terapeuta uma forma de tratamento ao modo de meditação, em contato com o outro e em contato com as forças naturais que nos atravessam permanentemente, das quais fazemos parte, sejamos ou não conscientes disto. Por isso, dizemos que a digitopuntura não é uma massagem (não fricciona, não bate e nem amassa).

A terapia *shiatsu* consiste em aplicar pressões rítmicas em pontos determinados (660), em direções precisas, com diferentes intensidades, mais manobras articulares suaves, combinadas com vibrações que, por sua vez, são utilizadas como avaliação do nível de distensão que se vai conseguindo ao longo da sessão e do processo de tratamento.

No início, em relação a seu grau de estresse, tensão ou fadiga, o paciente registra sua falta de ressonância com os estímulos vibracionais. Esta consciência e surpresa faz parte do processo do tratamento, pelo qual começa a descobrir, por meio de suas próprias sensações, seu estado geral.

À medida que o tratamento avança e amplia seu repertório em relação às observações, registro e novas sensações corporais às quais o paciente vai pondo palavras (consciência no sentido de seu registro corporal), vai dando lugar a novas profundidades do tratamento que já não serão meramente osteomusculares, mas sim energéticas, graças à descompressão muscular e ao estímulo gradual das fâscias (revestimentos de tecido conjuntivo que envolvem as fibras e todos os órgãos, dando-lhes sustentação, estímulo e nutrição). Isso porque, na intimidade da meada de fibras que compõem o músculo, circula a informação em forma de estímulos nervosos que vem do cérebro e vai para ele.

Ocorre uma ligação de seu psiquismo ao seu corpo que amplia o registro de sua memória corporal impregnada de sua história pessoal.

Shiatsu se torna, além disso, tanto para o paciente como para o terapeuta experiente, uma forma de meditação. Enquanto forma de meditação, uma atividade na qual a informação chega sem ser buscada e circula pelos circuitos dos canais ou meridianos (de acordo com a Medicina Tradicional Oriental), como energia vital que revigora e estimula o sistema de defesa (sistema imunológico) que, por estrutura, busca a homeostase.

Outros efeitos terapêuticos do dispositivo Namikoshi:

Estimula a propriocepção: é a percepção do esquema corporal, que ocorre através da estimulação do sistema fascial.

Relaxa gradualmente: atingindo as fibras íntimas e estimulando as fâscias no sentido da distensão muscular, de forma que adquira um efeito cumulativo de registro da própria capacidade de resiliência.

Estimula a consciência do esquema corporal: proporcionando autoafirmação e maior manejo e plasticidade.

Integra um binômio: o shiatsuterapeuta se atenta nas respostas e reações do paciente, inclusive as mais sutis, como testemunha da evolução do tratamento, acompanhando seu estado e evolução, no qual o paciente se faz cada vez mais consciente.

Leva ao encontro e aceitação da dor oculta no sintoma.

Estimula sua memória corporal: favorecendo as recordações vinculadas às contingências de sua história.

Estimula o sistema imunológico: a favor da sua avaliação e capacidade de defesa diante de estressores externos, bem como para as suas próprias respostas reativas crônicas que descobre instaladas como reflexos.

Estimula o fluxo energético: que corresponde a um estado de maior bem-estar.

Traz a atenção para a linguagem do corpo: diferenciando ato, movimento e ação.

Harmoniza o sistema nervoso autônomo.

O Yin e o Yang. A couraça e sua fragilidade estrutural

Em seguida, faremos um percurso pelos fundamentos conceituais nos quais se baseia o shiatsu. Partimos da premissa de que tudo o que existe na natureza é energia em perpétuo movimento e transformação.

Diz a filosofia oriental que "todo ser vivo possui *Ki* (energia vital)": as plantas, os animais, os seres humanos e, naturalmente, toda a natureza que nos rodeia. O *Ki* (ou *Chi*) atua como um elo que une o corpo físico, o corpo de energia e o corpo de espírito. De acordo com a Medicina Tradicional Oriental, estes pontos energéticos viajam através de canais chamados meridianos. Nossas qualidades espirituais, emoções e virtudes como seres humanos estão vinculadas a nossos órgãos vitais e a certos pontos energéticos no corpo. Nossas emoções e sentimentos inquietantes podem ser curados através da estimulação do fluxo de *Ki* ou energia vital. Através de processos de relaxamento mental e físico, os orientais descobriram que algumas partes do corpo têm mais *Ki* do que outras, servindo como pontos de acumulação de nutrientes para órgãos e glândulas específicos.

O estresse é um dos principais fatores que produzem os bloqueios de *Ki* que aparecem nos canais do corpo quando se é adulto. Quando um órgão não recebe *Ki* suficiente, seu estado físico pode se deteriorar e, ao mesmo tempo, pode ser mais difícil que a virtude própria deste órgão (que não é entendido como um órgão independente, mas integrado de forma holística à harmonia do sistema orgânico) se manifeste.

De acordo com a filosofia oriental, o princípio do TAO e a clássica teoria do yin e do yang, postula-se que no oposto está implícito seu complemento. Por isso entendemos que "todo excesso implica uma falta". Este princípio se aplica tanto à organização energética do corpo quanto à distribuição econômica de seus recursos.

Na organização osteomuscular do corpo, o excesso de tensão anuncia uma falta de relaxamento ou uma frouxidão compensatória. A rigidez muscular acusa frouxidão em outra região.

Muitas vezes, as couraças musculares se organizam para impermeabilizar o corpo, cumprindo a função de evitar a dor física, psíquica e emocional, com a ideia ou fantasia de uma incapacidade de transcender essa dor, ou de adquirir assim uma "força" em compensação da própria vulnerabilidade (à falta de medo segue a insensatez, à falta de aceitação a crítica, etc.). A capacidade de produzir uma couraça muscular ou uma impermeabilidade emocional tem como função nos proteger de não claudicar num momento crítico, mas nunca será um reflexo de nossa fortaleza. A força é alcançada através da integração das nossas sombras e da consciência da nossa vulnerabilidade. E isso sempre se manifesta no corpo através dos seus desconfortos, bem como por sua capacidade de ser fonte de gozos, de sua impotência e seu vigor, de suas alegrias e de suas tristezas, seus medos ... suas vergonhas ... suas tentações... e sua coragem, plasticidade e expansão.

