

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

POMPÉIA BORBA AMORIM

A ABORDAGEM PSICANALÍTICA NO TRANSTORNO DE PÂNICO

São Luís
2013

POMPÉIA BORBA AMORIM

A ABORDAGEM PSICANALÍTICA NO TRANSTORNO DE PÂNICO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental da Universidade Federal do Maranhão/UNASUS, para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental.

Orientadora: Profa. Mestre Andiará Garcez de Souza Silva.

São Luís
2013

Amorim, Pompeia Borba

A abordagem psicanalítica no transtorno de pânico - São Luís, 2013.

19 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde Mental) –
Curso de Especialização em Saúde Mental, Universidade Federal do
Maranhão/UNASUS, 2013.

1. Síndrome do pânico. 2. Transtorno mental. 3. Saúde mental. I. Título.

CDU 616.89-008.441

POMPÉIA BORBA AMORIM

A ABORDAGEM PSICANALÍTICA NO TRANSTORNO DE PÂNICO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Mental da Universidade Federal do Maranhão/UNASUS, para obtenção do título de Especialista em Saúde Mental.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Andiara Garcez de Souza Silva (Orientadora)

Mestre em Ciências da Saúde

Universidade Federal do Maranhão - UFMA

1º. Examinador

2º. Examinador

RESUMO

A Neurose de Angústia é a denominação psicanalítica para o transtorno de pânico. Neste sentido o presente trabalho tem como objetivo descrever o transtorno de pânico na visão psicanalítica freudiana com base nos autores como: Mário Eduardo Costa Pereira; Glen O. Gabbard; David E. Zimerman; Zeferino Rocha e a leitura que eles fazem acerca dessa temática na teoria freudiana e a própria teoria de Freud. Entre os diversos autores pesquisados foi possível identificar acerca do transtorno de pânico, pontos em que eles se completam e aspectos convergentes entre eles. Mário Eduardo Costa Pereira e Zimerman veem o transtorno de pânico como neurose e associam a questões relacionadas à sexualidade.

Palavras-chave: Síndrome do pânico. Transtorno mental. Saúde mental.

ABSTRACT

The Anxiety Neurosis is the name of psychotherapy for panic disorder. In this sense, the present work aims to describe the panic disorder in Freudian psychoanalytic view based on authors such as Mario Eduardo Costa Pereira; Glen O. Gabbard, David E. Zimmerman; Zeferino Rocha and reading what they do about this theme in Freudian theory and theory of Freud. Among the many authors surveyed were able to identify about panic disorder, points at which they are complementary and converging aspects between them. Eduardo Costa and Mário Pereira Zimmerman see panic disorder and neurosis as associate issues related to sexuality.

Keywords: panic syndrome. Mental disorder. Mental health.

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO.....	07
2 OBJETIVOS.....	07
2.1 Geral.....	07
2.2 Específicos.....	07
3 METODOLOGIA	08
4 REVISÃO DE LITERATURA	08
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	17
REFERÊNCIAS.....	18

1 INTRODUÇÃO

O transtorno de pânico é um tipo de transtorno de ansiedade que vem afetando significativamente a população, causando-lhe sofrimento psíquico; prejuízo social e laboral. ou seja, interferindo na qualidade de vida das pessoas. é o mais comum dentre os transtornos de ansiedade, embora não seja o mais frequente.

Para se compreender o transtorno de pânico será dada uma breve definição do que seja ansiedade, transtorno e diferença entre ataques de pânico e transtorno de ansiedade no desenvolvimento do trabalho.

Mediante a demanda crescente de pessoas procurando o serviço de saúde mental do município de Imperatriz- MA com sintomas de transtorno de pânico surgiu o interesse por pesquisar mais acerca desse transtorno sob o ponto de vista psicológico, sem negar a influência biológica e fatores ambientais no desenvolvimento do mesmo.

Na psicologia existem várias abordagens psicológicas, no entanto, o presente trabalho abordará o transtorno de pânico na visão psicanalítica, apesar da psiquiatria atual enfatizar muito os resultados positivos da abordagem cognitivo-comportamental nas pessoas que apresentam tais transtornos. Sendo assim, será discutida a visão psicanalítica de Freud do transtorno de pânico aos dias atuais, contribuindo de uma maneira geral para a prática de profissionais que atuam na área de saúde mental.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Descrever sobre a abordagem psicanalítica freudiana no transtorno de pânico.

