



Centro Universitário de Brasília
Instituto CEUB de Pesquisa e Desenvolvimento - ICPD

CRISTINA MARIA SOARES

**TRANSTORNO DO PÂNICO: FRAGMENTO DE UMA EXPERIÊNCIA
CLÍNICA E ARTICULAÇÕES COM WINNICOTT**

Brasília
2022

CRISTINA MARIA SOARES

**TRANSTORNO DO PÂNICO: FRAGMENTO DE UMA EXPERIÊNCIA
CLÍNICA E ARTICULAÇÕES COM WINNICOTT**

Trabalho apresentado ao Centro Universitário de Brasília (UniCEUB/ICPD) como pré-requisito para obtenção de Certificado de Conclusão de Curso de Pós-graduação *Lato Sensu* em Teoria Psicanalítica.

Orientadora: Profa. Dra. Livia Milhomem Januário.

Brasília

2022

CRISTINA MARIA SOARES

**TRANSTORNO DO PÂNICO: FRAGMENTO DE UMA EXPERIÊNCIA
CLÍNICA E ARTICULAÇÕES COM WINNICOTT**

Trabalho apresentado ao Centro
Universitário de Brasília (UniCEUB/ICPD)
como pré-requisito para a obtenção de
Certificado de Conclusão de Curso de Pós-
graduação *Lato Sensu* em Teoria
Psicanalítica.

Orientador: Profa. Dra. Livia
Milhomem Januário

Brasília, 15 de março de 2022.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Tânia Cristina Alves de Siqueira

Prof. Dr. Marcos Chedid Abel

Para minha querida amiga e Irmã Sandra (Neném) que sempre me deu força e coragem para continuar esse trabalho, através das nossas conversas, dos seus constantes elogios e palavras encorajadoras, e que infelizmente faleceu durante esse trajeto. Viver o luto de sua perda durante esse caminho só foi possível porque a todo momento lembrava de suas palavras... “você vai conseguir, você é capaz, não vai desistir agora” ... Eu não desisti, consegui minha irmã! Obrigada!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, primeiramente, que me deu força para concluir mais uma etapa de minha vida. A minha família, eterna gratidão. Aos meus queridos pais, que muito lutaram para que estudasse. A minha mãe que tanto me ajudou nas lições de casa e contribuiu para eu ser como sou, com seu amor e a proteção incondicional.

A minha irmã mais velha onde através da sua imensa cultura me transmitiu desde cedo os conhecimentos que me trouxeram inspiração e a certeza de escolha dos caminhos que escolhi seguir.

Agradeço em especial a minha sobrinha Tatiana que sempre esteve ao meu lado, ao Lucas meu querido filho e companheiro, que nunca duvidou de mim e sempre foi a escuta constante nos momentos mais difíceis.

Aos mestres que sempre foram e serão a inspiração para me tornar a profissional que tenho almejado ser. A Instituição de Ensino Superior - Uniceub através do curso de Pós-graduação *Lato Sensu* em Teoria Psicanalítica por ter me oferecido um ambiente criativo, amigável.

A professora Dra. Livia Milhomem Januário, pelo incentivo, carinho e organização na condução da orientação desse TCC que me trouxeram calma e confiança. E ao professor Dr. Marcos Chedid Abel pelo apoio e por sempre procurar ajudar, a professora Tânia Cristina pela simpatia e precisão nas respostas aos meus questionamentos.

Aos colegas de jornada, Hingreed e Carlos, obrigada pela amizade que se consolidou nos momentos em que através das dúvidas, inseguranças, erros e acertos compartilhados, passamos a construir nossas buscas individuais.

Agradeço ao meu analista, Joelmar a escuta atenta, os momentos de acolhimento que através das supervisões me ofereceu a possibilidade de viver a psicanálise através da prática profissional.

Aos meus pacientes. Em especial, a aquele que me proporcionou conhecimento através do estudo de seu caso clínico, que me ajudou a crescer muitas vezes junto com ele.

“Entendi que a vida não tece apenas uma teia de perdas, mas nos proporciona uma sucessão de ganhos. O equilíbrio da balança depende muito do que soubermos e quisermos enxergar”. (Lya Luft em Perdas e Ganhos)

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo discutir o transtorno de pânico a partir de um caso clínico de uma paciente adolescente, tomando como base as contribuições de Winnicott. Onde coube problematizar, como a teoria winnicottiana pode contribuir para a compreensão do transtorno do pânico. Para tanto, contextualizou-se o transtorno do pânico nos manuais de psiquiatria e na psicanálise. Também se discutiu os conceitos winnicottianos mais significativos para abordagem do tema como o medo do colapso. Ainda foi realizado as articulações do tema com a clínica, trazendo um caso de uma paciente adolescente. No tocante aos desafios no tratamento psicanalítico salienta-se a metáfora da mãe suficientemente boa, a representação do ambiente falho na relação terapeuta e paciente, a importância de um *setting* transferencial em que está sendo feito um trabalho junto ao manejo de um *setting* virtual que foi experienciado no atendimento *online*. Por fim, o conhecimento da técnica psicanalítica propiciara uma nova oportunidade de vivenciar o que foi interrompido, inconscientemente, tendo o analista enquanto ambiente.

Palavras-chave: Winnicott. Transtorno do Pânico. Medo do Colapso.

ABSTRACT

This work aims to contest panic disorder from a clinical case of a patient, based on Winnicott's contributions. Where it was possible to problematize, how the Winnicottian theory can contribute to the understanding of panic disorder. For that, panic disorder was contextualized and in psychiatric manuals. Winnicottian concepts are also discussed to approach the theme, such as the fear of withdrawal. It was still carried out as a teenager of the theme with the clinic, presenting a case of a patient. Regarding the challenges in psychoanalytic treatment, the metaphor of the good enough mother, the representation of the flawed environment in the therapist and patient relationship, the importance of a transference scenario in which work is being done together with the management of a virtual scenario that was experienced in online service. Finally, the technical knowledge of the psyche will provide a new opportunity, the knowledge of experience, in an environment.

Keywords: Winnicott. Panic Disorder. Fear of Collapse.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 REFLETINDO SOBRE O PÂNICO.....	15
1.1 A definição do Pânico nos manuais de psiquiatria	15
1.2 O Conceito de “Neurose de Angústia na Teoria Freudiana”	17
1.3 Pânico e Desamparo.....	19
2. AS CONTRIBUIÇÕES DE WINNICOTT.....	22
2.1 O processo de desenvolvimento emocional	22
2.2 O Medo do colapso	26
3. O CASO CLÍNICO DE M	32
3.1: Uma breve contextualização do caso	32
3.2. As sessões com M.....	33
3.3: Articulações Finais: Reflexões e Desafios	34
CONCLUSÃO	39
REFERÊNCIAS	41

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem como objetivo discutir sobre o pânico a partir de um caso clínico de uma paciente adolescente atendida por mim, tomando como base as contribuições de Winnicott.

Winnicott é um autor que expõe a importância do ambiente no processo de constituição do sujeito. No caso dos adolescentes, Winnicott declara que o adolescente é dependente da proteção dos pais e da família, para tanto ele argumenta que deve haver “interesse”, entendemos que ele pretende dizer, atenção, empenho, por parte destes, em proporcionar, amparo, dentre outros cuidados; que se revelam tão importantes que são responsáveis pela continuidade do existir do adolescente. Além do mais, aponta que é certo que tanto o menino quanto a menina, chegam na fase de puberdade em posse dos padrões da infância já inscritos de antemão. Seriam experiências predeterminadas, onde muitas coisas; ou são guardadas no inconsciente ou se quer ainda não foram experienciadas, por não ter sido conhecido. Neste cenário, toda a dificuldade enfrentada requer muitas vezes a demanda de uma intervenção profissional diante dos contratemplos que se assomam a um ambiente inapropriado. (WINNICOTT ,1965a/1997, p.117)

Diante das dificuldades encontradas pelo adolescente, e o que seria o normal e o patológico nessa fase, Winnicott (1965a/1997), faz um paralelo entre o adolescente normal e os tipos de distúrbios mentais, segundo os padrões encontrados nas vivenciadas crises da adolescência. Este autor deixa explícito a normalidade para ele destes “distúrbios” nesta fase, cita alguns deles como, “[...] a não aceitação de meios-termos como em um paciente psicótico, depressão psicótica acompanhada de despersonalização”. (idem,1965a/1997, p. 124).