Grande parte do sucesso de um tratamento é o dar-se conta. E é pelo fato de estarmos submetidos às leis do Universo que podemos descrever e usar para nosso benefício e adaptação.

Conforme a primeira lei da física mecanicista de Newton, a lei da inércia, um objeto tende a permanecer no estado em que se encontra, seja ele de quietude ou de movimento. Para sair desse estado é preciso realizar um trabalho, ou seja, dispor de uma energia que supere sua resistência em

permanecer imutável, redirecionando-a. Por isso, este estado de economia orgânica, a que o organismo se reduz diante de um estado de estresse, requer de uma fonte, como de um meio, para que esse trabalho seja possível.

Neste ponto, o auxílio do trabalho interdisciplinar dos profissionais que dispõem dos meios adequados será a fonte de recursos para gerar a mudança capaz de reduzir os níveis de estresse a valores toleráveis, manejáveis e "saudáveis".

Na medicina oriental, quando falamos do orgânico ou do energético, estamos falando de uma dimensão que também inclui o emocional.

Às vezes, este saber fazer o necessário para romper com o princípio de inércia é alcançado por um talento daquele que busca, que acredita. Esse atendimento especializado de todo bom psicanalista, em escutar o que se diz também no que se cala, ou em mexer os elementos de um relato produzindo em ato uma ressignificação, cria uma expectativa de que os sintomas que nos são oferecidos adquiram um estatuto que os dignifique: ao se converterem num enigma a ser resolvido, interrogam o próprio sujeito.

Os sintomas são responsáveis pelas perturbações que, ao nível orgânico, se organizam através do sistema límbico. O sistema límbico é um sistema formado por várias estruturas cerebrais que regulam as respostas fisiológicas frente a determinados estímulos, que podem vir tanto da psique quanto do soma, e inscrevem suas impressões nele. É formado por partes do tálamo, hipotálamo, hipocampo, amígdala cerebral, corpo caloso, septo e mesencéfalo.

Este sistema interage muito rapidamente e aparentemente sem necessidade de mediação de estruturas cerebrais superiores. O que permite explicar as reações vertiginosas que, no nível neurofisiológico, são desencadeadas por ataques de pânico e que surpreendem pela inusitada

violência com que se descarregam no corpo do sujeito, que desfalece no desespero.

Quando tratamos o orgânico na medicina terapêutica, nós o vinculamos ao energético, pois também inclui o emocional, com o comportamental e o psíquico, como um Todo que coopera para sustentar a Vida. Isto se encontra expresso em todos os marcadores de identificação dos chamados meridianos ou canais de energia (descritos pelos antigos orientais) que conduzem e mobilizam o funcionamento e a vitalidade do corpo.

O sujeito superadaptado: um corpo encorajado que resiste à sua vibração

Desde tempos imemoráveis, a toda disciplina ligada à filosofia oriental e na cura como arte, subjaz o conceito de que somos vibração que produz frequências de onda que geram manifestações físicas e materiais; conceito que atualmente se apoia nos desenvolvimentos da física quântica.

Um corpo encorajado resiste à sua vibração, o que se denomina de frequências baixas. Isto se refere à sua capacidade de resistência a ressoar os estímulos do campo vibracional. Estamos falando das ressonâncias de uma onda que vai e volta e, nessa evolução, impulsiona a fluidez do campo em direção ao cosmos e a partir dele.

Nisso existe uma espécie de campo musical - a existência de uma harmonia que se sente e se manifesta, tanto quanto se pode sentir sua falta. Em sua forma universal também se chama amor, porque cria. Dito de outro modo:

"A matéria se forma da vibração portadora de informação. A metáfora da Criação coloca primeiro o Verbo... A harmonia mantém a matéria funcionando e traz incluída a data de validade que, no momento, é o morrer. Se a desorganização vibratória ocorre por interferências de campos com sinais que podemos chamar de caóticos, o fluxo de manutenção fica obstruído e não há

reconhecimento do sinal correto; o organismo perde sua bússola... Criar condições amigáveis nos microssistemas e macrossistemas, como a eliminação de tensões musculares e ruídos hostis, entre outros, facilita a tarefa de recuperação... A reparação e o equilíbrio homeostático estão na própria natureza do ser... às vezes não encontram o caminho de volta... e aí entra nossa arte. Que é sempre cooperativa...³".

A couraça emocional entendida a partir da complexa histologia e fisiologia do músculo estriado esquelético

A maior parte da composição total do nosso corpo é de músculo esquelético (sistema muscular, locomotor que exerce a função de promover que o corpo possa se mover e interagir com o seu entorno). Apenas 10% é músculo liso e músculo cardíaco.

As fibras musculares são como fios, cobertos com membranas. O músculo é semelhante a uma meada de lã, contida por um casulo composto principalmente por microfibras e filamentos.

O mecanismo da contração muscular começa com o impulso, formado em nosso sistema nervoso, que viaja através de um neurônio motor, conectado com o efetor que vai realizar o movimento. Quando o músculo recebe o estímulo nervoso, começa a liberar íons de cálcio. Esses íons de cálcio são enviados do retículo sarcoplasmático, gerando um processo químico que, em síntese, resulta na realização do chamado "efeito zíper". Uma espécie de acoplamento, como um fecho, que encurta a fibra muscular, contraindo-a.

Portanto, para que se produza um relaxamento, ou seja, o desacoplamento das fibras de miosina e actina, é necessário um caminho inverso, que também requer um estímulo nervoso. Por isso, o relaxamento muscular, mesmo o alongamento de um músculo, não é um *non fare*

³ Contribuição da Dra. Claudia Paz, médica.

niente do sistema, mas sim um trabalho que, para gerar o movimento inverso, ou seja, desde o efeito zíper até o alinhamento das células musculares, exige um consumo específico de energia.

Deste modo, podemos entender como o sistema nervoso está associado ao corpo a uma antena física que recebe tanto as emoções como a atividade *psi*, e que faz massa no corporal – encouraçado pela musculatura - através das reações químicas que lhe são específicas.