2.2 Específicos

- Realizar um resgate histórico-cultural sobre o transtorno de pânico;
- Descrever a concepção psicanalítica de Freud sobre o transtorno de pânico;
- Contribuir para a formação continuada de profissionais que trabalham em saúde mental com transtorno de pânico;

- Cooperar com a formação acadêmica de estudantes que realizam estágios em instituições de saúde mental.

3 . METODOLOGIA

O estudo foi realizado através de uma pesquisa bibliográfica por meio de busca eletrônica de produções científicas publicadas em artigos, revistas e nas bases de dados IBECs, LILACS e MEDLINE, nos anos 1996 a 2012. Os teóricos que deram bases a este trabalho foram: Mário Eduardo Costa Pereira; Glen O. Gabbard; David E. Zimmerman; Zeferino Rocha. Também foram usados estudos de artigos tirados da internet.

4. REVISÃO DE LITERATURA

Conforme exposto na introdução do referido trabalho antes de iniciarmos uma análise da literatura psicanalítica acerca do transtorno de pânico, darei uma breve definição sobre o que seja ansiedade; transtorno e ataques de pânico nos dias atuais.

Ansiedade pode ser definida como um sentimento humano universal e adaptativo que ocorre em resposta à situações de potenciais infortúnios , ameaças ou diversas outras formas de estressores. As respostas aos estressores são funcionais no sentido de que preparam o organismo para lidar com as adversidades do mundo (ex.: medo). Podem ocorrer em magnitude e duração grandes, causando prejuízo ao funcionamento global do indivíduo. Exemplo: medo em sair de casa (definição extraída do livro on line: Ansiedade e Transtornos Relacionados; Material da Especialização em Saúde mental do Una Sus). Neste caso, pode-se observar que a ansiedade é uma condição inerente ao ser humano, no entanto, dependendo da intensidade afeta a vida do indivíduo como um todo, causando-lhe um grande sofrimento psíquico e prejuízo social e profissional.

De acordo com a CID 10 (1993), pode-se definir transtorno como a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecível associado, na maioria dos casos a sofrimento e interferência com funções pessoais.

Ainda, como citado na introdução do trabalho é importante diferenciar entre ataques de pânico e transtorno de pânico. Ataques de pânico é definido como crises de medo e desconforto intensos acompanhados de quatro ou mais sintomas que se desenvolveram súbita e abruptamente e alcançaram um pico máximo em 10 minutos, tais como: taquicardia, sudorese, tremores, falta de ar, sensação de desmaio, náusea, tonturas, vertigem, desrealização, ou despersonalização, sensação de desconforto ou de enlouquecer, medo de morrer, anestesia, ou sensação de formigamento, calafrios ou ondas de calor. E pode estar presentes em outros transtornos como os ansiosos e afetivos. Geralmente são inesperados e podem estar associados a alguma situação estressante ou alguma situação que os predisponha, como locais onde as saídas são de difícil acesso ou socorro, multidões e locais fechados (APA, 1994 apud TADEU, TENG E TUNG, 2008). No entanto, se esses ataques forem frequentes, inesperados e ocorrerem em um período de um mês, acompanhados de preocupações persistentes a terem novos ataques com interferência na vida pessoal e profissional podemos então diagnosticar como se tratando de transtorno de pânico. Vale ressaltar também que antes do diagnóstico de transtorno de pânico é importante descartar a existência de alguma doença física, como hipertireoidismo ou psiquiátrica.

A frequência e a gravidade dos ataques variam de pessoa para pessoa, no entanto, o diagnóstico de transtorno de pânico só pode ser dado com a presença no mínimo de quatro sintomas.

É comum pessoas com transtorno de pânico terem preocupações excessivas em terem alguma doença grave ou terem alguma reação grave após o uso de medicação. Pode também vir acompanhado de agorafobia ou não. É mais comum ocorrer no sexo feminino na faixa etária da adolescência aos 35 anos de idade. A evolução é crônica e flutuante com períodos de melhoras e pioras e os fatores genéticos influenciam no desenvolvimento dos sintomas.

