

**‘É preciso dar voz ao paciente para que ele ajude a se curar, ao invés de apenas medicá-lo’**

# Mal do pânico sob nova abordagem

Foto: Reprodução



## Tristeza de bebê

*Mamãe gemia! Meu pai, só soluços.  
Neste mundo de perigo pulei eu:  
Desamparado, nu, vagia de braços:  
Tal um diabo oculto nas nuvens do céu.*

*Debatendo-me nas mãos de meu genitor:  
Lutando contra minhas fraldas tacanhas:  
Prisioneiro, esgotado, achei melhor  
no colo de minha mãe fazer manhas.*

William Blake

**LUIZ SUGIMOTO**

sugimoto@reitoria.unicamp.br

Subitamente a pessoa se vê dominada por extrema angústia, uma sensação de morte iminente, parece estar enlouquecendo. Sente palpitações intensas, falta de ar, tonturas, vertigens, secura na boca, calafrios, formigamentos pelo corpo. Tem impressão de que vai perder o equilíbrio, mas assim mesmo quer sair correndo e fazer alguma coisa, sem saber o que. É a crise, embora passe em minutos, deixa uma terrível sensação de insegurança, o medo de morrer e uma profunda e desconsolada tristeza.

A síndrome do pânico foi descrita oficialmente em 1980. Desde então se sucedem os estudos sobre as bases neurobiológicas e neuroquímicas do fenômeno, somando conhecimentos na parte orgânica e medicamentosa que levam a programas de tratamento mais eficazes. Um grupo de pesquisa da Unicamp, criado em 1984, contribuiu com experiências em medicação pelo menos no início de suas atividades. Integra a equipe o ainda médico residente Mário Eduardo Costa Pereira, que depois enveredaria por outro caminho, teorizando em cima dos casos clínicos para atenuar o tom científico e, como ressalta, dar voz ao doente.

“Nossa abordagem do pânico não é genética, nem neurobiológica, e sim psicopatológica, no sentido de escutarmos o paciente para saber como ele vivencia o transtorno e organiza sua vida, e que tipo de consideração emocional, afetiva ou conflitiva encontra-se em jogo no desencadeamento da crise”, explica o psiquiatra e psicanalista. Encorajado a estudar a síndrome sob esta perspectiva, ele fez quatro anos de doutorado pela Universidade Paris VII, tese que resultou no livro *Pânico e Desamparo*, publicado em 1999 pela Editora Escuta (é autor também de *Contribuição à Psicologia dos Ataques de Pânico*, Lemos Editorial, 1997).

“As pesquisas experimentais e psicofarmacológicas são indispensáveis porque remédios aliviam o sintoma, que é muito desesperador e incapacitante. Nessas pesquisas, porém, a palavra que se dá ao paciente relaciona-se às perguntas que o médico quer fazer: ‘quantas crises teve hoje?, classificaria a crise como moderada, intensa, muito intensa?...’. O médico coloca sua grade no discurso do paciente”, observa Costa Pereira, hoje no Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas (FCM).

Segundo o professor, o problema do pânico é exemplar de uma questão mais abrangente, a ideologização da abordagem neurobiológica: “Temos aí um reducionismo explicativo, onde o cientista reduz o conjunto da explicação de um fenômeno exclusivamente à sua própria maneira de ver. Não se trata do reducionismo metodológico ao qual toda a ciência está submetida, mas de um reducionismo na forma de conceber e explicar aquilo que se estuda. O problema psicopatológico é reduzido ao genoma do paciente, à serotonina [neurotransmissor envolvido no controle das emoções]”,

comenta.

O psicanalista acrescenta que é como se não houvesse a história, o social, a cultura, a economia, o simbólico, o sujeito e o mundo organizado a partir do ponto de vista deste. “Não se trata de desqualificar a pesquisa experimental, mas de lidar melhor com um fenômeno que talvez seja o mais complexo existente: aquele em que a pessoa sofre de ansiedade, depressão, angústia. É de sofrimento humano que estamos tratando”.

**Desamparo** – Costa Pereira afirma que um aspecto fundamental na psicopatologia do pânico é a relação do sujeito com o próprio desamparo. “Faz parte da existência de todos conviver com certa dimensão de falta de garantias. No limite, nem eu nem você temos certeza absoluta de que seguiremos vivos depois desta porta, mas continuamos trabalhando, levando nosso dia-a-dia e incorporando os riscos de alguma forma”, observa. O portador da síndrome, explica o professor, consegue manter uma vida estável, mas desde que seja sustentado por

alguém ou algo concreto. “Se um dia ele perde aquela pessoa próxima, seu mundo desaba”.