A couraça emocional se constrói ao ritmo dos níveis de estresse a que o sujeito se expõe. O estresse está por trás das síndromes orgânicas e psíquicas, a musculatura é sempre afetada e, ao mesmo tempo, responde funcional e especificamente, tanto na síndrome de ataque de pânico como nos transtornos de ansiedade - cujo diagnóstico e tratamento deve ser holístico, o que implica considerar o corpo, a mente e a vida emocional, não como partes isoladas, mas como um todo integrado através do sistema nervoso autônomo.

Shiatsu e Psicanálise: uma logística interdisciplinar

Nos anos de trabalho com o corpo, a casuística obtida sobre os transtornos de pânico foi baixa, o que nos alerta para a falta de informação geral sobre o benefício e a complementaridade proporcionados pelo shiatsu e seu trabalho conjunto com a psicanálise, um recurso eficaz para aliviar os padecimentos. Ao mesmo tempo, talvez, essa falta de informação também anuncie a resistência deste tipo de perfil em abandonar a rigidez, usada como escudo ou fantasia de proteção. Em contrapartida, a quantidade de consultas devido a transtornos de ansiedade e de estresse, em todos os seus graus, é alta.

O entendimento e a prática integrada em uma logística interdisciplinar para lidar com casos difíceis ou graves - como ataques de pânico ou estresse pós-traumático - é, eu diria, sábio e indispensável para

organizar o fluxo de energia de um sistema psicofísico desordenado por uma descarga de tipo vagal, uma *tempestade de catecolaminas* descarregadas pelo sistema nervoso autônomo.

Por outro lado, entendemos que o tecido social, por vezes desfavorável, costuma gerar um mal-estar, sustentado por meio de perdas constantes. Portanto, precisamos encaminhar um processo de retroalimentação positiva que contribua para restabelecer no sujeito sua Autoafirmação e Identidade, estabelecendo-se, deste modo, uma continuidade frutífera com o trabalho psicanalítico - e os entraves lógicos que os pacientes terão de enfrentar durante o mesmo. O shiatsu proporciona uma abordagem singular do corpo, como forma energética de frequências diversas e organizadas para a sobrevivência que, por sua vez, geram modos de vinculação com o meio que são desconhecidos pelo sujeito e que, através do trabalho sustentado com seu terapeuta de shiatsu, terá a ocasião de começar a registrar e a reconhecer como sinais que seu corpo lhe envia, desde o mais íntimo de seu ser. Seu corpo como ***antena da alma.***

Capítulo XII

A interconsulta psiquiátrica ¹

Uma aula do Dr. Nicolás Touloupas²

Em primeiro lugar, quero agradecer especialmente ao Eduardo Urbaj pelo seu convite para lhes falar da interconsulta com a psiquiatria nos casos chamados de "ataques de pânico", tão em voga no nosso tempo.

Se existe um conceito clínico por excelência para a psicanálise, é o da angústia. Convém então precisar o que os ataques de pânico descritos pela psiquiatria têm de parentesco com a angústia e, em todo o caso, fazer a seguinte pergunta: trata-se de medicar a angústia? Digamos desde já que reduzir a angústia com um medicamento é uma *intervenção* possível, não sem avatares, tanto farmacológicos como subjetivos. Por que sublinho *intervenção*? Porque entendo que medicar um paciente tem que ser entendido na ordem do que em psicanálise chamamos intervenção. Seja qual for o resultado, segundo seus efeitos, acertado ou não, pensá-la como tal implica não nos limitar a diagnósticos descritivos, mas ter em conta o marco transferencial. Não é competência exclusiva do psiquiatra, mas fundamentalmente do analista, que é quem dirige a cura, considerar a possibilidade de uma intervenção farmacológica. Como introduzir, na transferência, a idéia de um fármaco? Em que momento? De que modo? Estes são alguns dos aspectos da interconsulta que quero ir problematizando e compartilhando com vocês.

¹ Reescrita da aula ministrada em 16 de setembro de 2014 no Centro Dos, no âmbito do seminário "El analista y el saber-hacer frente a los ataques de pánico.". Uma aula do Dr. Nicolás Touloupas

² Nicolás Touloupas é médico especialista em psiquiatria infanto-juvenil, psicanalista, membro da Dimensión Clínica-Espacio de Buenos Aires, docente titular da licenciatura em psicomotricidade da Universidad Nacional de Tres de Febrero.

O campo da angústia

Primeiramente, estabeleçamos uma diferença radical entre a forma que a psicanálise e a psiquiatria pensam a angústia. Para esta última disciplina, a angústia é um fenômeno e, como tal, não guarda um lugar distintivo mais que qualquer outro fenômeno clínico, tal como a tristeza ou a mania. Já para a psicanálise a angústia tem um valor que excede o fenomênico; adquire um lugar e uma dimensão espaço-temporal privilegiada. Assim, a angústia toma uma posição central na estruturação subjetiva, e será segundo a conjuntura transferencial na qual aparece que o analista será levado a se interrogar de que tipo de angústia se trata e que lugar vem a ocupar para a cura, um processo sempre singular. Assim, questiona-se: trata-se, em termos freudianos, de uma angústia sinal ou é pura angústia automática? Deste modo, devemos ter claro que o lugar de bússola que a angústia toma para a psicanálise não é da mesma ordem clínica que o lugar de sintoma ou de fenômeno na psiquiatria.

Quando podemos dizer, então, que a angústia exige uma contenção farmacológica? Por que é necessário localizar isto? Porque, por mais intenso que seja o momento da angústia, enquanto estiver delimitada, isto é, enquanto o sujeito continuar amparado por seus suportes simbólicos e imaginários, podemos evitar derivá-la, introduzindo a *Erwartung*, a espera. Há outras intervenções necessárias: rearmar alguma espécie de parapeito para poder contê-la, interrogar o que nos está sendo anunciado e não "silenciá-la" com medicação. Contudo, se os limites se perderam, se a angústia inunda, se o sujeito está extraviado, detido em seu desejo, inundado em um sofrimento que perturba o seu cotidiano, aí é quando o analista pode se interrogar se não é momento de pensar em medicação.