Como foi dito acima, o transtorno de pânico pode vir acompanhado ou não de agorafobia e de acordo com a DSM IV (APA, 1994 apud TADEU, TENG E TUNG, 2008), a agorafobia pode ser definida como uma ansiedade por estar em lugares ou situações onde a fuga é difícil ou embaraçosa ou a ajuda possa não estar disponível na eventualidade de ocorrer um ataque de pânico ou sintomas isolados. Esse quadro de ansiedade leva a uma resposta de evitação sistemática (agorafóbica) de várias situações, tais como ficar sozinho em sua própria casa ou fora dela; ficar

numa multidão ou em lugares fechados; usar meios de transportes; entrar num elevador ou ficar preso no trânsito.

Além dos fatores genéticos há bases biológicas para os ataques de pânico. Os mesmos estão relacionados às alterações nos neurotransmissores monoaminérgicos cerebrais. Num momento de uma crise de pânico os benzodiazepínicos são eficazes por bloquearem as crises de pânico de uma maneira rápida, apesar de apresentarem um alto índice de abuso e dependência, bem como levar a tolerância e aumento da dose.

Antes de iniciar a discussão acerca da abordagem psicanalítica no transtorno de pânico é importante defini-lo sob o ponto de vista psicológico. O mesmo é conceituado como medo aprendido de certas sensações corporais associadas com ataque de pânico e a agorafobia como uma resposta comportamental à antecipação de tais sensações ou sua evolução para um ataque de pânico completamente caracterizado (CRASKE E BARLOW, 1999). Para esses autores o que caracteriza o transtorno de pânico é a ansiedade sobre a recorrência do pânico e não o pânico por si próprio.

A partir de agora será comentada a visão de Freud acerca do transtorno de pânico, bem como a visão de teóricos com relação a sua teoria. Pereira (1997) comenta que a medicina concebia a angústia como um “nada”, como uma cisão constitutiva do sujeito. Posteriormente, passa a ter uma visão positivista, procurando não só descrever como explicar o fenômeno da angústia. E neste sentido a mesma passa a ser encarada como uma forma particular da vida afetiva do normal, como também sintoma de um processo patológico mental ou orgânico ou ainda constituir-se na própria doença, ou seja, na neurose de angústia (psicanaliticamente falando) e no transtorno de pânico denominação atual da psiquiatria.

A angústia então passa a ser compreendida como sintoma repleto de manifestações observáveis no corpo do paciente e objetivável em suas lamentações. No entanto, do ponto de vista psicológico, é algo ainda difícil de explicar. Diante disso, a psiquiatria tenta explicar colocando-a sob o ponto de vista orgânico.

Pereira (1997) descreve que até a publicação do DSM-III em 1980, o emprego conceitual da palavra pânico em psicopatologia era bastante raro e não sistemático, sendo descrito de maneira geral sob formas clínicas de angústia, tais como: crise

originária de uma situação traumática ou como exacerbação de um estado ansioso crônica, nas fobias; na melancolia; nos estados psicóticos, etc.

Muitos estudos foram realizados e muitas definições antecederam o transtorno de pânico, como exemplo: em Kraepelin recebe o nome de neurose de terror. Na psicologia médica de E. Kretschmer o pânico é apresentado como uma verdadeira ‘tempestade de movimentos de ensaio impulsivos’. Já na Psiquiatria francesa século XIX os estados afetivos como era visto o pânico eram denominados de crises de angústia e faziam parte dessa classificação nosológica o ‘*délire émotif de Morel* ao ‘*medo dos espaços*’ (*Deur des Espaces*) de Legrand Du Saulle; os ‘*terrores mórbidos*’ (*terreurs morbides*) de Doyen; a grande ansiedade (*Grande Auxiété*) de Henry Ey entre outras denominações. Apesar de todas essas definições para angústia, há toda uma discussão em se reconhecer no pânico algo distinto da angústia.

No ano de 1980 o transtorno de pânico foi inserido no DSM III e enquadrado nosograficamente. Posteriormente, é que foi introduzido à Classificação Internacional de Doenças (CID). No entanto, no ano de 1879 o termo “pânico melancólico” foi empregado pela primeira vez a partir do trabalho de Madsley.

No capítulo cinco, Pereira (1997), descreve que a fundamentação teórica de Freud sobre a angústia surgiu a partir de sua própria Experiência pessoal com uma angústia de morte. Sua teoria sobre neurose de angústia recebeu influência dos trabalhos de E. Hecker.

Segundo Freud apud Pereira (1997), a angústia seria uma ‘descarga de tensão sexual não consumada’. Um afeto que origina das excitações sexuais e afeta diretamente o corpo, mas que não encontra correspondente no nível psíquico e passa a ser vivido como invasão, ameaça e ataque.

