

Vínculos afetivos e Transtorno do Pânico: um estudo psicanalítico

Patrícia de Oliveira Dib*

Resumo

O objetivo deste estudo foi pesquisar como são constituídos os vínculos afetivos por pacientes com Transtorno do Pânico e qual a importância dos mesmos para esses pacientes. As teorias de Freud, Winnicott e Trinca foram utilizadas como referencial teórico básico para este trabalho. Foram realizadas entrevistas semidirigidas com duas pacientes que sofrem de Transtorno do Pânico. Os dados obtidos foram analisados qualitativamente, sob a óptica da abordagem psicanalítica. A análise das entrevistas permitiu identificar questões relevantes acerca da constituição dos vínculos afetivos de tais pacientes. Ambas apresentam um ego fragilizado, que teve sua origem na falha de experiências de cuidados iniciais básicos, devido a uma falta de vinculação primária efetiva com o outro. A necessidade atual de uma proximidade com o outro revela a importância da constituição de vínculos afetivos consistentes como tentativa de reconstituição da confiança básica e, da ligação da pessoa com o seu centro de sustentação interna que se encontra prejudicado.

Palavras-chave: Transtorno do Pânico; vínculos afetivos; relações primárias; desenvolvimento egóico.

Abstract

The objective of this study was to investigate how affective bonds are formed by persons who suffer from panic attacks and the importance of these bonds for these persons. The theories proposed by Freud, Winnicott and Trinca were used as the basic theoretical framework of this study. Semi-structured interviews were carried out with two women who suffer from panic attacks. Results were analyzed qualitatively, under the psychoanalytical view. The analysis of the interviews revealed relevant issues regarding the constitution

* Psicóloga graduada pela Faculdade de Psicologia da PUC-SP no ano de 2002. Trabalho de Conclusão de Curso da Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob orientação da professora doutora Ana Maria Trapé Trinca, no ano de 2002. Ganhador do IX Prêmio Ana Maria Popovic- 2003. E-mail: patriciadib@hotmail.com

of the affective bonds of these patients. Both present ego fragility, which originated in poor experiences of initial basic care, due to lack of effective primary bonds with other people. The current need of proximity with other people shows the importance of the formation of consistent affective bonds as an attempt to reconstruct basic confidence and the person's connection with his/her center of inner support, which is damaged.

Keywords: *Panic Attacks; Affective Bonds; Primary Relationship; Ego Development.*

INTRODUÇÃO

Apresentação inicial

O Transtorno do Pânico (T.P.) é uma condição crônica, debilitante, que se repete e, freqüentemente, pode ter efeitos devastadores sobre a vida da pessoa. Ela passa a ser acometida por uma série de sintomas físicos e psicológicos terríveis, de uma hora para outra, e não é capaz de identificar exatamente o que a está ameaçando.

O meu interesse em pesquisar esse tema refere-se à freqüência com que esse transtorno vem aparecendo em nossa sociedade. Cada vez mais, pessoas vêm procurando consultórios médicos e clínicas psicológicas em busca de uma solução para esse problema.

O panorama atual no qual vivemos, marcado por um aumento cada vez maior da violência, crises financeiras, incertezas, inseguranças, individualismo e preocupações excessivas com aspectos materiais, deixando-se de lado o aspecto emocional, tem provocado uma fragilidade na constituição dos vínculos afetivos, o que afeta também a integridade do indivíduo. Talvez, o que esteja provocando um aumento do número de casos de T.P. sejam essas características presentes em nossa contemporaneidade. As pessoas encontram-se cada vez mais solitárias diante de uma realidade repleta de incertezas e riscos.

Tive contato com pessoas próximas que sofriam de T.P. e um fato comum a todas elas era a necessidade da presença próxima de alguém de sua confiança para se sentirem mais tranquilas e com menos ansiedade de ter um novo ataque de pânico. Percebi que o outro, os vínculos afetivos, têm um papel muito importante para essas pessoas e comecei a me

perguntar sobre qual seria essa importância e sobre o porquê da necessidade de ter ao seu lado pessoas nas quais confiam.

Foi pensando nesses fatos que decidi pesquisar a questão dos vínculos afetivos¹ de pacientes com T.P., numa tentativa de compreender os aspectos psicológicos que estão presentes nesse quadro clínico.

As relações objetais em pacientes com transtorno do pânico foi estudada por Echávarri *et alii* (1994). Os dados obtidos sugerem que tais pacientes apresentam relações objetais alteradas, o que se reflete na existência de perturbações no desenvolvimento emocional.

As características e freqüências de experiências precoces de separação em pacientes com T.P. e em sujeitos sem alguma patologia emocional evidente foram comparadas por Gloger *et alii* (1994). Verificou-se uma maior incidência nos pacientes com T.P. de percepções de distanciamento emocional por parte de seus pais e a ameaça de ruptura de vínculo.

A relação entre o T.P. na vida adulta e ansiedade de separação vivida na infância foram pesquisadas nos trabalhos de Ayuso-Gutiérrez (1988), Balon *et alii* (1989) e Gittelman-Klein (1984). Tais estudos encontraram uma maior freqüência desse transtorno na infância de adultos com transtornos de ansiedade.

Podemos perceber, através dessas pesquisas que já foram realizadas, que a questão dos vínculos afetivos é algo muito presente nos casos de pacientes com Transtorno do Pânico e que provavelmente tem a ver com a etiologia e manutenção dessa patologia. Sendo assim, terei como proposta deste trabalho pesquisar sobre os vínculos afetivos de pacientes com T.P. e fazer uma reflexão acerca dos mesmos.

Pretendo, através da literatura encontrada sobre o assunto, de aspectos da teoria de Freud, Winnicott e de autores contemporâneos, compreender melhor o que ocorre em tal transtorno e responder à seguinte questão: Como são constituídos os vínculos afetivos por pacientes com T.P. e qual a importância desses vínculos para esses pacientes?

1 Vínculo: ligação, “modo de relação do indivíduo com seu mundo (objetos), relação que é o resultado complexo e total de uma determinada organização da personalidade” (Laplanche, 1983, p. 576).

Objetivos

Temos como objetivo do presente trabalho procurar compreender o significado dos vínculos afetivos para o indivíduo portador de Transtorno do Pânico, bem como o modo como tais vínculos são constituídos e como estão presentes no momento atual. Consideramos de grande importância essa compreensão, pois abrange os aspectos psicológicos do quadro clínico e da dinâmica da personalidade em questão.