Rassial (2002), em um contexto mais atual, nos explica em relação ao diagnóstico de personalidade-limite argumenta que acabaremos descrevendo um adolescente absolutamente normal com:

[...] tendência a isolar-se em alguns momentos, manifestações de conformismo e de originalidade ao mesmo tempo, crises de cólera não justificadas, momentos de angústia ou de depressão e outros elementos que se alternam. [...] É simplesmente quando a persistência dos sinais, deslocados para o adulto, que podemos então diagnosticar, segundo o DSM, o estado-limite. (apud, PEREIRA, 2002. p.145).

Winnicott (1965a), no entanto afirma a propensão de encontrarmos grupos de adolescentes mais perturbados, destaca que devemos aguardar “a ocorrência de fenômenos que poderíamos chamar de *calmarias da adolescência*. A sociedade deve encarar esse fenômeno como um dado permanente e tolerá-lo”. (p.124, grifo do autor)

Já nos primeiros escritos, nas chamadas publicações pré-psicanalíticas Freud (1888/1996), através do embasamento teórico da histeria, aponta o início dessa sintomatologia na entrada da puberdade, onde “a juventude, dos quinze anos em diante, é o período no qual a neurose histérica, na maioria das vezes, se mostra ativa em pessoas do sexo feminino” (p. 89). No entanto, Freud, não apresentou nenhuma designação teórica específica para o estudo dessa fase vital e muito menos fez uso da palavra “Adolescência”.

Segundo Outeiral (2012, p. 93-94), a própria palavra adolescência, “não existia no idioma alemão de seu tempo, [...] ele se referia a essa etapa como juventude (*jugden*) ou puberdade (*pubertad*)”.

Apesar disso, a contribuição de Freud para essa etapa foram se desenvolvendo mediante seus estudos e abrangendo vários aspectos importantes. Dentre seus estudos para essa fase vital, Outeiral, esclarece que são, o “[...] desenvolvimento, masturbação, escolha de objeto, homossexualidade, fantasias da puberdade, surgimento de neuroses, rituais, sonhos [...]”. (OUTEIRAL ,2012, p.94)

Entender um sintoma através de um grupo classificatório como encontramos no DSM-5, causa um grande impasse visto que podemos enquadrar o paciente em um grupo e deixá-lo refém de um diagnóstico. Segundo Miller (1999) “[...] a psicanálise sabe que este tipo de classificação é um artifício, um *semblant*. Uma classe não consegue abranger um sujeito em sua singularidade única pois está sempre escapa”, (apud, CAMARGO; SANTOS,2012).

É através dessa singularidade, que a psicanálise se predispõe e procura seguir um pouco além de um diagnóstico, tal qual Tschirner (2001, n.p.) de acordo com seu entendimento, pontua, o porquê que o Transtorno de Pânico, objeto de estudo, “[...] remete-nos a condição de um diagnóstico; porque esse se refere e restringe o pânico a ocorrência de ataques [...] do ponto de vista psicodinâmico são analisados sobre outras perspectivas”. Desse modo essa autora ainda acrescenta que, “[...] a Psicanálise como método de conhecimento e referencial teórico não se baseia em aspectos manifestos, nem em diagnóstico fechado e formal, mas em funcionamento psíquico para a compreensão de fenômenos psicodinâmicos”. (TSCHIRNER ,2001, p.44)

Freud (1933) considera o transtorno de Pânico no que se refere a sua teoria como base, o conceito de “Neurose de Angústia”, que tem como origem uma situação traumática, seguida de uma situação de perigo, onde o desamparo vem como referência principal, como na situação de angústia original na infância, quando da separação da mãe no nascimento, e reação ao perigo quando uma circunstância semelhante se repete. Segundo Quinodoz (1993) “O perigo consiste em grande parte na perda do objeto. A angústia evolui de acordo com o desenvolvimento do indivíduo [...] ela terá sempre o traço de uma angústia de separação”. (apud MINERBO, 2017, p. 41).

Winnicott não relata especificamente em sua obra o Transtorno de Pânico, ou tem como um conceito focal a “Neurose de Angústia” como Freud, ele menciona o desamparo que será experienciado pela criança quando há uma falha na relação mãe/bebê. Porém sugere uma diferenciação existente entre a angústia e o que é sentido pela criança nos primeiros momentos de vida, alega que para tanto "o indivíduo deve ter alcançado certo grau de maturidade e a capacidade para a repressão antes que o termo "ansiedade" possa ser adequadamente empregado". (WINNICOTT ,1949a/2000, p.262)

Este autor ainda aponta sensações angustiantes sentidas como aniquilamento causados pela falha ambiental que será um obstáculo para o desenvolvimento saudável. Contudo, em seu texto “O Medo do Colapso”, este autor enuncia que seria a desintegração, e que como desenlace, é através de uma relação saudável mãe/bebê que se escapa desse colapso, este, porém se torna impossibilitado de ser simbolizado deixando traços. (WINNICOTT, 1963a/1994). No entanto, todo esse quadro será percebido de forma sensorial, ou seja, sentido no corpo.

Ao nos reportar ao caso da paciente por estar nessa etapa em especial da adolescência, compreendesse que essa fase, é acompanhada por eventualidades que se tornam marcantes e são causadoras de sofrimento ao longo da sua constituição, onde existem perdas relativas a mudanças físicas, e ao lugar que ocupará a partir de agora, diante da família.

Entretanto diante todo esse quadro constata-se que essa fase apresenta uma íntima relação não só com perdas, mas, também, a angústias que a ela se agregam como, desamparo e isolamento, o que me nos leva a questionar a respeito do que já é vivenciado de forma peculiar na fase da adolescência, segundo inúmeras definições a respeito desse tema, e a relação que teria com respeito ao Pânico na clínica,

concernente ao fragmento de estudo de caso apresentado. Quanto a isso, percebesse que há algo que é vivenciado junto ao pânico que é uma fala persistente que move para o medo, medo de desagradar na possibilidade de perder o amor e obter crédito dos familiares e amigos, medo de ser traída por pessoas que ama, a exigência consigo mesma de sempre estar em primeiro lugar, levando a querer destacar a posição que ocupa diante de amigos, familiares, e estudos, pois a possibilidade de perder o amor das pessoas próximas são fomentadores dos seus medos.

Em complemento a isso, Pereira (1999) aborda o pânico, 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). (*apud*, DIB, 2006, p.29).

Segundo Tschirner:

Durante o período de eclosão e recorrência dos ataques de pânico, as ansiedades presentes seriam distintas da neurótica, pois seriam revivência das “agonias” relativas à organização do EU (self) e não do ego. Sendo assim, estas seriam irrepresentáveis e indescritíveis; não compreensíveis nem dimensionadas pela condição reacional e intelectual; e sentidas novamente como invasivas e traumáticas. Podemos compreender esta irrepresentatividade na maneira como os pacientes com pânico buscam motivos para a “causa” do pânico, e como eles os encontram, transferencialmente no processo psicoterápico. (2001c, p.256)

De acordo com esse entendimento o pânico tem como particularidade a tentativa de elaboração psíquica, de organização perante a desintegração já experienciada no início da vida mediante ao desamparo.

Em face ao exposto, a pergunta dessa pesquisa é: *Como a teoria winnicottiana pode contribuir para a compreensão do transtorno do pânico?*

A partir da questão de pesquisa citada, o objetivo geral do presente trabalho, é compreender através de um estudo teórico e clínico o transtorno do pânico, tendo como base os pressupostos de Winnicott.