Outra questão para ter em conta é se a angústia é a única ou a mais importante manifestação afetiva, ou se se apresenta no contexto de outros

fenômenos, por exemplo, da inibição, da impulsividade, ou da minimização e inutilidade do eu na depressão.

O modo de intervenção do analista ao sugerir a interconsulta será fundamental para a transferência. É necessário situar, marcar isso no tempo e no espaço do andamento da análise. Por exemplo, o analista pode assinalar que, neste momento, por tais razões, há um excesso a ser contido, pacificado, e não simplesmente encaminhar ao psiquiatra. Pode oferecer outra sessão na semana, telefonar ao paciente, enfim, todo o tipo de intervenções analíticas que coloquem esse momento como central na cura, e que a introdução de um possível fármaco não seja a única coisa que se oferece como apoio.

Medicar ou medicalizar

Se, como dissemos antes, a angústia é uma bússola que serve de orientação para o sujeito, não se pode esquecer que não é um sintoma que deva ser tampado com medicação irrefletidamente, porque vamos errar. Nesse caso, não teremos "medicado", mas "medicalizado" o paciente, desconsiderando a dimensão subjetiva que a angústia põe em evidência.

Agora, se é o analista que, com os significantes singulares desta transferência, introduz a possibilidade de uso de um fármaco, então o analisante pode ter mais chance de que a intervenção seja apropriada. Mas isto não é tudo no campo da interconsulta. É fundamental e decisiva a posição teórica e clínica do psiquiatra, como lerá a angústia e, principalmente, como explicará ao paciente sua leitura da situação. Nós sabemos que na psicanálise trabalhamos com uma hipótese de causa inconsciente dos sintomas. Em contrapartida, a resposta farmacológica tem a ver necessariamente com a biologia e a noção, quer se conheça ou não, de que a causa se encontra na eletroquímica da transmissão neuronal. Ou seja, ambas as hipóteses causais são de campos diferentes. Por outro

lado, os psicofármacos não agem apenas pela sua química, mas também pelos significantes com que são nomeados e introduzidos. Se certa medicação foi tomada pela avó, pela mãe, pelo vizinho; se fez bem ou mal, que idéia prévia o paciente traz sobre a medicação. Assim como, não soa igual aos ouvidos um Alprazolam e um *Tranquinal*®, mesmo que se trate da mesma droga. Se vocês quiserem se tranquilizar imaginariamente, qual tenderiam a comprar?

Aluno: Vou ler a bula

NT (Nicolás Touloupas): O que você disse é muito importante, porque muitas vezes não se explica ao paciente porque dão o que lhe dão. Por exemplo, dizem que ele é bipolar e lhe dão um estabilizador de humor que na bula diz, em primeiro lugar, que é um antiepilético. A bula não é suficiente. É preciso que o psiquiatra leia as dificuldades possíveis que esse paciente possa ter com a medicação e que intervenha segundo essa leitura, sem se fechar na idéia de que a cura passa pela medicação. A cura e o que se espera dela tem uma conceitualização diferente para a psiquiatria e para a psicanálise.

Quando o analista pensaria na possibilidade de uma intervenção farmacológica? Quando a angústia, por seu transbordamento, por seu excesso, pelos sintomas somáticos que produz, se torna intolerável e interfere na atividade. O que isso quer dizer na prática? Não que alguém se angustie e pense: "Algo está acontecendo comigo; isso está acontecendo comigo por algum motivo; vou pedir outra sessão ao meu analista; será que tem a ver com o que me aconteceu ontem? será porque tenho que...?" Embora você não tenha ideia da resposta, aí tem pergunta. Isso é angústia sinal. Ao contrário, quando a angústia transborda, não há pergunta; há uma necessidade de calma imediata, há desorientação e sofrimento subjetivo extremo. Isso é angústia automática que erupciona o corpo, que

assusta, que traz consigo a sensação de morte e tudo o que vocês sabem que são atualmente os chamados "ataques de pânico", forma de o DSM nomear e popularizar hoje o que Freud, magistralmente, descreveu e deu um lugar central na teoria em sua *Conferência n.º 25*, de 1917. Quando a angústia automática se apresenta em forma contínua, toma forma do que a psiquiatria considera como ansiedade, geralmente implicando um grau maior de inquietação. A angústia e a ansiedade são estados afetivos que se sobrepõem e muitas vezes se confundem. Por outro lado, a ansiedade é um modo de adaptação normal a situações da vida, como o estresse diante de uma prova, por exemplo. Nessa situação o eu dá um sentido à ansiedade; a angústia também traz notícias do eu, mas diz respeito ao sujeito. Têm outro estatuto. Quando a angústia irrompe, sempre pede uma resposta. O problema está quando a resposta advém sem o tempo necessário para que o sujeito primeiramente formule a pergunta. A angústia, finalmente, é um aviso para o sujeito de que deve interrogar a sua posição.

Angústia na clínica

Como não há trânsito por uma análise sem angústia, há um *timing* que o analista vai adquirindo com a prática e, fundamentalmente, com a própria análise, uma ideia de quanto sofrimento alguém pode tolerar.

Muitas vezes, quando a angústia sinal falha, aparecem os equivalentes da angústia. A crise de pânico é uma grande constelação de equivalentes da angústia, desde sudorese a vertigens, inquietação motora, medo. Estas manifestações se enquadram nos fenômenos que a psiquiatria pode considerar como sintomas de ansiedade ou equivalentes.

Reiterando que psiquiatria e psicanálise diferem na conceitualização da angústia, e considerando que não se pode transferir os fenômenos de uma disciplina para outra sem algum forçamento, proponho mesmo assim pensar em situações clínicas relacionadas com a angústia, que nos

permitted localizar a maior ou menor preservação de respostas possíveis do sujeito.

A *angústia sinal* é a angústia propiciatória que avisa o sujeito e abre à interrogação. Implica que este está sendo localizado como objeto do gozo do Outro.

Se o sujeito não dá lugar ou não se apercebe desse sinal, podem aparecer como no ataque de pânico, esses fenômenos de crise, nos quais se dispara o que Freud chamou de "*angústia automática*". Esta é a angústia que se prende no corpo, diante da qual o sujeito não tem idéia do que quer dizer, que o assusta, que o leva à sensação de morte. Embora o sujeito não tenha respondido à angústia sinal, a crise de pânico o põe em xeque e o assusta. Com mais força e mais sintomaticamente lhe diz que algo não vai bem.