Caracterização do Transtorno do Pânico

De acordo com o DSM-IV, o transtorno do pânico é classificado como um transtorno de ansiedade e é caracterizado por ataques de pânico, ou seja, por episódios agudos de terror ou pavor acompanhados por um conjunto súbito de sintomas, incluindo-se pelo menos quatro dos seguintes: palpitações, taquicardia; dores no peito; náusea; dificuldade de respirar (sensação de sufocamento); ondas de calor ou de frio; sudorese intensa; tremores; parestesias (anestesia ou sensações de formigamento nas mãos); sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio; medo de perder o controle, de estar enlouquecendo e de fazer alguma coisa embaraçosa; medo de morrer, sensação de morte súbita ou de que algo terrível vai acontecer; sensações de irrealidade (desrealização) ou de estar distanciado de si mesmo (despersonalização).

Os ataques de pânico, tipicamente, são espontâneos, ocorrem do “nada”, sem nenhum fator desencadeante aparente. Dos ataques “geralmente resulta insegurança, ansiedade antecipatória e esquiva de situações ou locais onde ocorreram os ataques, caracterizando quadros de agorafobia e fobia social” (Almeida, Dratcu e Laranjeira, 1996 p. 173).

Angústia e pânico

Freud

Primeira Teoria da Angústia

As primeiras referências de Freud sobre a neurose de angústia encontram-se em extratos de seus rascunhos de documentos dirigidos a Fliess, médico com quem manteve contato entre 1887 e 1902. Tal referência data, possivelmente, do final de 1892 até meados de 1894, e é encontrada nos rascunhos A, B, D e E, nos quais Freud investigou a etiologia das neuroses. No rascunho A (1892), Freud levanta a questão sobre a causa da ansiedade nas neuroses de angústia. Nesse primeiro momento, ele acredita que tal patologia é conseqüência de distúrbios da função sexual. No rascunho B (1893), ele diz que a neurastenia é uma conseqüência freqüente da vida sexual anormal. No rascunho D (1894), distingue e três mecanismos presentes na etiologia das neuroses: a transformação do afeto (presentes na histeria de conversão), o deslocamento do afeto (presente nas obsessões) e a troca do afeto (presente nas neuroses de angústia e melancolia). No rascunho E (1894), Freud refere-se à relação entre as neuroses e o acúmulo de tensão sexual física. Diz que a ansiedade de seus pacientes neuróticos estão relacionadas à sexualidade, devido ao *coitus interruptus*, à abstinência sexual.

No mesmo ano, Freud escreve o artigo “Sobre os critérios para destacar da Neurastenia uma Síndrome particular intitulada Neurose de Angústia“. Nesse artigo, ele apresenta os seguintes sintomas presentes nesse quadro clínico: irritabilidade geral: sintoma que indica o acúmulo de excitação sexual ou inabilidade em tolerar tal acúmulo; expectativa angustiada: refere-se a uma tendência a ter uma percepção pessimista das coisas e dos fatos; ansiedade: que fica latente e se expressa através de idéias de cair fulminado, de medo de estar ficando louco e de distúrbios de atividades corporais; acordar em pânico à noite (*pavor nocturnus*); acessos de vertigem, tontura; fobias típicas: agorafobia e fobias específicas.

Podemos perceber que tais sintomas citados por Freud são os mesmos descritos como característicos do Transtorno do Pânico pelo DSM-IV.

Através das primeiras idéias de Freud sobre o assunto, podemos concluir que o T.P. teria sua origem no acúmulo de energia sexual que não encontrou uma via de satisfação adequada e que se manifesta então através de sintomas psicossomáticos, dando origem ao pânico.

Segunda Teoria da Angústia

Na conferência XXV, “A ansiedade” (1917), Freud fala que a neurose de ansiedade ocorre devido a uma excitação não-consumada.

Em “Inibições, Sintomas e Angústia” (1926), Freud refere-se à ansiedade como uma resposta egóica à ameaça de ocorrência de uma situação traumática, de uma situação de perigo. O desejo reprimido do Id que procura ter acesso à consciência é percebido como um perigo. Para defender-se disso, o ego reproduz uma parte da ansiedade já vivida na situação do nascimento, que é representada por um sinal de desprazer que funciona como um alarme (angústia sinal). A energia libidinal que não será elaborada psicicamente de uma maneira adequada será transformada em ansiedade.

Sendo assim, podemos dizer que, na segunda teoria de Freud sobre a angústia, esta seria resultado da falha de mecanismos de defesa e de elaboração psíquica, o que propiciaria o aparecimento de uma energia sem controle que se confrontaria ao ego, o que corresponderia, então, ao pânico.

O pânico

Em “Psicologia das Massas e Análise do Eu” (1921), Freud propõe que o pânico seria resultado da ruptura inesperada dos laços amorosos do indivíduo com a figura do líder. Menciona que os laços que ligam o indivíduo a esse líder são os mesmos que ligam esse indivíduo aos demais membros do grupo.

O pânico surgirá se houver a desintegração de um grupo desse tipo: “os laços mútuos deixaram de existir e libera-se um medo gigantesco e insensato” (1996, p. 107) se houver uma ruptura inesperada dos laços amorosos do indivíduo com a figura do líder. O sujeito vê-se, então, desamparado e em confronto com a fluxo da libido que, até então, era ligado ao líder.

A descoberta de que não há garantias e que os perigos podem acontecer levariam o indivíduo ao pânico. Freud, então, apresenta o desamparo² como uma dimensão do próprio funcionamento psíquico, indicando com isso a sua fragilidade.

Pereira, ao procurar entender tal condição, chegou à seguinte conclusão sobre o desamparo:

[...] diz respeito à falta de garantias para o funcionamento do aparelho psíquico, à medida que este é incapaz de proporcionar uma apreensão simbólica definitiva para questões tais como a própria morte, do destino, do investimento sexual do corpo e do próprio sujeito como ser desejanter .” (1999, p. 245)

Sendo assim, o Transtorno do Pânico pode ser compreendido através da questão do desamparo, dimensão com a qual o psiquismo se confronta e que passa a ser vivido como pânico.

As colocações de Freud sobre a função do líder reforçam a minha necessidade de tentar entender o papel do outro para o paciente que sofre de T.P. através da pesquisa do tipo de vínculos afetivos constituídos por esses pacientes.

A pessoa com pânico vê-se de repente como completamente desamparada, sem encontrar mais nenhum objeto que pudesse protegê-la contra o desamparo, o qual passa a ser experienciado como algo insuportável. Desse modo, podemos pensar que os laços afetivos, os vínculos, previnem o pânico, trazendo para o indivíduo ou para o grupo o sentimento de segurança e de apoio necessários para sua integração, fortalecimento e bem-estar.

Winnicott

O desenvolvimento emocional primitivo

A importância dos vínculos afetivos no desenvolvimento emocional do indivíduo e o modo como os fracassos nos mesmos podem ser conside-

2 Laplanche (1983) diz que o desamparo se refere ao estado no qual o indivíduo se encontra com a falta de garantias e certezas e se revela impotente para realizar uma ação adequada para pôr fim à tensão interna.

rados um fator de extrema importância na etiologia de diversos distúrbios na vida adulta são alguns dos assuntos abordados por Winnicott em seu trabalho.