Diretamente ligados ao objetivo geral, o primeiro objetivo específico é contextualizar o transtorno do pânico nos manuais de psiquiatria e na psicanálise. O segundo objetivo específico é investigar a contribuição da teoria winnicottiana para a compreensão do Transtorno do Pânico.

Para alcançar esses objetivos, a metodologia utilizada será uma pesquisa clínico-qualitativa, aliada a uma revisão bibliográfica, esta última relacionada a questões teóricas que irão permear todo o estudo em argumentação e serão alusivas a aspectos observados no atendimento clínico, onde a estratégia utilizada será o estudo de

caso. Colocaremos também em perspectiva trabalhos, livros, e artigos, principalmente amparados na obra de Winnicott

É, por meio, de todas essas considerações, mediante ao estudo de caso que procuramos compreender todo esse enredo, esse desenrolar entre o transtorno do pânico, queixa da paciente e as angústias suscitadas, junto aos sintomas implicados; em todo esse contexto trazendo consigo situações de vulnerabilidade, vergonha, medo, naquele que o enfrenta.

Neste sentido, Rocha (2000) já [...] “sinalizava, assim, uma nova vertente de abordagens [...] os sintomas em vez de curados e apenas eliminados, continham importantes significados a serem abordados”. (apud Minerbo, 2017, p.28).

Conhecer vários significados desse básico afeto humano que é a angústia, de acordo com a narrativa acima, se atualiza e se justifica, em vários sentidos, por ter uma relação com desenvolvimento emocional, e como consequência o processo de amadurecimento saudável, colocando em evidência a importância dos vínculos afetivos nesse processo, onde o fracassado, origina vários distúrbios que serão levados para a vida adulta, tornando a pesquisa de suma importância. Além disso, no contexto atual, os sintomas podem chegar a ser potencializados principalmente no enredo em que nos encontramos, no da pandemia, onde um ambiente que desde o início da vida da criança já necessitava ser ajustado, e que de certa forma foi imposto a sua permanência, seria o ficar mais tempo juntos.

Por isso a relevância dessa pesquisa que não só poderá ser útil aos pais, no manejo com seus filhos diante o enfrentamento de novas situações que trazem incertezas e apreensões, levando a todos uma maior compreensão com retornos positivos através de reflexões úteis.

O presente trabalho foi então estruturado em três capítulos, além da introdução e da conclusão.

No primeiro capítulo, realizamos a definição, conforme descrita nos manuais de psiquiatria do “Transtorno do Pânico” ou “Síndrome do Pânico”. Optamos por não tratar o transtorno do Pânico como apenas uma categoria nosográfica como descrito na psiquiatria, mas procuramos trazer também visão da psicanálise sobre o pânico. Assim, passamos ao estudo da neurose de angústia através de uma ordem cronológica, destacamos a correspondência entre Fliess e Freud em o Manuscrito “E” (1892 e 1897) no primeiro período e no segundo período a sistematização da teoria psicanalítica (1900-1920) e os últimos escritos de Freud (1926) no seu livro Inibições,

Sintoma e Angústia. Ainda abordamos o desamparo e o Pânico como significância do medo, como um sinal de perigo diante a perda do objeto, causador da angústia.

No segundo capítulo, abordamos as contribuições de Winnicott, seguindo o caminho que leva em conta os referenciais teóricos a partir da clínica, trazendo como ponto inicial, o processo do desenvolvimento emocional junto as primeiras relações materno-infantis. Explicamos os conceitos mais significativos para abordagem do tema como o medo do colapso (*breakdown*), o medo de morrer ou o medo da loucura, o medo do vazio, o colapso das defesas do ego, junto ao que poderá ser vivenciado pela criança, como “agonias impensáveis”.

Ainda no segundo capítulo abordamos os conceitos básicos que Winnicott propôs do soma, psique e mente, importante para compreensão da trajetória a existência psicossomática, a procura de sentidos pelo bebê na dependência absoluta, onde a falha do ambiente da origem a sentimentos como angustias impensáveis devido a necessidade da criança a reagir ao que foi vivenciado como intrusões.

No terceiro capítulo foi descrito uma breve contextualização do caso M. (nome fictício utilizado em referência ao paciente) que deu origem a temática abordada, junto a articulação com a teoria winnicottiana, seguido dos desafios e reflexões que foram suscitados. Todo o capítulo cuidou de exprimir a importância do ambiente, atribuindo maior relevância a falha ambiental, não só como responsável pelo desenvolvimento de maneira adoecida tornando-a nociva, portanto, provocando organizações defensivas, mas também no que diz respeito a clínica, através do que se tornou próximo a uma revivência do ambiente imperfeito a partir da experiência e compreensão do *setting* terapêutico virtual. Tudo isso durante atendimento online e o analista enquanto ambiente, por meio da transferência e contratransferência que trouxeram discriminação e sustentação do caso.

Tendo concluído a introdução do trabalho, passamos agora para o primeiro capítulo, abordaremos sobre as definições dessa síndrome estabelecidas nos manuais de psiquiatria.

1 REFLETINDO SOBRE O PÂNICO

1.1 A definição do Pânico nos manuais de psiquiatria

A primeira classificação nosográfica oficial do pânico foi usada pela (*American Psychiatric Association*, 1980) pelo DSM- 3, como “Síndrome do Pânico”, que descreve como: “Aparecimento súbito de uma apreensão intensa, medo ou terror, associados frequentemente com sentimentos de catástrofe iminente”, acrescenta também que os ataques duram minutos e dificilmente horas.

A caracterização do Transtorno de Pânico de acordo com o (*American Psychiatric Association*, 2014) pelo DSM-5, revela uma classificação com subgrupos pertencentes ao 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; tremores e abalos; 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).

Porém no DSM-4 encontraremos algumas diferenças em relação ao DSM-5, no DSM-4 quanto ao Transtorno de Pânico é encontrado a discriminação com e sem agorafobia e sem histórico de transtorno de pânico. Já no DSM-5 encontraremos a substituição por dois diagnósticos: Transtorno de Pânico e agorafobia em critérios separados, ainda assim fazendo parte dos Transtornos de Ansiedade. É necessário também destacar a similaridade existente entre a descrição dos sintomas da Neurose de Angústia descrita por Freud e o Transtorno de Pânico no DSM-5.

O Transtorno do Pânico ou de ansiedade é considerado pela Organização Mundial da Saúde, em sua décima classificação Internacional – CID-10, como forma mais frequente de ansiedade, onde no capítulo V: Fatores psicológicos ou comportamentais associados a doença, encontramos Transtorno de pânico ou Ansiedade paroxística episódica, F41.0.

Está descrito como a ocorrência de:

A característica essencial deste transtorno são os ataques recorrentes de uma ansiedade grave (ataques de pânico), [...] não ocorrem exclusivamente numa situação ou em circunstâncias determinadas, mas de fato são imprevisíveis. Como em outros transtornos ansiosos, os sintomas essenciais comportam a ocorrência brutal de palpitação e dores torácicas, sensações de asfixia, tonturas e sentimentos de irrealidade (despersonalização ou desrealização). Existe, além disso, frequentemente um medo secundário de morrer, de perder o autocontrole ou de ficar louco. (1993, p.24),

O termo pânico também é caracterizado por serem as crises inesperadas. Como parte dos transtornos fóbicos, existe uma distinção entre este e os ataques de pânico, que ocorrem como parte de transtornos fóbicos já existentes.

1.2 O Conceito de “Neurose de Angústia na Teoria Freudiana”

Passamos agora para o conhecimento da Neurose de Angústia tomando o olhar da psicanálise a teorização Freudiana.

A primeira alusão feita particularmente a neurose de angústia em Freud, segundo Rocha (2000), está na correspondência entre Fliess e Freud através de Manuscritos em (1892 e 1897) no primeiro período e no segundo período a sistematização da teoria psicanalítica (1900-1920).