Se cairmos em um degrau menos enodado de resposta subjetiva, pode se estabelecer a *ansiedade*. A ansiedade, basicamente, é inquietação. Implica uma consistência sintomática no corpo. Nesse sentido, ocorre como que uma dissociação entre a dimensão do sujeito e o gozo no corpo. Não devemos confundir isso com a ansiedade que apresenta certo grau de sentido, quando, por exemplo, se sente ansiedade diante de uma prova. Isso é uma resposta normal ao estresse.

Tem um ponto mais desarticulado ainda, que são as *impulsões*. Proponho pensar que as impulsões dão conta de um fracasso da dimensão da angústia. A clínica das impulsões é muito vasta, e sempre recebemos pedidos de colegas para avaliar o possível uso de drogas para estes sujeitos. As impulsões nos mostram a desamarração, a separação pulsional. E aí temos todos os tipos de impulsões que lhes possam ocorrer, desde a anorexia e a bulimia, a adição às drogas, os cortes no corpo. Implicam um curto-circuito da pulsão, e, portanto, a dificuldade de desprendimento do objeto.

Existem, finalmente, outras situações em que o sinal de angústia falha radicalmente. No *acting*: mediante uma ação o sujeito tenta restituir algum Outro que lhe dê lugar ao desejo. E na *passagem ao ato*: quando o Outro se apresenta como puro gozo, o sujeito não tem outra resposta que não seja cair da cena, identificado a esse lugar de objeto para o Outro.

Temos que entender, então, que ataque de pânico, ansiedade, impulsividade, *acting* e passagem ao ato são apresentações clínicas que denotam a dificuldade do sujeito em sustentar uma posição desejante, e que nenhum medicamento irá restituí-la, mas sim um favorável movimento de análise e, ainda, que a angústia é o ponto de dobradiça (Lacan) entre gozo e desejo. O medicamento, em todo caso, poderá ser útil quando o quantum, os excessos da crise de pânico, de impulsividade e das outras apresentações levam o sujeito à beira de sua queda.

Outra questão que gostaria de colocar, pela sua importância clínica, é a que diz respeito ao registo da angústia nas psicoses. Pelo tipo de constituição da estrutura, a angústia não aparece como falta da falta, não há inscrição desta. Portanto, o psicótico pode nos dizer que está angustiado, pode usar essa palavra. Mas, na realidade, não é angústia, no sentido da interrogação sobre o que ele sente. O psicótico vive a angústia como vazio radical. É por isso que, quando refere estar angustiado, pode ser que se encontre frente a um abismo: pela perseguição que sofre, por uma sensação de nulidade melancólica, seja o que for. Temos que estar muito atentos a isto, porque a falha no enodamento dos registros imprime uma alta imprevisibilidade no ato do psicótico. Se estivermos bem firmes em nossa posição de analistas, a neurose nos permite ter noção de algum alerta de que o sujeito está se eclipsando. A psicose não nos anuncia isso, e da sensação de vazio à passagem ao ato pode ser um passo muito estreito.

Outro modo de apresentação da angústia que quero situar é o das neuroses atuais, quando um fato efetivamente vivido determinou um

efeito de trauma repetidamente sofrido com relativa persistência. Nesses casos, além da dimensão da angústia, evidencia-se uma efração, um esfacelamento na imagem do eu. Minha clínica com pacientes que sofreram devastações do gozo do Outro em sua vida infantil mostra que estes se sentem muito receosos, porque têm sobre si mesmos uma sensação de fragilidade máxima. Em tais situações podemos dizer que a angústia toma uma via não só mais intensa, mas mais sustentada. Toma a forma da angústia automática e acabam por fazer, se me permitem a expressão, um sintoma permanente de angústia.

Angústia e transferência: o lugar do analista e do psiquiatra

O que acontece quando, na transferência, achamos conveniente a interconsulta com o psiquiatra? A princípio, pode ser que o paciente aceite já de entrada ou não. E aí temos que estar muito atentos de como operar na cura. Entendo que, como analistas, não podemos pensar em medicar alguém sem fazer alguma outra jogada na transferência. O analista não pode apenas esperar que o fármaco contenha o transbordamento senão estaria considerando a resposta farmacológica como a única saída para a situação – o que seria um atentado contra a manutenção da interrogação. Seria muito diferente propor outras intervenções no real, como aumentar a frequência das sessões, ou os movimentos particulares que a transferência possa permitir, mas nunca apenas encaminhar ao psiquiatra.

Considero muito importante que o analista trabalhe com um psiquiatra com quem compartilhe a linha teórica que sustenta sua prática. Obviamente isso nem sempre é possível em nosso meio. Mas é essencial que o tratamento farmacológico nunca fique desarticulado do analítico.

Tampouco seria bom que o analista acabasse pensando em termos farmacológicos nem que o psiquiatra se envolvesse ativamente nas

questões de análise, pois isso nos complica. Eu diria que introduzir a figura do psiquiatra multiplica e divide a transferência, e não é sem conseqüências. Então, se vocês como analistas podem trabalhar com um psiquiatra cuja clínica seja psicanalítica, pode ter menor chance de que o sujeito seja medicalizado, ou seja, reduzido a sua constituição biológica.

Quem medica tem que pensar nas coordenadas subjetivas para não obter essa dimensão com o fármaco porque, às vezes, nada pode ser mais funcional que um medicamento para um sujeito que não quer saber sobre seu padecimento. Por esta razão, é preciso ter em conta os tempos da análise, seus movimentos e que o psiquiatra estabeleça de entrada que a duração do tratamento farmacológico não só dependerá dos protocolos, mais ou menos estabelecidos, mas também do que o seu analista considera oportuno. Desta forma, o medicamento toma um lugar na transferência analítica e não cai, e nem deve cair, fora dela, como se fosse apenas um assunto do psiquiatra.

Dependerá dos avatares das transferências em jogo para que o uso do psicofármaco tenha um efeito favorável, de contenção do transbordamento que reencaminhe ao trabalho subjetivo, ou, pelo contrário, seja um obstáculo para a cura.