O autor acima coloca que para Freud é comum o surgimento da agorafobia nas pessoas com neurose de angústia e explica da seguinte forma: a pessoa faz uma associação entre os ataques e a situação ou lugar concreto onde ocorreram os ataques. Sendo assim, o lugar passa a ser evitado na tentativa de prevenir novos ataques.

Do ponto de vista morfológico e explicativo, a descrição freudiana dos acessos de angústia observados na *Angstneurose*, ou seja, na neurose de angústia está muito próxima do que foi estabelecido atualmente para o transtorno de pânico.

A teoria freudiana e a psiquiatria comungam do mesmo pensamento ao sugerir que as crises de angústia surgem com frequência à perda de alguém afetivamente importante e o qual representava uma certa proteção contra os perigos do mundo.

Ainda na visão de Pereira (1997), a angústia foi concebida de diversas maneiras na medicina até evoluir e ser classificada como transtorno de pânico pela psiquiatria atual.

Na visão de Zimmerman (1999), Freud classificou os transtornos emocionais ou psiconeuroses em três categorias psicopatológicas, as quais foram: neuroses atuais, neuroses transferenciais também chamada de psiconeuroses de defesa, como exemplos as histerias, fobias e as obsessivas e as neuroses narcisistas, conhecidas hoje como psicoses. Na época Freud acreditava que apenas as neuroses transferenciais poderiam ser tratadas com o método psicanalítico, no entanto posteriormente percebeu-se que os psicóticos também realizam transferência.

Para a psicanálise o diagnóstico clínico é dado a partir de uma análise e de como estão articuladas as subestruturas psíquicas, como: sintomas, caráter, a inibição e a estereotipia.

Para compreender melhor o autor acima descreve o sintoma como um estado de sofrimento que o paciente acusa, quer livrar-se dele e o sente como um corpo estranho a si. Em alguns casos esses sintomas podem ser percebidos pelos outros como o caso do alcoolismo e da mudança de conduta. Já caráter pode ser definido como estado organizado da mente e da conduta que pode resultar harmonicamente e saudavelmente, como também pode causar sofrimento para os outros e prejuízo para si, porém, mesmo assim permanecer em egossintonia.

A outra subestrutura psíquica que é a inibição pode ser entendida como um prenúncio de um sintoma que está se organizando, como também pode ser uma característica de um traço de caráter. Como exemplo: uma timidez aceitável pode ser indicio de uma fobia social instalando-se. Já o estereótipo, segundo o autor acima seriam atitudes aparentemente normais que o indivíduo realiza no seu cotidiano.

Ainda segundo Zimmerman (ibidem), inicialmente Freud descreveu dois tipos de neuroses: a neurose de angustia e a neurastemia. Posteriormente, ao estudar o caso 'Schreber', ele acrescentou mais um tipo: Hipocondria 'poderia está representando um núcleo atual de uma esquizofrenia'. A neurose de angustia seria

resultante da libido estancada e relaciona-a ao 'coito interrompido'. Já a neurastenia seria uma descarga excessiva de substâncias sexuais compara a prática da masturbação.

Para compreender melhor essa relação das neuroses com a sexualidade Freud apud Zimmerman (1999), diz que a neurose de angústia não seria produzida apenas por fatores psicológicos, mas seria resultante de fatores biológicos que agiriam através de substâncias químicas o qual as 'toxinas sexuais' produzidas pelas excitações frustradas manifestam-se por sintomas de angustia livre, entre elas: a taquicardia; as palpitações e respiração ofegante, que segundo ele, são as mesmas presentes no ato sexual.

Freud apud Zimmerman coloca que a angústia passou por dois momentos na obra freudiana. E diz que inicialmente a angústia seria consequência da repressão, provocando assim, uma libido acumulada e que funcionaria de maneira "tóxica" no organismo. Já em seu trabalho sobre Inibições, Sintomas e Angústia (1926), Freud definiu que a repressão se processa como uma forma de defesa contra a ameaça de irrupção da angústia, principalmente da angústia de castração. Sendo assim, a angústia seria um transtorno clínico que se manifesta através de uma "angústia livre", tais como: taquicardia e dispnéia suspirosa permanentemente ou em momentos de crises.

