

## **Ataque de pânico ou ataque de angústia?**

Mariana Bacigalupo Martins

FURMAN, M. *Ataque de pânico o ataque de angustia?* In: *Psiquiatria e Psicoanálisis: diagnóstico, institución y psicofarmacología*. CICBA. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2007, p. 71.

Diferencia a maneira de diagnosticar na psicanálise e na psiquiatria. Na primeira, procura-se relacionar o particular do sintoma ou da angústia, o modo como o sujeito trata seu sintoma ou a angústia, a estrutura clínica a que o sintoma ou angustia pertencem e finalmente, a forma que toma o sintoma ou a angústia na transferência. Na psiquiatria o diagnóstico é automático na medida em que se baseia em um manual, na estatística ou no efeito do psicofármaco.

Segundo o autor, o ataque de pânico pode acontecer em qualquer estrutura – neurose ou psicose – e que não é uma entidade clínica em si mesma, ao contrário do que aparece no DSM4.

Alguns sintomas relacionados no DSM4 para o transtorno de pânico são: taquicardia, náuseas, sensação de perder a consciência, despersonalização, temor de ficar louco ou temor da morte, calafrios e parestesias. É um quadro que se apresenta com frequência nos serviços de urgência, é mais frequente entre as mulheres e tem conseqüências importantes no âmbito do trabalho.

Os tratamentos tendem a priorizar eliminação dos sintomas corporais esquecendo que por trás dos sintomas há o sentimento de angústia que é a questão essencial. Angústia é a presença e retorno no campo do sujeito daquilo de real que não pôde ser simbolizado ou imaginarizado e acrescenta que quando falham os recursos que permitem simbolizar ou dar certo velo imaginário à pulsão, isto é, quando a função do falo ou do fantasma se dissolvem, se apresenta o objeto pulsional em suas modalidades: olhar, voz, objeto oral ou anal produzindo angústia.

Furman escreve que frente à angústia o sujeito pode reagir com o *acting out* que seria a forma de tentar colocar o objeto da pulsão que afeta o sujeito produzindo angústia resituando-o no campo do Outro. Outro fenômeno de prognóstico mais complicado é a passagem ao ato onde o sujeito cai do campo do Outro que o aloja e se identifica com esse objeto como dejetivo. Tanto a passagem ao ato como o *acting out* são maneiras de tentar solucionar o excesso pulsional.

A angústia não é um sintoma de maneira que seu tratamento não está tão vinculado à interpretação ou ao deciframento significante, mas à possibilidade de que o sujeito possa ceder sua posição de objeto e ser alojado via transferência e via função de corte do desejo do analista, no campo do analista. Apesar de a simbolização estar dificultada nos momentos agudos de angústia, crê o autor que é importante buscar alguma significação ou determinação para a angústia talvez, para facilitar a entrada em análise do sujeito.

Cita Freud dizendo que este articula os fenômenos de ataque de angústia com os fenômenos somáticos que ocorrem na relação sexual. Diz que quando a excitação sexual somática é desviada da psique, se exterioriza como angústia. Menciona Alejandra Eidelberg que faz uma leitura de orientação lacaniana do ataque de pânico como um excesso de gozo pulsional que angustia ao irromper por fora da regulação fálica fantasmática, regulação esta que sustentaria a crença de que a relação sexual harmônica existiria. Para Freud, no nível social, o pânico ocorre quando a massa ou organização social se descompõe e não responde mais a um chefe. Então se apresenta um estado de angustia enorme e sem sentido que não tem relação com o perigo ou ameaça de um ataque, mas se relaciona a ruptura de laços ou da queda da identificação com um ideal ou líder que diminuía o perigo. O autor lembra que na época da globalização e do pós modernismo onde há queda dos ideais e dos líderes e a ruptura dos laços sociais se facilita a aparição dos ataques de angústia já que o sujeito não encontra laço com os outros.

## **Caso Clínico**

Mulher com ataques de angústia que não se dissipavam facilmente. Marcada obesidade e apresentava ataques de angústia com dores de cabeça, palpitação, enjôos, sintomas gástricos, dores na nuca com medo de a cabeça ir para trás. Medo de morrer de infarto e medo de ficar louca. Tem insônia e precisa dormir com a mãe para esta lhe garantir que não morrerá dormindo. Define-se como "panicosa" o que parece garantir uma identificação e emblema frente à debilidade forclusiva em seu discurso. É convidada a falar o que estaria causando esses ataques e ela então se lembra de quando tinha três anos, era noite e ela chorava e o pai a puxou pelos cabelos dobrando-lhe a cabeça. Essa associação permitiu que o analista tentasse uma interpretação; que o ataque de pânico podia ser entendido como um ataque do pai. A paciente fala que mesmo antes da agressão do pai sempre esteve preocupada com o que acontecia com seu corpo e que já tinha pânico frente a enfermidades e a morte assim, a qualquer alteração física pedia que a levassem ao hospital.

O autor considerou o caso como uma psicose não desencadeada justamente por conta dos ataques de pânico que encobriam a estrutura psicótica. Então não se avançou pela via da busca de uma determinação para os ataques, mas pelo caminho de situar os pensamentos de morte colocados no corpo pelo medo da morte que os haviam desencadeado. Tentou-se situar o ataque a nível do pensamento e não como descarga pulsional imediata no corpo. Furman relata que a preocupação com a morte não acabou mas se resitou em relação à morte subjetiva segundo seu temor de ficar louca e não tanto pela morte do corpo.