Na primeira teoria da angústia, Rocha (2000, p.10) expõe que encontramos em Freud dois tempos diferentes, uma inscrita no corpo e está relacionada com as neuroses atuais, e de um modo particular, dos sintomas da *Angstneurose*, ou seja, neurose de angústia, e o outro que compreende tanto o corpo como está inscrita no psiquismo quando considerada as psiconeuroses de defesas. Ainda de acordo com o autor citado foi destacado, que Freud antes já havia no estudo da histeria se deparado com o estudo da angústia, visto que o primeiro artigo sobre psiconeuroses de defesa é de 1894 e sobre a neurose de angústia é de 1895, ou seja, anterior a este. A Neurose atual possuía algumas especificidades, e tanto esta; quanto a psiconeurose estariam sempre articuladas com a sexualidade, Freud pretendia comprovar a etiologia sexual de todas as formas de neurose.

Laplanche e Pontalis (2016, p.299), esclarece essa oposição entre as neuroses atuais e a psiconeurose como de ordem etiológica e patogênica, as neuroses

atuais, não deveriam ser procuradas nos conflitos infantis e a etiologia é somática¹ (ex. transformação direta da excitação em angústia), ou seja, a formação do sintoma seria somática e não psíquica, o sintoma não se manifestava de forma simbolizada, onde o atual seria o conflito na atualidade do sujeito.

Quanto a angústia inscrita no corpo, um dos textos básicos em que se encontra o primeiro destino da angústia é o “Rascunho E” que seria a sua origem segundo a carta escrita a Fliess:

se examinarmos mais detidamente os sintomas da neurose de angústia, encontraremos nela os componentes separados de um grande ataque de angústia, ou seja, dispneia isolada, palpitações isoladas, sensação de angústia isolada, ou uma combinação desses elementos. Vistas mais de perto, estas são as vias de inervação que a tensão psicosexual comumente percorre, mesmo quando está por ser transformada psiquicamente. A dispneia e as palpitações fazem parte do coito; e, conquanto sejam habitualmente utilizadas somente como vias auxiliares de descarga, aqui, por assim dizer, servem como as únicas saídas para a excitação. (FREUD, 1894/1996, p.246)

A partir dessa assertiva entende-se que a abstinência sexual teria relação direta com a neurose de angústia e seria de ordem física e não psíquica, diante isso Freud nesta primeira etapa conclui que “[...] ficou claro para mim que a angústia de meus pacientes neuróticos tinha muito a ver com a sexualidade [...]”. (Freud, 1894/1996, p.241)

No segundo tempo já há uma abordagem da neurose inscrita no psiquismo, uma vez que é introduzida a primeira tópica, a teoria das pulsões, e o estudo metapsicológico do recalque, a angústia aparece com expressão de uma série de distúrbios relacionados a psiconeurose de defesas como: histeria de angústia, histeria de conversão e neuroses obsessivas, os processos de defesa seriam a consequência do recalque.

Nos últimos escritos, já na segunda tópica, Freud (1926/1996) no seu livro Inibições, Sintoma e Angústia, não somente foi modificada a sua teoria, “mas tem um destaque particular [...] ao deixar de ver a angústia, apenas como uma transformação da libido recalçada, mas [...] como um elemento estruturante do existir humano, atribuindo-lhe uma função defensiva diante dos perigos que ameaçam a existência”. (ROCHA, 2000, p.13).

¹ Que segundo Freud, não eram da alçada do tratamento psicanalítico. ROUDINESCO, Elizabeth & PLON, Michel. Dicionário de Psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

Assim a angústia aqui seria retratada como a causa do recalque, em outras palavras o afeto seria:

“um sinal que avisaria o ego dos perigos, ameaças que colocassem o parêntese em risco. A angústia surgiria no aparelho psíquico a partir das repetições de cenas iniciais traumáticas [...] (MACHADO, 2013, p. 102)

Em seu artigo Freud (1895/1996, p.97), apresenta os seguintes sintomas clínicos da neurose de angústia, Irritabilidade geral, sintoma nervoso comum e constante nessa neurose, a irritabilidade devido ao acúmulo de excitação ou a incapacidade de suportá-la, revelando-se frequentemente como sendo causa de insônia, comum na neurose de angústia. A Expectativa angustiada, refere-se a uma tendência pessimista, seria à espera do pior, sem fundamento, Freud pontua que a expectativa ansiosa ou angústia flutuante é o sintoma nuclear da neurose, e que existem um estado livre de flutuações, onde as representações existentes podem se ligar a qualquer conteúdo que achar adequado.

Nesse entendimento essa expectativa carrega um significado para o indivíduo que é impreciso, Rocha (2000, p.52) explica que “[...] quanto mais indeterminada, tanto mais insuportável [...] porque o perigo pode esconder-se em toda parte e a segurança e proteção em parte alguma”, compreendendo assim, o sentimento de vulnerabilidade e desamparo do indivíduo.

Porém o ataque de angústia, que embora fique latente a maior parte do tempo no que concerne à consciência, tem outros meios de se expressar, pode irromper subitamente na consciência sem nenhuma representação ou associações, ou interpretações plausíveis, medo de morrer, ou de um acesso, ou de uma ameaça de loucura; ou então algum tipo de parestesia (sensação anormal sobre a pele), assim pode-se ouvir a queixa da dificuldade para respirar, taquicardia, suor, vertigem dentre outros. (Freud, 1895/1996, p.98).

Pereira (2003, p.68) Destaca que, “[...] a semelhança entre a descrição freudiana dos acessos de angústia e as mais modernas, dos ataques de pânico, [...] delimitadas pelo discurso psiquiátrico, é marcante”.

Além disso,

O procedimento nosográficos freudiano na criação da *Angstneurose* pode ser comparado aquilo que o DSM-III fez com o transtorno de pânico. Em ambos os casos, tratou-se de separar dentro de uma categoria, assim o DSM- III reelaborou a categoria de neurose de angustia do mesmo modo como Freud, um século antes o fizera com a neurastenia. (PEREIRA, 2003, p. 61)

1.3 Pânico e Desamparo

Passamos agora para outro subtítulo abordaremos o pânico a partir do estudo, do desamparo como elemento norteador a psicanálise apontado pelos autores referenciados.

Introduzo este subtítulo com a citação segundo Pereira (2003, p.58) “A origem da elaboração metapsicológica do desamparo é condição essencial e especifica a psicanálise e está ligada a psicopatologia dos ataques de angústia”.

Desse modo podemos perceber a correspondência existente entre o pânico e o desamparo, e o pânico como manifestação clínica do desamparo. Assim, Rocha (2000, p. 67), argumenta que o transtorno de pânico emerge como uma “tentativa desesperada para representar de alguma forma a inominável angústia do desamparo na sua forma extrema ...”.

Freud (1921/1996, p.102) pontua que o Pânico pode ser usado para descrever qualquer medo e consiste em grande parte na perda do objeto, quer seja em um indivíduo ou em um grupo, toma a proporção de perigo, causando o desamparo:

Não é de esperar que o uso da palavra ‘pânico’ seja claro e determinado sem ambiguidade. Às vezes ela é utilizada para descrever qualquer medo coletivo, outras até mesmo o medo no indivíduo quando ele excede todos os limites, e, com frequência, a palavra parece reservada para os casos em que a irrupção do medo não é justificada pela ocasião. [...]No indivíduo o medo é provocado seja pela magnitude de um perigo, seja pela cessação dos laços emocionais (catexias libidinais); este último é o caso do medo neurótico ou ansiedade.

A angústia original, remete ao trauma do nascimento, escrito por Otto Rank (1924), como a primeira experiência traumática, devido a imaturidade biológica do bebê, a impossibilidade de integrar tudo isso, faz com que encare o nascimento não só como uma situação de perigo, mais uma situação traumática, o nascimento não só como uma separação mais como desamparo e que a resolução para a Neurose estaria na elaboração desse trauma. (apud, MOREIRA, 2007, n.p.)