Zimmerman (1997) levanta a hipótese de que nos quadros clínicos onde há crises de angústia pode-se estar tratando da "doença do pânico". Ainda coloca que a expressão: "neurose de angústia" não é muito utilizada atualmente, pois "ora se confunde com a síndrome do pânico, ora com a neurose atual, ora com a angústia dos fóbicos diante de situação especificamente ansiogênicas." No início, Freud apud Zimmerman chamava as fobias de "histeria de angústia". Sendo assim, a neurose de angústia e a histeria de angústia (fobia) estão intimamente relacionadas, no entanto, é necessário fazer-se uma distinção entre elas. Coloca que a fobia é acompanhada por uma intensa angústia-pânico, e existe um objeto; um local específicos e basta evitá-lo para a angústia cessar. Já no transtorno do pânico, não se consegue identificar facilmente o que causou e desencadeou a angústia. Também descreve que a "doença do pânico" responde muito bem ao tratamento farmacológico com antidepressivos.

Na obra de Freud, volume XX Em: Inibições, Sintomas e Ansiedade, podemos identificar que foi através do estudo das "neuroses atuais" e do memorando que

Freud enviou a Fliess em 1894, que ele deparou-se pela primeira vez com a questão da ansiedade.

Para Freud, a neurose de angústia tinha relação direta com a descarga de tensão sexual, ou seja, a “excitação acumulada escapava sob a forma transformada de ansiedade “ e atribui a tudo isso apenas a um processo físico..

Também identificou que a ansiedade estava ligada tanto a perigos externos como instintuais. Fala dos diversos perigos que podem levar a uma situação traumática e com isso gerar ansiedade. E neste caso, o nascimento seria a fonte e o protótipo dessa ansiedade. A mesma sendo definida como um sentimento; um estado afetivo. E como sentimento estaria intimamente relacionado a desprazer. No entanto, nem todo desprazer está imbuído de ansiedade, como exemplo: a dor, o luto etc.

Pode-se perceber que além do caráter de desprazer, a ansiedade também apresenta um caráter físico, corporal direcionados a órgãos específicos do corpo. Entre esses órgãos seriam os do sistema respiratório e do coração.

Freud em seus escritos diz que a ansiedade pode ter surgido como uma reação a um perigo e se reproduz mediante uma ameaça. Também refere que está presente desde o nascimento. A ansiedade estaria aí ligada a perda de objeto (separação da mãe). Outra ansiedade presente também na infância seria a de castração e que está presente na fase fálica e o qual estaria ligada ao medo de separar-se dos seus órgãos genitais.

Freud refere que de início a ansiedade seria uma reação geral do ego sob condições de desprazer e apresenta duas modalidades de origem que são : uma involuntária, automática em termos econômico e ocorrendo sempre que alguma situação de perigo análoga ao nascimento surge e a outra produzida pelo ego sempre que alguma situação de perigo ameace surgir ,exigindo assim a sua evitação.

Ao definir ansiedade como um afeto, Freud coloca também que a ansiedade tem relação direta com expectativa e a mesma pode ser definida como ansiedade por algo e está ligada a falta de objeto. Também pode está relacionada a medo se houver um objeto. Mas, além da relação com o perigo, a ansiedade está relacionada a neurose.

Ao tratar a ansiedade como uma reação a uma situação de perigo ele vai falar em dois tipos de ansiedade, são elas: a realística e a neurótica. A primeira vai

referir-se a ansiedade por um perigo conhecido e a segunda a ansiedade por um perigo desconhecido. Sendo assim, o perigo neurótico é um perigo a ser descoberto; é um perigo instintual. E é o que a análise procura revelar.

No livro *Psiquiatria Psicodinâmica* Freud Apud Gabbard define a ansiedade como um afeto e atribui como neurose de ansiedade e identifica dois tipos: Primeiramente, define uma delas como um sentimento difuso de preocupação e medo que se originava num pensamento ou desejo reprimido sendo curável por meio de intervenções psicoterapêuticas. 'Já o outro tipo de ansiedade teria como característica um sentimento intenso de pânico, seguida por manifestações de descarga autonômica; sudorese profusa, aumento das frequências respiratórias e cardíacas, diarreia e uma sensação subjetiva de terror'. Freud apud Gabbard essa ansiedade era resultado de acúmulo fisiológico da libido relacionada a falta de atividade sexual e chamou-a de neurose real. Refere ainda, que ele foi avançando teoricamente e no ano de 1926 com sua teoria sobre as estruturas psíquicas (id, ego e superego) redefiniu a ansiedade. Sendo assim, a ansiedade seria o resultado do conflito psíquico entre impulsos sexuais ou agressivos inconscientes, originando-se no id e sofrendo constantes ameaças de punição do superego, sendo então, um sinal de perigo no inconsciente. Diante disso, o ego vai ativar mecanismos de defesa com o intuito de prevenir sentimentos e pensamentos inaceitáveis que surgem na consciência. Se esses mecanismos falham (como exemplo : a repressão) podem surgir tanto ansiedade intensa como sintomas neuróticos e os mesmos seriam tanto o resultado de conflito neurótico como um sinal adaptativo para desviar o conflito neurótico da consciência.