Embora não seja minha intenção lhes falar de tipos e indicações de psicofármacos, mas sim do que implica a sua colocação no contexto de uma análise, considero que cabe aqui mencionar alguns aspectos relacionados com o tratamento do ataque de pânico.

Nas suas experiências clínicas, terão visto pacientes diagnosticados com ataques de pânico ou transtornos de ansiedade medicados com ansiolíticos e/ou com antidepressivos. Ambos os tipos de fármacos diminuem a angústia e a ansiedade por mecanismos diferentes, cuja explicação excede os limites desta aula. Mas há uma diferença temporal importante: os ansiolíticos têm uma resposta rápida, mas limitada; por

isso, muitas vezes, vão ouvir pacientes a quem deram algum ansiolítico para os momentos de crise. Os antidepressivos têm uma resposta mais lenta. Devem ser tomados com continuidade até que seu efeito se inicie e sua resposta seja mais prolongada. O psiquiatra que opera como "medicador" pensará, em cada caso particular, qual estratégia farmacológica é mais conveniente.

Um dado clínico que não devemos desprezar é a eventual sobremedicação das crises de angústia; pacientes que, por exemplo, chegam medicados com antidepressivos prescritos por médicos de outras especialidades, sem ter consultado um analista ou um psiquiatra. Infelizmente, estas práticas também ocorrem em nosso meio.

O uso de psicofármacos, sem análise, pode levar ao uso contínuo de medicação. Nem mesmo a medicação, no contexto da análise, garante que esta possa ser retirada. Há muitos fatores em jogo, o que pede que esta situação seja avaliada no caso a caso.

Pelo que dissemos, podemos deduzir que, algumas vezes, o fármaco pode entorpecer o trabalho da análise e o analista tem que estar advertido disto e manobrar transferencialmente para tirar o sujeito de sua posição "cômoda". Apelar ao uso de fármacos tem como objetivo reduzir o excesso, e não "anestesiá-lo".

Para ir finalizando, ofereço uma pequena vinheta clínica:

Encaminharam para mim uma paciente para análise. Ela estava em luto pela morte da mãe, com quem manteve uma relação, digamos, de persistente tensão. Com mais de cinquenta anos, nunca teve uma relação conjugal estável, nem conseguiu progredir em sua profissão. No momento da consulta, encontrava-se em tratamento com antidepressivos, antipsicóticos e um estabilizador de humor, e apresentou-se como "bipolar com sintomas psicóticos", conforme tinha sido diagnosticada pela psiquiatra. Como a paciente me convocou como analista, decidi não me

envolver com a abordagem farmacológica, posição que, neste caso, me pareceu oportuno sustentar desde o primeiro momento. Não precisa ser sempre assim. Disse a ela que seria preferível que voltasse a falar com a psiquiatra, já que se encontrava com insistentes tonturas, inquietude, insônia, crise de choro e idéias paranóicas e melancólicas que não constituíam fenômenos elementares. Dizia estar muito angustiada e triste. No início eu a vejo com uma frequência de duas vezes por semana. Chega a uma entrevista agitada, como se estivesse amedrontada, com uma sensação de irrealidade, dizendo que o que estava acontecendo com ela por alguns anos, aconteceu novamente. Algumas vezes, quando estava na rua, sentia que as mulheres a olhavam e a perseguiam. Uma vez, no metrô, uma mulher a olhou atentamente, com olhos muito penetrantes, e isso a assustou, a paralisou. Pensou que, ao olhá-la, essa mulher se deu conta "de que ela é um desastre". Por esses episódios e pelo diagnóstico que lhe deram, fez inúmeras leituras na internet sobre o que significava ser bipolar e psicótica, com a imensa angústia que isso lhe dava. Durante esta entrevista e outras posteriores, ela disse que sempre ocupou o lugar de "a louca da família", tal como sua mãe sentenciou quando ela se apaixonou, pela primeira vez, por um homem que não se enquadrava no ideal de gênero. Quando essa relação terminou, disse a ela: "É o que acontece por não dar ouvidos à tua mãe". "Minha mãe me dizia que eu era o máximo, por um lado e, por outro, que fazia tudo errado. Enfim, eu era um desastre para ela".

A angústia, a agitação e a sensação de irrealidade eram manifestações de pânico que não puderam ser contidas nem com toda a bateria de psicofármacos. Por quê? Porque respondiam a outra ordem, a do subjetivo. Em uma sessão, intervim lhe dizendo que as perseguições não são delírios, que são a maneira que ela encontrou de pôr fora esse olhar terrível de sua mãe, e que o olhar da mulher a colocou nesse mesmo lugar

de ser "o desastre" para o Outro. Até o momento, não se repetiram esses episódios. Começou a trazer sonhos para a análise. Algum tempo depois me pede uma indicação de algum psiquiatra da minha confiança.

Agora eu gostaria de abrir um espaço para perguntas e comentários.

EU (Eduardo Urbaj): *Fiquei pensando que, aparentemente, pode-se dizer que um paciente com ansiedade não está tão desarticulado como um paciente num momento de crise de pânico. Eu queria perguntar como você pensa isso porque, em geral, o ataque de pânico é multiforme, havendo posteriormente uma reestruturação espontânea que, talvez, acabe derivando para um quadro de ansiedade permanente.*

NT: Sim. Na sua pergunta há uma questão da temporalidade em jogo, mas também a ansiedade toca o corpo de tal modo que o sujeito parece desarticulado do soma. É como se o corpo manifestasse a ansiedade por si só, às vezes, sem que o sujeito se aperceba. Enquanto a angústia leva o sujeito a se interrogar, na ansiedade esta dimensão pode estar elidida.

Aluno: *Nas impulsões, quando você fala sobre o curto-circuito da pulsão, você tinha dito "porque não pode se desprender do objeto". Seria o objeto...?*

NT: O objeto pulsional que não consegue terminar de se desprender, de cair. Para que serve o objeto da pulsão? Para que a pulsão funcione. A satisfação está no próprio percurso. Nas impulsões isto não se realiza; não há desprendimento alcançado, por isso há um curto-circuito.