Segundo esse autor, a identificação da mãe com o filho e o conseqüente cuidado materno são indispensáveis para o desenvolvimento emocional, a formação adequada do *self* (potencial herdado de cada indivíduo) e a organização do ego da criança. O ego materno propicia o fortalecimento egóico do bebê, protege o seu *self* da ameaça de aniquilamento e fornece suporte ao amadurecimento e desenvolvimento do psiquismo.

O conjunto de atitudes e comportamentos que denotam a disposição integral e a capacidade da mãe de cuidar efetivamente da criança é denominado por Winnicott “preocupação materna primária”. Segundo Winnicott (1990), as funções da mãe suficientemente boa no início da vida de seu bebê se referem a: Segurar (*Holding*), Tocar (*Handling*) e Apresentação de objetos. O *holding* refere-se ao ato físico de segurar a estrutura corporal do bebê, o que possibilitará que o ego da criança se torne uma unidade integrada, já que, inicialmente, encontra-se num estado não-integrado. Se o bebê é segurado adequadamente, ele irá adquirir confiança no meio, o que é fundamental para o seu desenvolvimento emocional. O *handling* facilita a formação da associação psique-soma (mente-corpo). A apresentação dos objetos iniciará a capacidade da criança de relacionar-se com os mesmos.

Quando a maternagem não é satisfatória, o ego materno não propicia suporte e fortalecimento ao ego do bebê, que se mantém frágil, amedrontado e atingido por angústias decorrentes da ameaça de desintegração. O lactente, nesse caso, não é capaz de organizar mecanismos de defesa, nem de construir uma identidade que lhe é própria e peculiar, desenvolvendo uma falsa identidade – o que Winnicott denomina falso-*self* que encobre e oculta sua genuína personalidade.

As idéias de Winnicott sobre as conseqüências de um cuidado materno que não foi suficientemente bom pode nos fazer pensar sobre o indivíduo que sofre de T. P: por não ter experienciado uma maternagem satisfatória, seu ego não recebeu apoio e suporte suficientes do ego materno, o que ocasionou o desenvolvimento de um ego frágil e amedrontado, sendo assim, mais suscetível aos medos e angústias.

O medo do colapso

Se houver falhas na função materna, haverá ansiedades que podem ser encontradas mesmo na vida adulta do indivíduo e que serão, então, consideradas patológicas.

O medo do colapso (*breakdown*) é abordado por Winnicott como referindo-se às experiências passadas de um indivíduo. Esse medo é constituído por uma apreensão de que venha a acontecer algo grave, um colapso que, na realidade, já ocorreu no início da vida do bebê devido à uma falha do cuidado materno.

Podemos pensar, então, que pessoas que sofrem de T.P. podem ter desenvolvidos seus sintomas como defesa contra as agonias primitivas. O medo que sentem seria, então, o medo de algo que já foi experienciado por elas, porém, têm a impressão de que se trata de algo que ainda vai acontecer.

O pânico é abordado por Pereira (1999) como tendo a finalidade de impedir a instauração do estado que já foi experienciado devido ao abandono do sujeito a uma condição que ocorreu devido à falha de fornecimento de *holding* (amparo).

O transtorno de pânico é pensado por Tschirner como algo que se apresenta em decorrência de uma organização de defesas contra a ansiedade intolerável e que esta é quase sempre fornecida pelo fracasso ambiental. A autora diz que, no transtorno do pânico:

Todas as questões internas (de insegurança, de recebimento de cuidados técnicos ao invés de afetivo, etc.) serão elaboradas de forma simbólica através da realidade externa (com evitações fóbicas, necessidade de seguranças e garantias, solicitação e desconfiança de serem verdadeiramente amadas). (1996, p. 53)

Sendo assim, através das colocações de Winnicott e de autores que seguiram seu pensamento, podemos pensar que o pânico tem um caráter de elaboração psíquica cuja finalidade seria reviver o desabamento já ocorrido no início da vida para integrá-lo subjetivamente.

Trinca

A personalidade fóbica

Um dos autores que se propôs a estudar a dinâmica de pacientes com pânico e fobias é Trinca (1992). Ele afirma que há um tipo específico de personalidade na qual são freqüentes as manifestações de fobias e pânico: a personalidade fóbica. Tal personalidade:

[...] apresenta características inconscientes relacionadas a buracos no self (centro de sustentação interna), resultados de sucessivos esvaziamentos (rupturas intraself) durante os processos de desenvolvimento e de crescimento. (1997, p. 15)

Sendo assim, a pessoa que sofre de pânico e fobias teria seu centro de sustentação interna afetado pelas deficiências de algumas de suas experiências de vida.

O pânico aparece quando há um grande rompimento da relação do eu com o centro de sustentação que existe no interior de cada um, quando os vínculos com o centro de sustentação interna se acham muito enfraquecidos.

Assim como Winnicott, Trinca fala da importância da relação afetiva entre a mãe e o seu bebê para o desenvolvimento emocional do indivíduo. O relacionamento saudável da mãe com seu filho favorecerá a formação de um “continente interno” na criança, que será responsável pela existência de uma matriz de confiança básica em seu interior. Cabe, então, à mãe, acalmar as turbulências da criança, suas angústias.

Uma deficiência no relacionamento da mãe com seu bebê provocaria, então, desde o início, uma fragilidade na constituição do *self* da criança, favorecendo o desenvolvimento de uma personalidade fóbica. As relações de desconfiança, desconsideração e descrédito que são estabelecidas desde o início da vida de uma pessoa fóbica formarão lacunas em sua auto-percepção e no auto-reconhecimento de seu ser interior, o que provoca um estado constante de desvalorização, que se manifesta através do esvaziamento de seu *self*. O indivíduo não confiará em si-próprio, irá evitar-se, fugir do contato com si-mesmo. Começa a desligar-se do seu interior e tenderá a viver somente em sua exterioridade,

o que provoca um enfraquecimento ainda maior de seus vínculos internos e garante a continuidade do estado no qual se encontra.

Através do pensamento de Trinca, podemos pensar que o indivíduo que sofre de T.P. apresenta um tipo peculiar de personalidade: a personalidade fóbica que se formou em decorrência das experiências de vida pelas quais passou, principalmente em decorrência do tipos de vínculos afetivos que foram constituídos. Desse modo, o outro tem um importante papel na constituição desse tipo de personalidade e na apresentação do quadro clínico em questão.