Freud apud Gabbard coloca ainda que um desejo ou impulso instintual reprimido pode apresentar-se sob a forma de sintoma, como também pode ser deslocado e disfarçado no momento em que atinge a expressão sintomática. Refere ainda que dependendo das defesas utilizadas pelo ego e dos sintomas, pode vir a surgir uma neurose com pensamento obsessivo, um ritual compulsivo, uma paralisia histérica ou uma fobia. Também comenta que Freud atribui a cada fase do desenvolvimento da criança um medo específico e o qual deve favorecer o profissional de abordagem psicodinâmica a descobrir os motivos inconscientes da ansiedade do paciente. No entanto, há ansiedade que pode originar-se no superego podendo estar ligada a sentimentos de culpa ou crises de consciência por não estar em consonância com os valores morais internos.

Gabbard aponta pesquisas sobre as bases biológicas do transtorno de pânico e exemplifica dizendo que: famílias que desenvolvem o transtorno de pânico tem mais chance de desenvolverem o transtorno, bem como os gêmeos monozigóticos em relação aos dizigóticos. (“Torgersen,1983 “).Comenta ainda que no transtorno de pânico além dos sintomas físicos como sufocação; tontura; sudorese; tremores; taquicardia; há a sensação de morte e boa parte dos pacientes que desenvolvem o transtorno de pânico apresentam também agorafobia. Define-a como o “medo de estar em local ou situação da qual seria muito difícil ou embaraçoso sair”. Como os ataques ocorrem com frequência , a pessoa pode desenvolver uma ansiedade antecipatória (preocupando-se onde e quando terá o próximo ataque). Com isso, os indivíduos que desenvolvem transtorno de pânico com agorafobia, diminuem suas viagens temendo ter um ataque de pânico num lugar onde não consigam sair facilmente.

Os ataques podem ter uma explicação psicológica e fatores neurobiológicos e nem sempre consegue-se identificar e compreender o que desencadeou os ataques.No entanto, fatores estressantes podem contribuir para o surgimento dos ataques.

No capítulo sobre Transtornos de ansiedade Gabbard (1998, p. 321), cita a conclusão de Busch e colaboradores sobre o transtorno de pânico no ano de 1991: considerando-se que cada indivíduo interpreta o significado destes eventos de forma diferente, um estressor externo pode ou não levar ao início do pânico num indivíduo neurofisiologicamente suscetível. Isto sugere que existe uma variável psicológica fundamental que faz a mediação entre os eventos externos e o início do pânico. Gabbard (1998), também vai falar da importância do tratamento farmacológico e psicoterápico no transtorno de pânico, bem como da avaliação psicodinâmica do caso para conseguir identificar a influência dos fatores biológicos e dinâmicos do transtorno de pânico ou agorafobia.

Rocha (2000), diz que Freud fez todo um percurso quanto ao desenvolvimento teórico da angústia e dividiu-a em três etapas: Escritos Iniciais (1892-1900); Na Primeira Tópica (1900- 1920) e nos Últimos Escritos (1920- 1938).

Na primeira teoria sobre a angústia, Freud segundo Rocha (ibidem) fala que a angústia inscreve-se no corpo e no psiquismo e afirma também que foi através do estudo da histeria que Freud deparou-se pela primeira vez com o estudo psicanalítico da angústia.

O autor acima comenta também que nos últimos escritos sobre a angústia no livro de 1926 sobre: “Inibição, sintoma e angústia” Freud atribui à angústia tanto uma função estruturante como também uma defesa contra as ameaças internas e externas, e não apenas transferência da libido recalcada. Rocha Coloca ainda que geralmente ela manifesta-se no corpo, no entanto, no psiquismo ela é povoada de fantasias ou representações e conflitos da vida psíquica.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entre os diversos autores pesquisados foi possível identificar acerca do transtorno de pânico, pontos em que eles se completam e aspectos convergentes entre eles. Mário Eduardo Costa Pereira e Zimerman veem o transtorno de pânico como neurose e associam a questões relacionadas à sexualidade.