Pereira lembra um caso clínico, em que o paciente levava uma vida profissional consistente, dentro da empresa familiar bem sucedida graças à iniciativa e suor do pai. Jamais questionou se a empresa poderia falir ou se deixaria de viver sob o manto protetor paterno. “Certa manhã o irmão sofre um infarto e, à noite, ele tem a primeira crise de pânico. A lógica motivadora da crise seria o temor de que seu coração também falhasse. O raciocínio dele, porém, é outro: ‘se aconteceu com meu irmão, imagine com meu pai na idade que tem’. Ao constatar o risco de ficar desamparado, sua reação foi de desespero, entrando, em seguida, em pânico”.

**Medicamento** – Duas décadas atrás, era comum encontrar pessoas que sofriam crises de pânico havia dez e até trinta anos. Tinham agorafobia e outras seqüelas, não saíam de casa e por isso perderam o emprego. “Hoje o paciente se autodiagnostica, sabe o que o atormenta. O transtorno já é bem conhecido e poucos ainda não testemunharam um caso na família ou no trabalho”, compara Mário Costa Pereira. O problema, de acordo com o especialista, está na postura do paciente em meio à cultura marcada pela idealização das neurociências. “Ele vem atrás de remédio. Toda a fé perdida quando o mundo desabou é depositada no medicamento que permite reorganizar sua vida. A pessoa não se coloca em questão, não admite que algo pode estar errado com ela”.

Como as drogas realmente são eficazes no controle das crises, surge outro inconveniente: “Tendo alívio garantido, o paciente não quer parar de tomá-las; quando pára, sai sempre com um comprimido no bolso, é um hipocondríaco. Ao depositar todas as fichas na autoridade do médico e no medicamento, o sujeito que sofria de pânico torna-se, em longo prazo, um neurótico sem crise”.



## Psicoterapia apresenta resultados promissores

Foto: Antoninho Perri



Mário Eduardo Costa Pereira, professor da FCM e autor de *Pânico e Desamparo* (capa reproduzida acima): quatro anos de doutorado em Paris para avaliar o transtorno pela perspectiva do paciente

A psicoterapia – combinada com a medicação – é decisiva para detectar a subjetividade do sintoma e avaliar os elementos modificados na personalidade do indivíduo: “Ele precisa se colocar forma diferente em seu novo mundo, contextualizar o terror em sua vida”, afirma Mário Eduardo Costa Pereira. Sua experiência indica que a psicoterapia pode livrar o paciente dos medicamentos, fazendo com que supere a dimensão neurótica do transtorno. “Os resultados são promissores. A pessoa consegue se reciclar e o que era desesperador passa a ser tolerável: ‘a vida é assim mesmo, vou morrer um dia...’. Obviamente, estou resumindo algo muito mais complexo e que traz outros elementos muito importantes como a sexualidade e a relação do sujeito com a morte e a finitude da vida”, ressalva.

Os estudiosos consideram razoável estimar a incidência do transtorno de pânico em 1,6% da população. O professor recorda que, há poucas décadas, via-se na sociedade uma relação entre pessoas que ofe-

recia certa segurança: os pais que viviam próximos, os parentes que torciam e rezavam, o vizinho que acudia. “À medida que o capitalismo vai evoluindo, vemos uma sociedade cada vez mais individualista, competitiva, onde o sujeito depende exclusivamente de sua performance e não tem tempo para o outro. Nesse contexto mundial, chama atenção a explosão do fenômeno do pânico, um transtorno que se relaciona com a vivência de desamparo e de falta de garantias”, ressalta o psicanalista.

Em seu livro *Pânico e Desamparo*, Costa Pereira escreve que o indivíduo em pânico experimenta um “estar morrendo” sem fim, pois a questão para ele é menos a morte e mais o morrer. “O pânico, apesar de sua aparência mortífera, ainda se situa como um esforço da vida pela vida”, afirma. De acordo com o psicanalista, esses pacientes são mais sensíveis que o comum dos homens quanto à real fugacidade da vida e à condição de desamparo da existência humana, a ponto de nos perguntar: “Por que vocês não entram em pânico diante da revelação de uma verdade tão terrível?”.