O papel do outro

De acordo com Trinca (1997), a pessoa que sofre de pânico encontra-se num estado de desamparo tão grande com relação às bases de sua existência pessoal que alguém deverá se incumbir de proporcionar-lhe suporte. Então, o indivíduo fóbico usará o outro para suprir suas necessidades; o outro é quem irá manter a ligação da pessoa com ela mesma, que lhe proporcionará a segurança que nela falta.

Desse modo, podemos pensar que o contato com o outro representa, para a pessoa que sofre de T.P., apoio e possibilidade de amenização do desespero do estado no qual se encontra. Nesse sentido, podemos cogitar que tais pessoas necessitem de um contato muito próximo com outras pessoas, necessitem ser amadas e protegidas pelo outro, assim como um bebê precisa ser amado e protegido por sua mãe.

METODOLOGIA

Explicitação teórica da opção metodológica

A pesquisa qualitativa é mencionada por Gonzalez Rey (1999) como uma forma de pesquisa que busca a subjetividade do sujeito. É de grande importância que o investigador entre nas formas mais complexas de expressão do sujeito e alcance seu objetivo, observando tanto os aspectos explícitos quanto os implícitos que estão presentes no discurso e/ou apresentação do sujeito.

O modelo qualitativo de pesquisa busca os processos mais complexos, que constituem a subjetividade do indivíduo. Tal modelo é compreendido por Trinca, A. M. T. como tendo as seguintes características:

a) partem-se de hipóteses abertas e livres para cada caso observado; b) procuram-se os focos principais que surgem em dada situação; c) há uma verificação, durante a pesquisa, dos fatores não previstos pelas hipóteses iniciais, os quais emergem espontaneamente do material; d) tem-se em mente os fatores que permanecem relativamente constantes durante a análise do material; e) as hipóteses vão se modificando durante a pesquisa, em conformidade com a análise que se faz do conjunto dos casos, determinando-se assim um trabalho de construção de significados; f) as conclusões refletem uma elucidação dos objetivos da pesquisa, que são alcançados através de um percurso feito de forma flexível. (2002, p. 41)

O diálogo que se tem a partir da entrevista semidirigida possibilita a formação de um vínculo momentâneo, que permite a melhor expressão da subjetividade do entrevistado. Assim, o pesquisador tem um melhor acesso aos conteúdos psíquicos do sujeito, podendo compreender melhor o momento pelo qual ele passa, suas questões e conflitos principais.

Coleta dos dados

Caracterização dos sujeitos

As duas participantes da pesquisa foram indicadas por uma psicóloga que trabalha no Amban (Ambulatório de Ansiedade do Hospital das Clínicas). Ambas foram diagnosticadas com Transtorno do Pânico e fazem parte do acompanhamento psiquiátrico e psicoterapia em grupo dessa instituição. A única restrição para a escolha das pacientes foi o fator idade – que deveria girar em torno de 35 a 55 anos. Acreditamos que a faixa etária selecionada refere-se a uma fase na qual o indivíduo geralmente já realizou boa parte de suas metas e vivencia uma certa estabilidade em sua vida.

Caracterização do material utilizado

Elaboramos um roteiro de entrevista semidirigida, com o objetivo de levantar questões relevantes à investigação do problema proposto. Estas foram divididas em categorias, através das quais pretendemos investigar dados a respeito da história da patologia e dos vínculos afetivos das participantes, de modo a elucidar como são tais vínculos, a importância e a dinâmica presente neles.

Procedimento para a coleta dos dados

Realizamos, então, uma entrevista semidirigida com cada uma destas duas pacientes do H.C. As entrevistas foram realizadas na residência das participantes, já que ambas mencionaram dificuldade de sair de casa desacompanhadas. Procurou-se realizar as entrevistas dentro dos padrões de *setting* normalmente esperados para um encontro clínico, isto é: um ambiente que fornecesse conforto, silêncio, sigilo e somente com a presença da entrevistadora e da entrevistada. As entrevistas foram gravadas e as falas das participantes foram transcritas fielmente com a sua autorização.

Procedimento para a análise dos dados

Os dados obtidos nas entrevistas foram analisados qualitativamente, o que possibilitou uma melhor compreensão das vivências das participantes entrevistadas. Tais dados foram agrupados em categorias e foram interpretados qualitativamente sob a ótica da abordagem psicanalítica. Utilizamos como referencial básico para a análise e interpretação dos dados as teorias de Winnicott, Trinca e Pereira, autores citados nos capítulos teóricos deste trabalho.

RESULTADOS

Análise da entrevista – caso 1 Joana

	Dados relevantes da entrevista	Análise dos dados
Manifestações físicas	- Tremores, sudorese, paralisia nas pernas, gases, erupções.	- Manifestações físicas involuntárias que simbolizam a falta de controle de seu mundo interno, das emoções, de domínio sobre si mesma.
Manifestações psíquicas	- Inicialmente: medo de chuva e trovoadas na ausência do marido.	- A ausência do marido a tornava mais suscetível aos momentos de medo e pavor. Sente-se mais fragilizada com a ausência do outro. O marido representa para J. um sistema de segurança, é nele que J. encontra um ponto de apoio.
Manifestações psíquicas	- Posteriormente: pavor, medo de sair na rua, de lugares fechados de difícil saída, medo de pegar ônibus.	- Constatação do sentimento interior de incapacidade ante determinadas situações.
Limitações atuais	- Está impossibilitada de: - Trabalhar; - Acompanhar a filha em seu desenvolvimento. Esta não compreende a situação da mãe, o que gera conflito no relacionamento das duas; - Realizar atividades rotineiras, tais como ir ao supermercado sozinha; - Realizar atividades que lhe dão prazer, tais como ir ao estádio de futebol e ir ao clube nadar. - Episódio no qual vai comprar alho e tem um ataque de pânico ao não encontrar a vendedora que conhecia.	- Sente-se incompreendida em suas limitações, sentindo-se injustiçada devido à não compreensão do outro. - Tais sentimentos de incompreensão e injustiça também eram o que sentia quando tinha que cuidar de crianças aos 9 anos de idade. - Há uma necessidade do outro para a realização de atividades rotineiras já que, por exemplo, sempre vai fazer compras na companhia de alguém. O outro tem um papel importante na realização de algumas atividades de J., tendo o papel de transmitir-lhe uma segurança que J. não encontra dentro de si. - Impossibilidade de realizar-se através do que é bom, agradável, prazeroso. - Havia um vínculo, uma ligação entre a mulher que vendia alho e J. Porém, quando J. chega ao local e não encontra a mulher de quem costumava comprar, tem um ataque de pânico. Pode-se pensar que o rompimento momentâneo do vínculo entre J. e a vendedora de alho levou-a ao desamparo, fazendo-a procurar alguma outra pessoa que viesse substituir o lugar da pessoa faltante – no caso, o rapaz que vendia limão.
Relações primárias Figura materna	- Não conversava com a mãe. Refere-se a uma mãe brava, seca e séria. Não tem vontade de ir para a sua casa, no interior. - Sonhar com a família para a qual trabalhava e não sonhar com a mãe - Preferência da mãe pelos filhos mais novos.	- Sentiu os cuidados maternos como sendo insatisfatórios. Isto pode ter contribuído para a formação de um ego fragilizado, mais suscetível aos medos e angústias. Há um precário vínculo afetivo entre elas. Não sente necessidade ou desejo de manter contato com a mãe real. - Também revela o precário vínculo afetivo presente entre as duas. Este sonho também refere-se à necessidade de manter uma relação vincular significativa. - Experiências de estar na condição de preterida.