Aluno: *Às vezes, fico pensando se não é melhor evitar uma consulta com um psiquiatra. Quando a angústia é insuportável para o sujeito ou quando um quadro é realmente dilacerante, com situações traumáticas, por exemplo, não tenho dúvidas. Mas, às vezes, encontro-me com situações difíceis, pacientes muito angustiados e não sei se não é melhor bancar esse momento, mesmo existindo a possibilidade farmacológica de um alívio.*

NT: Por que não? Sua pergunta é boa. Eu vou te dar uma resposta que, claro, passa pela minha posição. Pode ser compartilhada ou não. Pode-se pensar que, se a medicação pode ajudar um indivíduo a não sofrer tanto, então, por que não usá-la e ponto final? Porque sabemos que o sofrimento se reduz verdadeiramente quando o gozo se transforma e isso implica a cura psicanalítica. O psiquiatra que não é psicanalista não tem porque pensar assim. Em nosso meio é freqüente, por exemplo, que o psiquiatra com posição biologista encaminhe o paciente para uma psicoterapia cognitiva comportamental, porque ambos os campos partem da premissa de que há que adaptar o que não funciona o mais rápido possível. Surge assim a noção de complementaridade: medicação mais psicoterapia com uma suposta ideia de melhor resultado. O que proponho, quanto a considerar a medicação no âmbito da cura analítica como uma intervenção possível, vai em outra direção, precisamente, não complementarária.

Aluno: Eu queria perguntar se um caso grave, é grave para quem, para o paciente ou para o analista? Também o que fazer quando o próprio paciente resiste à interconsulta.

NT: A sua pergunta me faz pensar nas situações em que é o analista que se angustia. Aí, o que se torna "grave", em termos de pesado, é que o objeto a está retido, aquilo que o sujeito não pode desprender inundou o consultório. Por isso nos angustia, porque nos concerne como analistas e nos pede um ato. E, talvez, seja um momento de intervir com uma interconsulta, mas também de fazer outras manobras, como antes eu mencionava.

Sobre o que fazer quando o paciente resiste à interconsulta, eu diria que se trata de trabalhá-la. A interconsulta não é uma indicação. Insisto que se trata de uma intervenção e, como tal, implica em colocá-la em jogo na transferência e embaralhar os efeitos. Que um paciente aceite a ideia

de receber um medicamento é um trabalho a ser feito. E se realmente o sujeito se sente mal e retido subjetivamente, e vocês, como analistas, intervieram logicamente, é muito raro que o paciente a recuse.

EU: *Eu que vou fazer a última pergunta. Quando você falava da ansiedade, dizia que havia duas dimensões: a ansiedade porque "tenho uma prova", porque "uma situação da vida cotidiana me deixa nervoso", ou "não dormi esta noite", diferente dessa outra dimensão que, então sim, da mesma maneira que a angústia seria passível de ser medicada quando se instala e permanece.*

NT: Exato. Quando o sujeito percebe a ansiedade e lhe atribui uma causa, falamos de uma dimensão da ansiedade necessária para enfrentar a situação que a provoca. Mas quando a ansiedade se generaliza e o eu deixa de encontrar sentido para tanto, aí estamos em outro registro: o de um corpo tomado pela inquietação sem causa, e esta dimensão da ansiedade pode requerer a intervenção farmacológica.

Epílogo

Eduardo Urbaj

Ao longo deste livro nos propusemos a dar testemunho de uma experiência: aquela que nos conduziu a postular a necessidade de uma abordagem heterodoxa dos pacientes que nos chegam relatando ter sofrido *ataques de pânico*. E fundamentamos as razões pelas quais o dispositivo analítico clássico é insuficiente e inapropriado para responder à demanda que nos chega com uma urgência e desespero característico da gravidade do quadro.

Como desdobramos nos capítulos anteriores, não podemos eludir o fato contundente de que geralmente encontramos sujeitos que nos apresentam uma resistência peculiar em reconhecer que, em suas vidas, nem tudo andava tão bem como supunham. E verificamos que usualmente eles estão equipados com uma armadura de extrema rigidez que, embora os proteja, deixa-os expostos a se partirem em pedaços, se alguma contingência desfavorável os colocar contra a parede. E a clínica nos ensinou que é necessário encarar os tratamentos com estes pacientes, apelando à paciência e à prudência, sendo conscientes das limitações de nossos recursos e, ao mesmo tempo, da *potência* que esse saber sobre nossas limitações – isto é, sobre a castração – nos concede.

Somente reconhecendo o tamanho da dificuldade com a qual estaremos confrontados é que poderemos aceitar o desafio de responder à demanda que nos chega com recursos genuínos; deste modo, estaremos em condições de desdobrar essa *potência* que se sustenta pela ética da psicanálise e que decanta – ou não – em cada praticante o que chamamos de *desejo do analista*. Saber-fazer-frente à demanda a que estes pacientes

nos confrontam é também saber reconhecer que esta couraça que os levou a ficar expostos a uma implosão *em seus corpos* não pode – nem convém – ser removida ou dissolvida bruscamente.

É preciso tempo... mas neste ponto estamos diante do paradoxo gerado pelo desespero do sujeito que demanda respostas imediatas. Consideramos, então, ser necessário complementar o trabalho - que iremos desdobrar através da palavra e com as particularidades que desenvolvemos nos capítulos anteriores - com outros recursos que possamos dispor para melhorar a eficácia terapêutica de nossa intervenção.

Devemos ressaltar que a decisão sobre o dispositivo a ser proposto ao paciente deverá ser escolhida de acordo com a demanda e as características singulares de cada um. A frequência a ser proposta como condição para iniciar um tratamento também é uma decisão muito relevante a ser avaliada. E também já justificamos em quais casos seria pertinente ou não a interconsulta psiquiátrica¹, mas devemos considerar que pode haver outras opções que, talvez, evitem o consumo de psicofármacos ou que acrescentem um tratamento farmacológico que permita ao paciente lidar com o difícil estado de aflição que terá de passar no tratamento com seu psicanalista, para poder encarar as mudanças subjetivas necessárias para que os *ataques de pânico* deixem de estar em seu horizonte.