Conforme também identificado em Mário Eduardo Costa Pereira e Zimerman em seus livros sobre a teoria freudiana do transtorno de pânico, em seu livro Inibição, Sintomas e Ansiedade, Freud coloca o transtorno de pânico na ordem da neurose; imbuída de ansiedade; ligada a fatores externos como internos; bem como a fatores psicológicos e corporais e relaciona à sexualidade ao falar dos diversos tipos de ansiedade, como a ansiedade de castração presente na fase fálica (uma das fases de desenvolvimento psicosexual da teoria freudiana).

Gabbard em seu livro Psiquiatria Psicodinâmica, assim como: Pereira; Zimerman e Freud em seu livro Inibição, Sintomas e Ansiedade colocam a neurose de angústia ou transtorno de pânico constituída por ansiedade intensa; na ordem da neurose e também relacionam à sexualidade. Gabbard também assim como Freud definem a ansiedade como um afeto. O referido autor assim como Pereira falam da agorafobia como estando presente em um percentual significativo da maioria dos indivíduos que apresentam transtorno de pânico. O mesmo autor, assim como Freud vão falar de fatores internos e externos contribuindo para o desenvolvimento do transtorno de pânico. Zimerman e Gabbard, comungam do mesmo pensamento ao falarem da importância do tratamento farmacológico, além do psicológico para o transtorno de pânico.

Rocha assim como Freud falam que a angústia inscreve-se tanto no corpo como no psiquismo, bem como atribuem a ela uma função estruturante.

De uma maneira geral, a ansiedade presente na neurose de angústia (denominação psicanalítica) ou transtorno de pânico (denominação atual da psiquiatria) não é só sintoma de um estado patológico, mas tem uma função estruturante e faz parte da existência humana, servindo de alerta contra os perigos externos.

REFERÊNCIAS

Ansiedade e Transtornos Relacionados. – Saúde Mental – Módulo 5 – Unidade 1. Disponível no site: www.eadunasus.ufma.br/mod/book/view.php?id=3105. Acessado em: 11 de dezembro de 2012.

Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas – Cood. Organização Mundial da Saúde Genebra; Trad. Dorgival Caetano. - Porto Alegre: Artes Médicas, 1993 – P. 5. 137 e 138.

CRASKE, Michelle G. e BARLOW, David H. **Transtorno de pânico e agorafobia**. Disponível no site: <http://imagens.extra.com.br/html/conteudo-produto/12-livros/194490/194490.pdf>. Acessado em: 10 de dezembro de 2012.

GABBARD, Glen O. **Psiquiatria Psicodinâmica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998 – Capítulo 9, p. 174 à 182.

HELENE, Shinohara. **Transtorno de pânico: da teoria à prática**. Revista brasileira de terapias cognitivas. Vol. 1 nº 2 - Jul. / Dez. De 2005. Disponível no site: http://rbtc.org.br/detalhe_artigo.asp? Acessado em: 10 de dezembro de 2012.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. **Pânico: contribuição à psicopatologia dos ataques de pânico**. São Paulo: Lemos, 1997 – Capítulos 2, 3 e 5.

ROCHA, Zeferino. **Os destinos da angústia na psicanálise freudiana**. São Paulo: Escuta, 2000 – P. 9 -21.

SIGMUNDO, Freud. **Um estudo autobiográfico, inibições, sintomas e ansiedade, análise leiga e outros trabalhos**. Volume XX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

SOARES, Odeilton Tadeu e Teng, Chei Tung. **Transtorno do Pânico**. São Paulo: USP, 2008 Disponível no site: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp>? Acessado em: 10 de dezembro de 2012.

YANO, Yuristella; MEYER, Sonia B., e TUNG, Teng C. **Modelos de tratamento para o transtorno do pânico**. Campinas, 2003 Disponível no site: <http://www.scielo.br/scielo>. Acessado em: 10 de dezembro de 2012.

ZIMERMAN, David E. **Fundamentos psicanalíticos**: teorias, técnica e clínica. - uma abordagem didática. Porto alegre: Artmed, 1999 – Capítulo 17.