Figura paterna	- Maior proximidade com o pai. - Morte do pai	- Com a morte do pai, foi rompido um vínculo afetivo importante na vida da paciente, o que pode ter eclodido numa situação de desamparo na qual emergiu o transtorno. Ao dizer que "desmontou" quando este faleceu revela também a precariedade do vínculo de J. com ela mesma, já que, com a morte de seu pai, J. ficou sem um elo de ligação entre ela e seu interior, de força e de certeza com relação à sua própria existência. Parece que era o pai quem tinha o papel de garantir alguma segurança a J.
Relacionamento com o companheiro	- Ajuda-a e a acompanha nas situações nas quais apresenta dificuldades. - deixou de viajar à trabalho quando as crises da esposa começaram. - J. ficou muito ansiosa quando o marido chegou repentinamente à sua casa durante a entrevista. Disse que não gostaria que ele escutasse o que ela estava falando.	- O transtorno de J. exige que o marido esteja mais presente, revelando a necessidade de J. de tê-lo sempre ao seu lado. É como se ele se tornasse para J. a força que ela não encontrar dentro de si. Necessita tê-lo próximo como garantia de segurança. Parece que a importância da presença do outro, para J., refere-se à possibilidade de amparo e amenização da angústia que sente. - Neste momento havia um vínculo entre J. e a entrevistadora. A chegada do marido poderia significar a ameaça de rompimento deste vínculo. Isto nos faz pensar na seguinte questão: há uma necessidade de se vincular com uma única pessoa de cada vez?
Relacionamento com outros familiares	- Contato distanciado e conflitivo com a filha, que não entende o problema da mãe. - Tem mais contatos com estranhos do que com seus irmãos.	- J. a trata como alguém independente pois não a acompanha em momentos importantes de sua vida devido às crises que tem. Parece participar pouco do processo de desenvolvimento da filha, repetindo modelos identificatórios relacionados à atitude que sua mãe tinha diante de si, quando criança. - Revela ter vínculos afetivos enfraquecidos com seus irmãos.
Amizades e Relações sociais	- Proximidade com sua amiga ainda do tempo de solteira. Considera-a como uma irmã. - Não faz parte de nenhuma comunidade e o contato que tem com os vizinhos é um contato formal. Seus contatos restringem-se à sua família atual, à sua amiga do tempo de solteira e mais raramente aos conhecidos do lugar onde morava quando residia em outro bairro.	- Revela capacidade de manter vinculações afetivas consistentes. - Apresenta dificuldades em relação à questões vinculares ligadas aos aspectos sociais.
Relacionamentos amorosos	- Rompeu um relacionamento com um namorado de quem gostava muito pelo motivo de ele ter mais condições financeiras do que ela. - Casou-se com seu marido atual pois se sentia muito sozinha na cidade onde residia na época.	- Sentimento de menos valia que J. tem sobre si-mesma. Parece não se achar merecedora de se casar com um homem mais rico e por isto preferiu abrir mão de seu sentimento. Abdicou de seu amor, de seu afeto, por não se achar merecedora de tal. Pode-se perceber que, internamente, há sentimentos de inconsistência, de falta de confiança de ser ela mesma. Esta falta de confiança em si própria pode estar relacionada aos insuficientes cuidados afetivos que recebeu no início de sua vida, o que pode ter contribuído para o que seu ego não desenvolvesse a auto-confiança necessária. - Necessidade de um vínculo afetivo próximo com o outro para se sentir mais amparada e menos sozinha no local onde morava.

<p>Auto-imagem e visão que acha que o outro tem sobre si</p>	<p>- Sente-se velha devido aos 12 anos que sofre com o transtorno. - Acha que as pessoas com as quais convive não ligam muito para o seu sofrimento. Pensa que não estão nem aí para o seu tratamento.</p>	<p>- O transtorno impossibilitou J. de viver plenamente. - Apesar dos cuidados e atenção que recebe, não se sente compreendida pelas pessoas, não recebendo tudo o que gostaria de receber. Tal fato pode ser compreendido como uma necessidade constante de apoio e proteção por parte de terceiros, numa tentativa de suprir a carência afetiva que existe internamente.</p>
<p>Perdas</p>	<p>- Mencionou que iria começar a brincar na idade que começou a trabalhar, aos 9 anos. Tomava conta de duas crianças. - Abriu mão de várias coisas em sua vida: - do segundo namorado que era mais rico que ela, - das cidades nas quais morou. Primeiramente vivia em São Paulo e abdicou de sua vida nesta cidade para cuidar da irmã em Belo Horizonte. Mais tarde, com o casamento, abdicou de sua vida em B.H. e vai para o interior de Minas. Até que, com o adoecimento do pai, abdicou de sua vida no interior de Minas e vai para o interior de São Paulo para cuidar do mesmo. - Morte do pai - Operação de câncer de útero que realizou, o que a levou a um aumento das crises de pânico.</p>	<p>- J. começou a arcar com responsabilidades muito precocemente. Ao mencionar que iria começar a brincar nessa idade (9 anos) nos faz imaginar que, antes desta idade, ela não pôde ter vivido plenamente. J. parece ter perdido a sua infância. Provavelmente, não vivenciou satisfatoriamente o lugar de quem recebe cuidados afetivos. Parece haver um sentimento interno de carência de cuidados básicos devido à precariedade dos vínculos afetivos de sua infância. Quando chegou a seus nove anos, ela precisou abdicar de seu ser, pois não pôde ser criança, não pôde ser quem ela era pois teve que começar a trabalhar. - Abdicou de vários aspectos em sua vida, deixou de lado aquilo que poderia dar um significado mais efetivo e verdadeiro para a sua vida. - Abdicou de seu afeto quando decidiu não se casar com esse namorado - Abdicou também de suas conquistas nas cidades onde morou, na maioria das vezes, para cuidar de outra pessoa. Percebe-se, assim, que o papel de "cuidadora" que começou a se desenvolver quando J. ainda era uma criança, se faz presente em muitos momentos posteriores de sua vida. - J. perde um vínculo afetivo importante, que lhe transmitia segurança e ligação dela com seu mundo interior. - O fato de ter essa doença favoreceu uma identificação com o pai, pois este havia morrido da mesma doença. Além disso, por ser o útero o núcleo da questão materna e da feminilidade, a cirurgia pode ter sido experienciada por J. como uma perda de referencial básico de ser mulher, aumentando ainda mais a sua fragilidade interna, o que a levou a um aumento da ocorrência das crises de pânico.</p>
<p>Mecanismos de defesa preponderantes</p>	<p>- Começou a trabalhar muito cedo</p>	<p>- Houve uma repressão das necessidades básicas, dos desejos, dos afetos pertinentes à sua idade. Nesse momento, J. teve que assumir características incompatíveis com seu momento psicológico. Ela não tinha alguém que a protegesse; ela é quem precisou proteger os outros - as crianças das quais cuidava. Desenvolveu, então, um falso-self para ser aceita e para ter um lugar - o lugar de "cuidadora".</p>
<p>O outro nos momentos das crises de pânico</p>	<p>- Sente vergonha de seu problema, preferindo esconder as manifestações de pânico das pessoas conhecidas.</p>	<p>- Isso pode ser relacionado à exposição de sua fragilidade. Ela esconde as suas necessidades do outro assim como as escondeu em diversos momentos em sua vida (como por exemplo quando teve que começar a trabalhar aos 9 anos de idade). O seu problema traz essa necessidade à tona. É como se a criança frágil e desamparada que existe em seu interior emergisse para pedir ajuda. Sente vergonha porque sua necessidade interior é incompatível com o falso-self que desenvolveu.</p>