Freud (1926, p. 136) ao fazer algumas objeções quanto a esse enunciado, e através de uma reconciliação de contradições como ele mesmo declara , explica a reação de ansiedade vivenciada quanto a perda do objeto , reitera esse argumento em (1932,p.97), onde enfatiza como é angustiante para criança e sentida como uma situação de perigo diante a ausência da mãe, seria idêntica a sensação de ansiedade original ocorrida na infância no nascimento que de fato representou, a

ausência da mãe , no entanto, contextualizando a assertiva de Otto Rank, coloca que a criança ainda não está de posse de um desenvolvimento mental satisfatório, em todo o contexto concernente a existência intrauterina ou a impressões do nascimento, que tenha como explicação a neurose, porém após o nascimento à medida que o processo de desenvolvimento se instala, tendo em conta o surgimento das primeiras fobias na criança, caso estas persistirem é que poderá se falar em uma perturbação neurótica.

O ataque de Angústia por fugir do controle do sujeito é interpretado por Freud como uma situação de desamparo (*hilflosigkeit*), o transtorno do pânico é uma tentativa desesperada para representar a angústia diante o desamparo. Segundo Pereira (2003, p.74), os elementos que poderiam suscitar a crise, teriam relação com a separação brutal contingente a perda do “protetor”, um ente querido, ou da perda de uma situação estável, ambos equivalentes a falta de segurança, suporte, que seriam representantes de garantias a existência, causadores de sentimentos de desespero na neurose de angústia e seriam desencadeadoras dos ataques do pânico.

Nesse sentido, Rocha (2000, p. 109) explica que “A angústia originária do nascimento estaria, [...] ligada não à experiência de separação, mas ao estado do desamparo, no qual o recém-nascido vive num estado de total passividade”.

2. AS CONTRIBUIÇÕES DE WINNICOTT

2.1 O processo de desenvolvimento emocional

Partimos agora para a reflexão e levantamento dos elementos fundamentais que permitem situar as contribuições teóricas e clínicas do pensamento de Winnicott ao pânico. Primeiramente apresentaremos os processos do desenvolvimento emocional primitivo onde serão descritos alguns fundamentos associados a esse processo.

“Winnicott descreve o desenvolvimento emocional como uma teoria de dependência”. (FULGÊNCIO, 2016, p.28). Em termos de período de desenvolvimento compreende três períodos: a dependência absoluta, a dependência relativa e o rumo a independência.

No período da dependência absoluta, temos como o nome diz, a total dependência do bebê com relação aos cuidados ambientais e maternos. Nessa fase se inicia o estado de preocupação primária, a mãe suficientemente boa, mediante a devoção e empenho dedicado ao bebê, “tornado possível por seu narcisismo, sua imaginação e suas memórias que a capacitam a saber através da identificação de quais são as necessidades do bebê”, (WINNICOTT, 1949b, p.412). Porém, as falhas que possam existir serão enfrentadas como uma interrupção no vir a ser do bebê.

Na dependência relativa, estaremos diante do início da capacidade de compreensão intelectual do bebê que através do saber esperar o alimento no seu preparo, ou sustentar a ausência da mãe por um certo tempo, desenvolve a capacidade de se adaptar, tomando assim o conhecimento da sua dependência. (WINNICOTT, op.cit.). Contudo, segundo Winnicott, para que haja uma transição da dependência absoluta para a relativa é importante a ajuda da mãe, onde a criança psicologicamente saudável, sustentará a diferenciação mãe/bebê o eu e o não eu, entre o mundo interno e externo.

Já no rumo a independência o mundo da criança que compreendia apenas a mãe agora se amplia, incluindo também os familiares e abrangendo um grupo cada vez maior. Diante disso Winnicott (1988, p.87) destaca que:

Surge um sentido para o termo “relacionamento”, indicam algo que ocorre entre pessoas, o EU e os objetos. A consequência reconhecimento de que há algo equivalente ao EU na mãe, o que implica em senti-la como uma pessoa; o seio, então, é visto como parte uma pessoa.

Dando continuidade ao pensamento desse autor o caminho rumo a independência “descreve os esforços da criança pré-escolar e da criança na puberdade”. Winnicott (1963e, p.87)

Esse esforço, esse empenho segundo Winnicott está relacionado com a tendencia inata a continuidade do ser, uma jornada que impulsiona de uma dependência absoluta a independência levando a um sentido social e é próprio a cada ser humano, neste sentido, encontramos a criança gradualmente se defrontando com o mundo externo através da sociedade e desenvolvendo uma independência, uma existência pessoal.

Winnicott (1945/2000) ainda pensa o desenvolvimento emocional em termos de três processos psíquicos pelo qual o bebê necessita passar para se desenvolver de forma saudável. Os processos são a integração, a personalização e à realização.

Com relação a integração, Winnicott parte do princípio que existe inicialmente uma não integração primária. O sujeito ainda não é visto como integrado. Diante da ausência de um ego rudimentar a criança seria um ajuntamento de impressões, sentimentos desconexos, nesta fase a não integração seria, um vir a ser, uma possibilidade de desenvolvimento. Essa tendencia a integrar-se tem como apoio a técnica que implica os cuidados básicos oferecidos ao bebê como, balançar, segurar, chamar pelo nome, experiências instintivas que aglutinam a personalidade, levando a experiência de estar junto do próprio corpo, o eu sou, e o início a construção de si mesmo, ou seja, a integração.

Além da integração, temos a personalização. O suporte alcançado pelo *holding*, realizando o processo de amadurecimento, que por sua vez é favorecido pelo manejo (*handling*), também auxilia na personalização, que seria a possibilidade de habitar o próprio corpo e de integrar mente e corpo.

Por fim temos a realização, mas antes, é necessário voltar ao processo de integração onde encontramos a capacidade do bebê de se integrar espaço-temporalmente, favorecendo que essa realização inicial seja subjetiva. (TOLEDO, 2014). Seria impossível a realidade fora do espaço-tempo por ser necessário para o tomar-se conta dessa realidade.

Toledo (op.cit) argumenta que a realização será possível diante de um meio-ambiente favorável, onde a previsibilidade desse ambiente vem junto a adaptação do bebe de modo que ele acredite estar criando essa realidade que é propiciada através

da ilusão de onipotência do bebê, essencial para a descoberta inicial subjetiva de si e do mundo.

Ainda de acordo com essa autora a passagem gradual do que é concebido subjetivamente através da ilusão da experiência de onipotência faz com que seja desenvolvido a capacidade do bebê de relacionar-se criativamente com a realidade externa e nesta com objetos externos, fazendo com que tudo isso seja vivenciado como experiências reais. É através do desenvolvimento desses três processos, junto a um ambiente que dá suporte ao bebê que possibilitará a integração do ser em um unidade.

Winnicott (1963b/1984, p.106) refere que a responsabilidade e aceitação e tanto o sentir, estão ligados a capacidade do “envolvimento”, que ocorre em um período anterior ao Complexo de Édipo, no começo do desenvolvimento emocional da criança.

A capacidade de envolvimento, tem como origem, a palavra cobrir, que representa em termos de relação mãe-bebê o sentir pela criança, a mãe ou figura materna, como uma figura total, uma unidade, implicando assim uma relação de dois corpos, correspondendo também com o fato de o indivíduo preocupar-se ou importar-se.

Quanto ao desenvolvimento emocional, certas condições externas são necessárias, para que o processo de maturação se concretize depende de um envolvimento suficientemente bom, junto aos cuidados maternos necessários, sem ele nem os estágios iniciais não podem ocorrer. Por sua vez, a saúde é alcançada em termos de integração dos impulsos agressivos e eróticos, essa ambivalência associada a saúde integra os potenciais agressivos, quanto a isso, Winnicott (1963b/1984, p. 107) justifica que, “[...] parto do princípio de que o bebê se tornou capaz de combinar a experiência erótica e agressiva, e em relação a um único objeto. Foi alcançada a ambivalência.”