É assim que mais uma vez aprendemos o que os pacientes nos ensinam. Em minha casuística, observo com frequência que os próprios pacientes procuram atividades que lhes obrigam a “colocar o corpo” e que lhes ajudam a baixar seus níveis de estresse e ansiedade: yoga, práticas esportivas, expressões artísticas, como o canto e a dança...

¹ Ver Cap. XII: A interconsulta psiquiátrica: Uma aula do Dr. Nicolás Touloupas.

E isso é fundamental porque, se partimos da premissa de que estes sujeitos baniram de seu registro o último refúgio do psiquismo – a angústia que não compareceu – e postulamos como tratamento necessário reestabelecer o objeto da angústia dentro das margens de seu aparelho psíquico, precisamos acompanhar o paciente, de todas as maneiras que estejam ao nosso alcance, a atravessar esse reencontro com a dimensão do registro corporal e, portanto, com esse *afeto que não engana*. É neste contexto que propomos complementar o trabalho de análise com outros recursos terapêuticos que abordem diretamente o corpo, corpo que se verá submetido a novas tensões pelo próprio curso do processo curativo.

Mas sabemos que o enfoque e a dignidade que concedemos ao sintoma, a partir da psicanálise e da posição ética que governa nossa escuta, nem sempre são compartilhados por outras abordagens terapêuticas... Daí a importância de avaliar se o fundamento das técnicas desses tratamentos complementares possíveis se assenta ou não em um olhar coincidente com o modo em que os psicanalistas enfocam em sua maneira de conceber o sofrimento subjetivo, a saber, no *singular*. Portanto, consideramos que cada analista deverá avaliar que alternativas tem a seu alcance, seja para recomendar ao seu paciente alguma atividade “apropriada” para acompanhar esse difícil “tempo de compreender”, ou mesmo, se vier a calhar, de encontrar um profissional que trate o paciente através de alguma modalidade que aborde diretamente o corpo², e a quem possa encaminhar seu paciente para uma interconsulta, de tal modo que se estabeleça uma continuidade, complementaridade e eficácia terapêutica

² Como o leitor pode constatar no Capítulo XI: “Do corpo à alma. Shiatsu como medicina integrativa”, consideramos o *shiatsu* como uma alternativa altamente recomendável, mas certamente não é a única; pode ser pertinente a interconsulta com outros especialistas que abordem o corpo, como um osteopata, um cinesiologista, um acupunturista, etc., sempre que se estabeleça um vínculo de trabalho interdisciplinar, em que os profissionais intervenientes tenham como referência o psicanalista como aquele que orienta e dirige a cura. Isso é válido também – obviamente – para o trabalho em equipe com o psiquiatra, se tiver sido avaliada a pertinência dessa intervenção.

que resulte em um indiscutível benefício para a evolução e a eficácia de cada tratamento que, nunca é demais lembrar, é sempre único e, portanto, deve ser pensado e tratado de forma singular.

Quando Lacan nos transmite que o tempo lógico se desdobra em três etapas que se articulam dialeticamente, ensina-nos que o momento do Ato se alcança finalmente quando o tempo de compreender ao momento de concluir não dura mais que o instante de ver³. E que o sujeito deve se precipitar a esta ação sem certezas, já que a certeza sobre o estatuto de sua ação só poderá ser lida retroativamente. Com esta tensão, em que um desejo decidido se desdobra sem garantias, concluo a rota da escrita desse livro.

Releio a introdução e surpreendo-me ao me encontrar com o testemunho das resistências que me invadiam ao começar a escrevê-lo. Resistências que foram vencidas ao ritmo da respiração, sustentado por todos os alunos que se inquietavam – e me inquietavam – em minhas aulas sobre ataques de pânico e perguntavam-me, uma vez ou outra, por referências bibliográficas que não podia lhes dar... e então eles me incentivaram a publicar... resistências que foram se enfraquecendo com o diálogo fecundo com colegas que, em espaços de supervisão ou formação de grupos de estudo e de pesquisa, me confirmavam que estávamos abrindo caminhos e tínhamos que avançar... Resistências que cediam diante do interesse que me surpreendia, uma vez ou outra, ao comentar entre amigos – ou até em alguma conversa ocasional – que estava pesquisando sobre o tema... Então, meu agradecimento a todos que foram, neste tempo de elaboração, *interlocutores* necessários que, entusiasmados com meu projeto, mantinham a chama viva e, assim, este livro foi

³ J. Lacan. "El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma." *Escritos I*, Siglo XXI editores, decimocuarta edición en español, Argentina, 1988.

tomando forma e corpo... e agradeço, especialmente, a quem colaborou generosamente para enriquecer seu conteúdo: a Silvia Amigo, pelo minucioso trabalho de leitura e esclarecimento conceitual que desenvolveu no prólogo, a Nicolás Touloupas, que iluminou a delicada decisão de solicitar uma interconsulta psiquiátrica, a Esteban Levin, que desde sua experiência de trabalho com a infância, colocou em jogo a aventura de escrevermos um capítulo juntos, e a Graciela Giorgetti, que nos ofereceu a ocasião de um olhar diverso do *corpo como antena da alma*.

Sobre o autor

Eduardo Urbaj, Lic. em psicologia pela UBA, psicanalista, iniciou sua prática no Hospital Borda em 1990. É membro da *Escuela Freudiana de Buenos Aires*, docente regular da disciplina *Clínica Psicanalítica I* do *Curso de Psicología da Faculdade UBA*, docente e supervisor da pós-graduação do *Centro Dos*, onde ministra seminários e conferências regularmente. Autor do livro *El manejo de la transferencia* e de artigos publicados nos *Cuadernos Sigmund Freud*, editados pela EFBA. Apresentou numerosos trabalhos em congressos e jornadas, muitos dos quais estão publicados na web, no *Diario literário digital Letras Opacas* (<https://www.letrasopacas.org>).

A Editora Fi é especializada na editoração, publicação e divulgação de pesquisa acadêmica/científica das humanidades, sob acesso aberto, produzida em parceria das mais diversas instituições de ensino superior no Brasil. Conheça nosso catálogo e siga as páginas oficiais nas principais redes sociais para acompanhar novos lançamentos e eventos.



www.editorafi.org
contato@editorafi.org