Análise da entrevista – caso 2 Luciana

	Dados relevantes da entrevista	Análise dos dados
Manifestações físicas	- Taquicardia, palidez, tremores, sudorese, falta de ar, sensação de desmaio, diarreia.	- <i>Tais sintomas simbolizam aquilo que ocorre no interior de L.: ela parece não ter o domínio de si-mesma, do seu mundo interno, daquilo que pode vir a acontecer.</i>
Manifestações psíquicas	- Inicialmente: medo de ficar sozinha, se escondia embaixo das cobertas quando seu marido não estava em casa devido ao medo de que algum ladrão entrasse em sua residência. - Posteriormente: medo de sair para lugares distantes de sua casa, sensação de início de enfarto, de morte.	- <i>O outro, neste caso o marido, transmite uma segurança que L. não encontra quando está só.</i> - <i>Constatação do sentimento interior de incapacidade ante determinadas situações.</i>
Limitações atuais	- Só sai sozinha se for para lugares próximos de sua residência. Só vai à lugares distantes de sua casa se estiver acompanhada. - Deixou de trabalhar fora e de viajar para lugares distantes pois tem medo de passar mal.	- <i>Sente-se mais segura com a presença do outro. O outro transmite segurança e proteção que L. não encontra internamente.</i> - <i>Apresenta apreensão de que algo grave vai tornar a acontecer. Há um sentimento constante de impotência e descontrole.</i>
Relações primárias Figura materna	- Mencionou ter bom relacionamento com a mãe, porém relata que esta "não tinha boca para nada, pode falar o que quiser que ela não fala nada".	- <i>Possível ausência afetiva por parte de sua mãe. Refere-a à mãe como uma pessoa omissa, que não se expressa.</i>
Figura paterna	- Mencionou ter bom contato com o pai, porém diz que ele sempre foi uma pessoa fechada e agressiva. - Seus pais não a protegiam da agressão física que sofria da tia, na infância.	- <i>Possível vivência de um relacionamento distanciado com ele devido à sua frieza e agressividade.</i> - <i>Ausência afetiva por parte das figuras parentais. Os primeiros vínculos de L. parecem não terem sido vivenciados como algo confiável. L. estava à mercê da desproteção, não tinha a quem recorrer, pois as figuras de proteção, seus pais, se omitiam nos momentos difíceis. O vínculo com as figuras parentais, que deveria ser algo consistente, a deixava à mercê da desproteção e da agressão da tia.</i>
Relacionamento com o companheiro	- Atualmente, tem um relacionamento estável com seu marido, porém sofreu muito com suas traições.	- <i>Mais uma vez, L. forma um vínculo não consistente e pouco confiável em sua vida.</i>
Relacionamento com outros familiares	- Sofreu muito com a agressão da tia, que agia dessa forma sem ter motivo aparente. - Bom relacionamento com seus irmãos e bom relacionamento com a filha.	- <i>Tal experiência deixou marcas profundas em L. até hoje, já que ela menciona ter ódio da tia.</i> - <i>A tia é a representação de sua não condição de dominar a violência, o ataque, o que está presente também no transtorno do pânico.</i> - <i>Demonstra capacidade de manter vínculos estáveis com os demais.</i>
Amizades e Relações sociais	- Bom contato com seus vizinhos. - Dificuldades com as amigas na adolescência. Não tinha amigos e sofreu muito com a chacota das pessoas de sua cidade.	- <i>Capacidade de estabelecer vínculos estáveis.</i> - <i>Tal fato deixou marcas profundas em L. e contribuiu para que ela se sentisse ainda mais fragilizada. Isto implicou o desejo de sair de sua cidade assim que tivesse condições, como se isso a fizesse se sentir mais fortalecida, longe das agressões que estava sofrendo mais uma vez em sua vida.</i>
Relacionamentos amorosos	- Contato conflitivo com o sexo oposto. Primeiro com os rapazes de sua cidade, na adolescência. Não namorou nenhum rapaz de sua cidade nessa época: "Algum homem de lá queria saber de mim?". - Em São Paulo, conheceu seu marido e logo no início de seu casamento, começou a saber das traições dele. Estava grávida nessa época.	- <i>É como se ela sentisse que carregasse algo desprezível dentro dela e, portanto, se sentisse não merecedora dos olhares dos homens de sua cidade.</i> - <i>Estabeleceu-se, novamente, um vínculo fragilizado, não baseado em confiança e em segurança no outro.</i>