Phillips (2006) explica que diante disso o bebê toma consciência a existência de um lado interno e de um outro externo, e de uma mãe que o nutre e conforta, essa consciência o faz preocupar com o seu bem estar e com o dano que pode causar.

No “estádio de pré-concernimento” tanto o corpo como o seio da mãe que o sustenta serão relacionados e percebido pela criança como pertencentes a uma pessoa inteira, seria um estágio colocado entre a pré-piedade ou pré-compaixão. (WINNICOTT,1955a /2000, p. 358-359)

Acrescido a isso, Winnicott (1955b/2000, p.291) nos explica que o estado de pré-concernimento implica ainda em uma incompreensão por parte do bebê em relação aos seus sentimentos quanto aos estados calmos e excitados, estes para ele serão sentidos da mesma forma.

No estágio de concernimento nos deparamos com a culpa, está colocada pelo bebê como danos que possa ter causado a mãe pela agressividade quando em seus estados excitados, na saúde o que o bebê pretende é através da preocupação, dar conta dessa culpa, construir e reparar, todo esse anseio transformasse em questões sociais, quando toda essa transformação se torna impossível a uma paralização, e toda a agressividade volta.

A restituição e à reparação são organizadores do mundo interno do bebê, diante do que é bom, que é retido e guiado a um crescimento pessoal, e a ameaça do mal, seria utilizada para expressões de raiva. (WINNICOTT,1988a).

Além disso, Winnicott, pontua que:

É fácil perceber a tremenda quantidade de crescimento que ocorre nesta progressão da *ruthlessness* até o *concern*, da dependência do EU ao relacionamento do EU, da pré-ambivalência a ambivalência, da dissociação primária entre os estados de tranquilidade e excitação à integração destes dois aspectos do self O bebê se vê às voltas com uma tarefa que exige de forma absoluta tanto *tempo* quanto um *ambiente pessoal contínuo*. (1988b, p.89)

Reforçando a assertiva, Newman (2003) expõe que Winnicott achava mesquinha e minimalista a palavra reparação, ele se sentia mais à vontade usando “criar” que significaria, “fazer algo a partir da confusão que (também) criamos, fazer algo novo a partir da nossa destrutividade”. (p.371).

No entanto, a importância de todo esse processo envolvi a busca para alcançar a posição depressiva, seria uma possibilidade a elaboração das consequências das experiências instintivas, a integração dos estados tranquilos e excitados, ainda assim, será necessário a sustentação da mãe, onde, “resolução da dificuldade inerente ao estar vivo nesta etapa provém da capacidade para fazer reparações desenvolvida pela criança.

Em vista disso, Winnicott, anuncia que, o bebê agora se senti abençoado, o modo vivenciado pelos estados calmos se assemelha a mãe-ambiente e o modo vivenciado pelos estados excitados a mãe-objeto, (1963c/1983, p. 96).

Toda essa reunião é a tarefa do estado de preocupação, que reverte em um reconhecendo ao gesto de doação da mãe, devido haver sustentado a situação no

tempo, entram em cena a palavra reparação e restituição e estabeleceu-se agora um “círculo benigno” e o seu fortalecimento dia após dia, dará origem ao sentimento de culpa, surgindo através da junção de duas mães a do amor tranquilo e a do amor excitado, à medida que cresce uma fonte normal e saudável e de atividade nos relacionamentos.(1955a[1954] /2000, p. 365).

2.2 O Medo do colapso

Passamos agora, para o estudo da noção do Medo do Colapso. Winnicott não relata especificamente em sua obra o Transtorno de Pânico, mas no decorrer do seu trabalho frequentemente são encontradas referências ao tema medo, “Sob esse conceito, conjugam-se associações correlatas que aparecem na obra como temor (*to be afraid*), terror noturno (*pavor nocturnus*), pânico (*panics*) e fobia (*phobias*)”. (PONDÉ, 2011, p.30). No entanto, todos esses medos estão relacionados ao desamparo psíquico primário.

No que se referi em seu texto publicado em 1963 “O Medo do Colapso”, Winnicott diante da sua observação na clínica, expõe um estado de medo equiparado a um medo da loucura. Associados a esses medos, dentre outros, são encontrados, o medo de morrer, o medo do vazio, o medo de uma calamidade eminente. Porém ele destacada que, sendo pânico ou medo do pânico, essas expressões podem trazer outros significados. (WINNICOTT,1965c/1994, p.98).

O termo “colapso” foi colocado, de acordo com, Winnicott (1963a) por ser uma expressão que carrega um sentido impreciso, vago, podendo significar várias coisas.

Porém, o termo ansiedade ou angústia, para ele não eram suficientemente fortes, para dar significado ao que ele gostaria de expressar, apesar de geralmente o significado ser tomado como o fracasso das defesas.

Nesse sentido, esse autor enumera as agonias impensáveis como:

Retorno a um estado não-integrado (Defesas: não-integração), cair para sempre (Defesas: sustentar-se/self-holding), perda do conluio psicossomático, fracasso da despersonalização (Defesa: despersonalização), perda do senso do real (Defesas: exploração do narcisismo primário, etc.), perda da capacidade para relacionar-se com objetos (estados autistas, relacionados apenas a fenômenos do self).

Em seguimento, Pondé (2011, p.87) traz uma distinção em relação as defesas existentes no estado de medo e do pânico onde:

[...] o estado de medo é uma defesa, e o estado de pânico – dentre as defesas – pode ser remontado a um medo da loucura (*fear of madness*). Em que pese a imprecisão do uso do termo “loucura”, depreende-se que, nesse contexto, a loucura significa o colapso das defesas do ego, ou seja, um inundar-se pelas ansiedades impensáveis primitivas.

Entendemos que, o medo da loucura ou o colapso, tem relação com o que foi experienciado na dependência absoluta, é o medo de algo ameaçador que pode retornar, algo que potencialmente foi esperado que acontecesse de uma certa forma, porém, aconteceram de outra, suscitando um estado de afetos denominados agonias impensáveis.

Em acréscimo a isso, Winnicott (1963a/1994, p.72, grifo do autor) expõe que “o medo clínico do colapso é *o medo de um colapso que já foi experienciado*. Ele é um medo da agonia original que provocou a organização de defesa que o paciente apresenta como síndrome de doença”.

Compreendemos que esses medos, estão relacionadas a angústias primitivas, onde as defesas advindas têm uma relação significativa com as crises de pânico relatados na clínica, em reforço a essa interpretação segundo entendimento de Garfunkel (2006), Winnicott, “[...]contribui com o estudo das fobias ao distinguir metapsicologicamente um tipo específico de angústia que pode estar encoberta por medos encontrados comumente na clínica em quadros considerados em geral ligados à neurose. (apud PONDÉ,2011, 22-23)

Próximo a isso, Winnicott (1994, p.10) explica a noção de trauma [...], argumentando que no início da vida, a invasão ou o trauma “se relaciona com a ameaça de aniquilamento”, [...]. no que ele denomina agonias primitivas (*unthinkable agonies*) ou ansiedade impensáveis (*primitive agonies*) “a nomenclatura daquilo que não é pensável está associada àquilo que o bebê ainda não tem, condição própria de sua imaturidade nessa etapa inicial e primitiva do amadurecimento emocional (PONDÉ, 2011, p.79).

Fulgêncio (2011, p. 498), argumenta que quando alguma coisa vai além da nossa capacidade de entendimento “teríamos uma quebra na possibilidade de agir no mundo a partir de si mesmo, ou seja, uma quebra na continuidade do ser, [...] teríamos um acontecimento que interrompe o processo de amadurecimento”.

Retornando aos medos relatados por Winnicott na clínica, colocamos o medo de morrer, o medo de uma calamidade eminente, o medo do vazio.

Quanto ao medo de morrer ou de uma calamidade eminente, Bogomoletz (1998) discorre através da perspectiva de Winnicott a respeito desses medos e o desejo de morrer “sobre o sentimento de desamparo vivenciado pela criança diante da privação dos cuidados maternos” (apud PONDÉ, 2011, p.25). Foi através da compreensão deste autor na clínica com um paciente que ele descobriu que algo subjaz ao desejo ou medo de morrer, era [...] uma descrença na possibilidade de continuar vivo” (PONDÉ, op.cit).

Diante disso, “Entre os principais sintomas descritos nessa síndrome, destacam-se dois: o “desamparo” básico, como um medo em razão da perda de confiança no amparo anterior; e uma eterna espera pela grande catástrofe projetada no futuro”. (PONDÉ,2011, p.25). Coerente com essa assertiva, Winnicott (1994/2005, p.96) argumenta que “Um paciente, por exemplo, pode ser dominado por um medo de morrer que nada tem a ver com o medo da morte, mas é inteiramente uma questão de um medo de morrer sem que ninguém se encontre junto a ele [...]”

O medo do vazio citado por Winnicott, segundo Pondé (2011, p.23), “estabelece uma relação entre oralidade e angústia e [...] derivam distúrbios de aprendizagem e alimentação”, Winnicott expõe que “A base de toda aprendizagem (assim como do comer) é o vazio. Mas se o vazio não é experienciado como tal, desde o começo, ele aparece então como um estado que é temido, mas, contudo, compulsivamente buscado.” (WINNICOTT, 1963a/1994, p.76).

Podemos acreditar que o que Winnicott expõe e acentua ao se referir a “aprendizagem²” e o vazio que é nomeado como “base” tem relação com o seu valor adaptativo, com o sentido de garantir a sobrevivência em prol do desenvolvimento psíquico. Através da “aprendizagem”, tema que será retomado mais adiante, é que começam a ser estabelecidas, ligações, associações, adequações, “seria o tomar para si” todo esse conteúdo, tudo isso faz com que nasça a experiência do si mesmo, do continuar

² Consideramos necessária a colocação que aprendizado ou, “aprender vem do Latim popular *apprendere*, do clássico *apprehendere*, que significa apreender [] *tomar para si o conteúdo ensinado*. PRIBERAM. In: Dicionário Online de Português [em linha], 20/08-2021. Disponível em: < <https://dicionario.priberam.org/aprender>> . Acesso em: 08/02/2022. (grifo nosso)

do indivíduo, onde a falha é sentida como o vazio. Nesse sentido o vazio significa o “nada acontecendo quando algo poderia proveitosamente ter acontecido” (idem,1963a/1994), portanto o que existiu foi o vazio em potencial.

Quanto a compreensão de como algo que é “temido” possa ser “compulsivamente buscado”, Fulgêncio (2011, p.496) em seu texto, ao se referir a Winnicott com os seus pacientes, argumenta que, “a falhas no início do processo de amadurecimento de alguns pacientes, que os levariam, então, a buscar a situação penosa externa para colocá-la dentro do seu controle onipotente”.

Winnicott (1953/1994, p.318) expõe como uma *compulsão a repetição* o fato que “o paciente tem de redescobrir a situação penosa externa tal como foi originalmente percebida, embora na ocasião não pudesse ser tolerada como um fenômeno situado fora do controle onipotente”.

Nesse cenário, uma vez mais é possível perceber que o tema “agonia original” ou “angústias impensáveis” que originam os medos e defesas relacionados a clínica levam a outras indagações, permitindo ampliar nossa compreensão em relação a psicanálise winnicottiana com o que Loparic (2000) destaca com referência a teoria da existência psicossomática.

Este autor argumenta a presença de um ingrediente corpóreo, um componente somático e a implicação com as nomeadamente chamadas “agonias impensáveis”, descreve que alguma delas podem ser definidas com o sentido de “cair para sempre”, “cair em pedaços”, “perder o contato com a realidade”, são inconfundivelmente o componente somático dos estados em que se originam as psicoses”. (LOPARIC, 2000, p.365) Isso nos aproxima da assertiva em que a “continuidade do ser significa a continuidade do existir psicossomático e que a interrupção [...] resulta sempre numa doença grave não apenas psíquica, mas sempre, ao mesmo tempo, psicossomática”. (op. cit. 2000, p. 365).

Junta-se a isso o fato que “De um ponto de vista, somos físicos, de outro psicológicos. Somos um e não uma coisa falante[.]”. (NEWMAN ,2003, p.356)

Nesse sentido, o soma, o corpo vivo, em termos de evolução foi o primeiro a chegar, a psique começa a se estruturar através da elaboração das funções corporais, quer dizer, “a elaboração imaginária dos elementos, sentimento e funções somáticas, ou seja, da vitalidade física”. (WINNICOTT, 1949b/2000, p.333, 1988a/2000, p.25).

Contudo, Winnicott (1988b) destaca que, toda essa elaboração existirá, quando a saúde física (inclusive o funcionamento do tecido cerebral) está garantida, se existir um sistema nervoso, acerca disso.

Fulgêncio (2016, p.41) acrescenta que através disso, a criança começará a dar coloridos semânticos, algo que remete à procura de sentidos, procura de caminhos a um entendimento, a existência psicossomática, seria a elaboração imaginativa das funções corporais, a psique em seu momento inicial são esses coloridos semânticos, o que leva a sua própria constituição.

A elaboração imaginativa da criança, seria o caminho ao desenvolvimento emocional, entretanto, vai se tornando mais complexa “Considerando elaborações imaginativas do desejar, sonhar, devanear, criar, brincar, bem como reagir aos problemas existenciais” (FULGÊNCIO, 2016, p.37), esse dar sentido aos acontecimentos corporais são expressões da tendencia inata a integração são exercícios e modos de exercícios da necessidade de ser continuar sendo, ou seja, o modo de ser do ser humano.

A mente é um modo de ser específico da psique na unidade psicossomática, no desenvolvimento saudável as falhas no ambiente são suportadas, como por exemplo o esperar pela criança pelo alimento ou a falta por um pequeno tempo da mãe e levadas em termos de desenvolvimento a construção dos processos mentais, com a noção de tempo, espaço, consciência da subjetividade. A mente fornece modos de funcionamento adequado a cada situação, criando assim um ambiente perfeito, pois as falhas que possam vir a existir são substituídas pela previsibilidade de ser atendido. (FULGÊNCIO, 2016).

Somado a isso Winnicott (1949b, p.336) cita que:

Certos aspectos da falha materna, principalmente o comportamento errático, leva a hiperatividade do funcionamento mental aqui no crescimento excessivo da função mental em reação a uma maternagem errática, percebemos que surge uma oposição entre a mente e o psicossoma [...] pois em reação a esse ambiente anormal o pensamento do indivíduo assume o poder e passa a cuidar do psicossoma.

Quando o ambiente falha repetidamente, os diversos modos de ser não funcionam mais em conjunto, o funcionamento mental na unidade psicossoma é enfraquecido, porque vai ter que se dar conta dessa falha tendo que refazer esse ambiente.

Diante dessa assertiva e em complemento ao que é associado a falha ambiental, é necessário destacar a importância da confiabilidade ambiental e os

medos suscitados na sua falta, afinal, “O principal traço da confiabilidade reside no fato da mãe cuidar para que o bebê tenha preservada a sua continuidade de ser e, para tanto, ela o introduz e mantém na área de *ilusão de onipotência*”. (DIAS, 1999, p.292, grifo do autor). Tudo isso traduz a qualidade central do ambiente facilitador, essa autora explica como isso reflete na clínica na tarefa terapêutica com respeito a pacientes onde uma pessoa se torna confiável quando:

[...] acreditamos que fará o que prometeu ou que não fará mau uso do que lhe dissemos num momento de intimidade; ou de que, capaz de reconhecer que alguém se encontra indefeso, não abusa nem se aproveita de um estado de fragilidade, distração ou incapacidade do outro. (DIAS, 1999, p. 284)

Em síntese, o colapso significa a falência das defesas, e o colapso original terminou quando novas defesas foram organizadas, as quais constituem o padrão de doença do paciente. Muitas vezes o fator ambiental não é um trauma isolado, mas um padrão de influências que distorcem, algo oposto do que seria favorável. (WINNICOTT, 1959-1954/1983, p.127).