<p>Auto-imagem e visão que acha que o outro tem sobre si</p>	<p>- Autodefine-se como uma pessoa muito insegura, com muitas preocupações acerca do futuro.</p> <p>- Acredita que os outros a vejam como uma pessoa dramática e exagerada.</p>	<p>- <i>É uma pessoa que vive um medo e ansiedade constantes em sua vida: tem medo de ficar doente, de que aconteça algo muito grave, tem medo de comer muitos alimentos com medo de passar mal, etc. Tem medo de que ocorra algo grave, apresentando sentimento de impotência frente às situações.</i></p> <p>- <i>Sente-se incompreendida pelo outro. O outro parece ser visto como alguém incapaz de compreendê-la e protegê-la.</i></p>
<p>Perdas</p>	<p>- A agressão que sofria da tia parece ter prejudicado a vivência plena de sua infância.</p> <p>- A fase da adolescência complicada: sofria agressões por parte dos jovens de sua cidade, não podendo desfrutar de sua juventude e das primeiras experiências dessa fase.</p> <p>- Crise nervosa quando soube que seu pai estava mal. Foi a partir de então que seus medos começaram, inclusive o de tirar a pressão, que traz consigo até hoje.</p> <p>- Após a morte de um de seus irmãos, L. relatou que seus medos se intensificaram.</p>	<p>- <i>Agressão que sofria da tia parece não ter deixado L. desfrutar de sua infância. A atitude de descaso por parte de seus pais não permitiu que ela se isentasse de tal sofrimento. Sua infância parece ter sido repleta de medo e apreensão: medo da agressão física da tia e mesmo medo da agressão física do pai que também era agressivo.</i></p> <p>- <i>Sentia-se ainda mais frágil e impotente. Não conseguiu desfrutar de vínculos positivos com os jovens de sua cidade.</i></p> <p>- <i>Estes fatos revelam a precariedade de seus vínculos afetivos com o outro, o que pode ter contribuído para a fragilização de seu ego e para o aparecimento das crises de medo e angústia.</i></p> <p>- <i>Mesmo devido à precariedade dos vínculos afetivos com seus pais, L. menciona o sofrimento que foi quando soube que seu pai estava em vias de falecer. Esse vínculo, apesar de precário, tinha um papel importante para L., era algo necessário para a vinculação dela com ela mesma. Esta ligação de L. com o seu interior tornou-se mais fragilizada quando o pai morreu e, daí, emergiu o medo.</i></p> <p>- <i>O transtorno aparece alguns anos após a morte do seu irmão e do seu pai. O rompimento de seus vínculos afetivos, por mais tênues que fossem, aumentaram ainda mais a fragilidade interna de L. e sua suscetibilidade as crises de pânico.</i></p>
<p>Mecanismo de defesa preponderantes</p>	<p>- Sofreu muita violência durante sua vida: a agressão da tia, o descaso dos pais, a agressão por parte dos jovens de sua cidade de origem, as traições do marido.</p>	<p>- <i>Repressão de suas necessidades, dos seus desejos, dos seus sentimentos em vários momentos de sua vida.</i></p>
<p>O outro nos momentos das crises de pânico</p>	<p>- Tem crises em lugares nos quais é freqüente o grande número de pessoas (metrô, trem, ônibus) e, quando elas acontecem, procura descer no próximo ponto e se afastar das pessoas desconhecidas. Relatou ter vergonha devido às crises que tem.</p> <p>- Sente necessidade de recorrer à pessoas conhecidas nestes momentos.</p> <p>- Quando tem as crises, conversa com o marido ou com a filha, chegando a ligar para a mãe que mora no interior.</p>	<p>- <i>O sentimento de vergonha pode se referir ao receio de expor sua fragilidade às outras pessoas e não poder ser compreendida por elas ("Vão pensar: que mulher doida").</i></p> <p>- <i>L. se sente mais tranqüila na presença de tais pessoas pois estas supostamente compreendem melhor o que se passa com ela e, portanto, não fariam um julgamento a seu respeito. A necessidade da presença do outro conhecido e de compreensão também são importantes para ela, na medida em que este outro parece transmitir-lhe a segurança que L. não encontra internamente.</i></p> <p>- <i>O outro, conhecido de L., representa um apoio e quando sua falta se faz presente, L. procura alguém que possa substituí-lo (liga para o CVV). Busca socorro no outro. Tem a necessidade de buscá-lo para se sentir melhor, para que diminua o estado de ansiedade e medo que vivencia.</i></p>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através dos dados obtidos nas entrevistas, podemos constatar que a questão dos vínculos afetivos é uma questão relevante na dinâmica psíquica das duas participantes desta pesquisa.

Os principais vínculos afetivos constituídos durante as vidas das entrevistadas parecem ter sido vivenciados como tênues, frágeis. No caso de Joana, parecia haver um distanciamento emocional por parte de sua mãe e, no caso de Luciana, no descaso de seus pais ante a violência que sofria da tia. Os vínculos afetivos iniciais não puderam ser percebidos como confiáveis e capazes de transmitir-lhes um sentimento de apoio e segurança. Tal dado vai ao encontro dos resultados obtidos por Gloger *et alii* (1994) em seu estudo, no qual pacientes com Transtorno do Pânico apresentavam uma maior incidência de percepção de distanciamento emocional por parte de seus pais.

Winnicott (1990) comenta que o enfraquecimento desses vínculos afetivos iniciais pode contribuir para a formação de um ego frágil e mais suscetível às agressões que vêm do ambiente. O desenvolvimento adequado do *self* parece não ter ocorrido com Joana, já que teve que começar a trabalhar muito cedo, pois não tinha quem cuidasse dela; ela é que tinha que cuidar dos outros. Isso provocou um distanciamento de Joana com relação ao seu *self* verdadeiro, já que, na época, ainda era uma criança e precisou, para ser aceita pelos pais, desenvolver uma característica (a de “cuidadora”) que era incompatível com o momento psíquico pelo qual estava passando.

Cabe à mãe fornecer as condições necessárias para o pleno desenvolvimento do ego do seu filho, e, nos casos das pacientes entrevistadas, parece ter havido uma falha quanto a esse papel materno. As pacientes precisaram, elas próprias, desenvolver recursos para lidar com problemas pelos quais passavam. O ego materno parece não ter conseguido proporcionar a proteção e o fortalecimento egóico necessário para Joana e para Luciana. Esse dado vai ao encontro do resultado obtido por Echávarri *et alii* (1994) em seu estudo que referente à presença de relações alteradas com o outro.

Essa falta de cuidados básicos necessários, provavelmente, contribuiu para a estruturação de um ego indefeso que, após passar por outras experiências vividas como negativas, acabou por sucumbir à experiência do medo. Esse medo, de acordo com Trinca (1997), está ligado à fragilização de si, à descrença na existência de forças de enfrentamento e à falha de contato com o centro de estabilização interna, daí emergindo o Transtorno do Pânico. A falta de cuidados básicos contribuiu também para o precário desenvolvimento de uma autoconfiança básica, já que ambas se acham não merecedoras de algo na vida: no caso de Luciana, dos olhares dos homens de sua cidade e, no caso de Joana, de se casar com um homem mais rico que ela.

Apresentam sentimentos internos de insegurança e incapacidade ante determinadas situações, passando a evitá-las. Essa falta de confiança faz ambas abdicarem de fatos em sua vida: Joana abdica de seu primeiro grande amor, de seu afeto, e Luciana, da cidade onde nasceu. Podemos notar que, em ambas, está presente desde muito cedo a repressão dos sentimentos, do afeto, dos desejos, o que vem à tona com o transtorno que desenvolveram. As crises de pânico trazem essas questões: o vínculo consistente com o outro torna-se importante para a realização dessas necessidades que foram sendo reprimidas ao longo da vida.

Ambas mencionaram sentir vergonha quanto ao seu transtorno, o que pode ser compreendido como um sentimento que se dá porque suas necessidades interiores não são compatíveis com a imagem que passam para as outras pessoas, são incompatíveis com o falso-*self* que desenvolveram. Apresentam uma fragilidade interna muito grande, que se torna explícita nos momentos das crises de pânico. O medo de ter novas crises pode ser compreendido como o medo do colapso definido por Winnicott (1952). Elas sentem medo de algo que já foi experienciado por elas, situações de abandono e aflição. Prevalece a impressão que se trata de algo que irá acontecer novamente em suas vidas.

Luciana e Joana desenvolveram uma personalidade fóbica, que se desenvolveu através de rupturas que se deram no seu centro de sustentação interna, no *self*, devido às experiências de falta de cuidados básicos durante o desenvolvimento. Isso dificultou a formação de um continente interno nas pacientes e a formação de uma matriz de confiança básica em

seu interior. Em conseqüência, essa falta de continência interna, a desestruturação que há, internamente, vêm à tona nos momentos das crises de pânico.

O fato de as pacientes terem dificuldade de controlarem os sintomas que vivenciam revela a dificuldade que têm para lidar com a violência de seus próprios conteúdos internos, de seus próprios sentimentos. Isso tem a ver com a fragilidade que existe em seu *self*, em seu interior.

Outro ponto é a necessidade da presença do outro para se sentirem mais fortalecidas e amparadas, e para a realização de algumas atividades. Sendo assim, o vínculo com o outro exerce um papel de grande importância. Ele é utilizado como fonte de apoio e suporte, como uma representação que vai lhes oferecer a força que não encontram internamente. Isso pode ser compreendido através da teoria proposta por Trinca (1997), de que a função desse outro é substituir o centro de sustentação interna da pessoa que se encontra enfraquecido.

Ambas apresentam capacidade de vinculação afetiva consistente com o outro, porém apresentam dificuldades com relação à questões vinculares ligadas ao social. É comum, também, nas duas pacientes, o fato de desenvolverem ou de apresentarem os sintomas do transtorno do pânico com uma maior freqüência após perdas, principalmente de pessoas próximas. Podemos pensar que, nessas situações de perda, rompem-se vínculos considerados importantes para as pacientes. Tais vínculos parecem manter a ligação delas com elas mesmas. Quando um outro próximo morre, o vínculo é rompido e a pessoa também se sente mais fragilizada internamente, já que o vínculo dessa pessoa consigo é abalado. Há uma relação em que o apoio na outra pessoa preponderava. As perdas fragilizam ainda mais o ego, que se torna mais vulnerável aos ataques de medo e angústia, e daí, então, aparece a necessidade de contato, de vinculação com uma outra pessoa, que é vista como tábua de salvação para a condição de desamparo na qual se encontram. Isso pode ser exemplificado na situação relatada por Joana, na qual ela teve uma crise de pânico quando saiu para comprar alho e não encontrou a vendedora: o rompimento do vínculo entre Joana e a vendedora de alho levou-a ao desamparo, fazendo-a procurar alguma outra pessoa que viesse substituir o lugar da pessoa faltante, no caso, o rapaz que vendia limão.

Dessa forma, apesar de esse trabalho não permitir generalizações, ele aponta para a idéia de que pacientes com transtorno do pânico apresentam um ego fragilizado, que teve sua origem na falha de experiências de cuidados iniciais básicos. As pacientes experienciaram os vínculos afetivos iniciais como insatisfatórios, incapazes de fornecer-lhes o apoio e suporte necessários para o desenvolvimento de um ego fortalecido, capaz de enfrentar melhor as situações de frustrações e dificuldades vindas do exterior. Desse modo, esse ego fragilizado tornou-se mais sensível às perturbações do ambiente e sucumbiu mais facilmente aos medos e ao pânico. A necessidade de uma proximidade com o outro revela a importância da constituição de vínculos afetivos consistentes como tentativa de reconstituição da confiança básica, da ligação da pessoa com o seu centro de sustentação interna, com o seu *self*, que se encontra prejudicada.

Através da realização deste trabalho, acreditamos que é de grande importância outros estudos sobre a questão dos vínculos afetivos de pacientes com Transtorno do Pânico para a constatação de mais dados relevantes a respeito do assunto. Pensamos também que pesquisas com pessoas que não apresentam mais o problema ou que o mantêm controlado por um período considerável de tempo sem o uso de medicação possam fornecer dados interessantes. Acreditamos que a pesquisa das vivências dos vínculos afetivos atuais considerados como consistentes para essas pessoas é uma questão importante a ser pesquisada, pois pensamos na hipótese de que é através desses vínculos que a pessoa adquire uma maior confiança interior, já que seu ego, através da ligação afetiva consistente com o outro, consegue se fortalecer, tornando-se, então, mais capaz de suportar as dificuldades e tensões que vêm do mundo exterior, não sucumbindo mais aos constantes ataques de pânico.

REFERÊNCIAS

- BRUN, D. (1996). *A criança dada por morta: riscos psíquicos da cura*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- GIOVACCHINI, P. (1994). Neurose infantil e as fases iniciais do desenvolvimento. *Arquivos Psiquiatria, Psicoterapia e Psicanálise*, 1 (1), 9-17.

- HEIMANN, P. e ISAACS, S. (1982). "Regressão". In: KLEIN, M.; HEIMANN, P.; ISAACS, S. e RIVIERE, J. *Os progressos da psicanálise*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- KNOBLOCH, F. (2002). *Patoplastias do contemporâneo: clínica do corpo em sofrimento*. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica. São Paulo: PUC.
- McDOUGALL, J. (1991). *Teatros do corpo*. São Paulo: Martins Fontes.
- VOLICH, M.; FERRAZ, F. C. e ARANTES, M. A. A. C. (1998). *Psicossoma II: psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- WINNICOTT, D. W. (1952). "Ansiedade associada à insegurança". In: *Texto selecionados: da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1998.
- _____(1980). *A família e o desenvolvimento do indivíduo*. Belo Horizonte: Interlivros.
- _____(1990). *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- _____(1994). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- _____(1999). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes.

Recebido em 25/11/2005; Aprovado em 20/12/2005