3. O CASO CLÍNICO DE M

3.1: Uma breve contextualização do caso

Neste capítulo, apresentamos o caso clínico. O atendimento ocorreu com uma adolescente de 16 anos de idade, que iremos chamar pelo nome fictício de M., está cursando o ensino médio, tem um bom relacionamento com amigos. Se considera boa aluna, perfeccionista, estuda muito, e é uma das melhores da classe, a mãe relata, “ela exige muito dela mesma”, percebe-se a importância que M. atribui a essas qualidades.

A solicitação veio através de um dos responsáveis, devido ao desejo de M. em procurar auxílio terapêutico, em virtude da ocorrência de ataques de pânico tanto na escola quanto em seu lar, onde começa a sentir falta de ar, inquietação, medo, junto a isso os pensamentos que surgem são de vergonha diante os outros, vulnerabilidade, falta de controle, como se algo estivesse por cair sobre ela, e não pudesse ser evitado.

M. relatou que sempre se considerou ansiosa. Até então ficar ansiosa diante de certas situações parecia suportável para ela. Com a pandemia do Covid 19, segundo sua fala, os sintomas se intensificaram, o transtorno do pânico apareceu e estava com medo.

Os sintomas descritos por M. eram terror noturno, onde os pesadelos a faziam acordar com palpitações e tremores, falta de ar, quase sempre esses pesadelos eram com a morte de alguém junto a certezas, quase que premonitórias de que certamente alguém do seu círculo familiar ou de amigos, morreria.

Na entrevista realizada com a mãe, foi relatado momentos de depressão materna no pré e pós parto de M, verbalizando que o ambiente em casa não era muito tranquilo nesses períodos. A mãe demonstrou certa tristeza ao expor a sua história em relação ao marido e seus familiares onde tudo girava em torno de maternidade e concepção, mencionou um perfeccionismo muito grande do pai, onde tudo na casa deveria estar certo. Segundo a narrativa da mãe, o problema da filha era encarado pelo pai com certa incredulidade, relatando as vezes que não acreditava no que a filha sentia onde falava abertamente isso para ela.

A entrevista com o pai, foi questionado a percepção acerca do que a paciente, sua filha, sentia, pareceu não saber muito a respeito do transtorno de pânico e seus sintomas, onde foram feitas algumas explicações. Contratransferencialmente, fiquei

me perguntando se o pai seria um bom provedor no sentido material, mas pouco presente afetivamente. Posteriormente, durante as sessões, a paciente chegou a trazer certo receio de conversar ou pedir algo dizia que não tinha coragem para falar com ele, pedia sempre para que a mãe falasse por ela. Também sentia culpa, às vezes, porque os pais brigavam por sua causa, mas traz ainda uma certa saudade e memórias positivas de que quando criança o pai era diferente brincava muito com ela.

3.2. As sessões com M

No início da análise, M. me trouxe a impressão de ser uma adolescente, saudável e sorridente, mas em virtude do quadro clínico de pânico, preocupei-me em fornecer um ambiente bem tranquilo e confiável nas primeiras sessões. Com o cuidado para que o próprio *setting* não se tornasse o ambiente causador de ansiedade, evitando interpretações intrusivas e geradoras de ansiedades. Por isso, foram necessárias algumas sessões para que fosse possível sintetizar os sintomas físicos sentidos por M como sudorese, palpitações, o próprio medo (fobias), do medo de se mostrar vulnerável diante dos outros, junto a isso, M. era evasiva quanto ao relatar o acontecido era como se ao expor fizesse reviver o terror.

Em uma das sessões, após esse período inicial de acolhimento, ao pedir que relatasse o que sentia depois dos ataques, explicou que sentia vergonha e tentava disfarçar perto da família e colegas, quando os tremores e taquicardia iniciavam as vezes aparentemente sem razão nenhuma tentava disfarçar o quanto podia ficava isolada em um canto deixando passar, os pensamentos que surgiam quando sentia que iriam começar os sintomas era: Será que vou ter uma crise? Será que vou tremer?

O que era constante em suas queixas eram o medo de decepcionar, medo de não ser a melhor, medo de sair em certos lugares sozinha, tudo isso, carregado de muita culpa e um sentimento de que nada que fizesse eram suficientes.

No decorrer dos atendimentos, a paciente declarou que estava assustada, tinha medo que nunca fosse se sentir melhor, devido a insegurança e vulnerabilidade e diante da especificidade do sofrimento da paciente e por vezes a dificuldade de nomear as emoções, o que me chamou a atenção que embora continuasse com a dificuldade de simbolização, ela começou a se sentir mais segura, aos poucos se soltava mais.

Como relações amigáveis significativas narrava que tinha três amigas, que realmente podia confiar, se preocupava sempre se iria entediar as amigas, e que teria terminado a amizade com alguns amigos por desconfiar da sua fidelidade e pôr as vezes deixá-la em segundo plano, quando tudo fez para agradar. Estava medo de voltar para as aulas presenciais.

Relatava momentos de tristeza profunda e procurar as vezes ficar em um canto sozinha, onde não se correspondia com o grupo da escola, e nem com os colegas mais próximos.

Porém, no decorrer da análise, ela dizia que as crises de ansiedade estavam menos frequentes, porém estava com insônia.

3.3: Articulações Finais: Reflexões e Desafios

Nesse subtítulo passamos a explicitar o pânico na clínica com adolescente, contemplando aspectos clínicos e desafios intercalados com articulações teóricas. A propósito da observação feita durante o atendimento e acompanhamento do sofrimento na clínica.

Junto a estudos relacionados com esse transtorno, percebe-se que há, uma fala persistente da paciente, que move para o medo, um excessivo desejo de fazer tudo para agradar os pais e amigos, terror noturno, pesadelos com a morte de pessoa próxima, associado a outros medos, dentre esses, o medo e insegurança em resolver problemas ou tomar atitudes estando desacompanhada, razão porque quase sempre M. procura estar com pessoas da família ou amigos mais próximos.

Dando início a nossas reflexões vamos nos reportar ao relato feito pela mãe de depressão pré e pós parto, junto a todo um ambiente tumultuado relatado durante a gestação, é necessário pontuar que o bebê já tem percepções, sensações, angústias, embora não possua aparelho mental para a devida compreensão. Quanto a isso, como seria o vínculo mãe-bebê quando faltasse o suporte necessário à sua sobrevivência, quanto aos cuidados emocionais que ele necessita. Phillips (2006, p 135) argumenta que para Winnicott:

o bebê normal, por direito inato, usava a mãe de forma incondicional para o seu próprio crescimento. Mas se a mãe estivesse deprimida e incapaz de se adaptar e responder a seu bebê, o processo seria revertido e a mãe usaria a criança para sustentar algo em si mesma.

O pânico nesse contexto, pode ser explicado, no que está relacionado com o bebê e tudo que foi experienciado, a sensação de dor e medo.

Percebesse que todos esses medos relatados convergem para o sentido do desamparo, e se assemelham de um modo mais específico ao que Winnicott explica em um dos temas de sua tese do “medo de morrer” segundo o relato com seus pacientes.

M. relata o sonho: “as pessoas caminhavam para a rua e se afogavam”, “estavam com um olhar vazio”, explica que após os sonhos sempre pensa que alguém conhecido pode morrer.

Entende-se que esses sonhos e pesadelos não compreendem a morte esperada de alguém como narrado por M., mas o “medo de sua própria morte” e o que está implícito a isso:

Um paciente, por exemplo, pode ser dominado por um medo de morrer que nada tem a ver com o medo da morte, mas é inteiramente uma questão de um medo de morrer sem que ninguém se encontre junto a ele na ocasião, isto é, sem ninguém junto a ele que se interesse por alguma maneira derivada diretamente do relacionamento parento-filial muito inicial. Pacientes desse tipo podem organizar a vida de maneira a jamais se acharem sós. (idem. 1965c/1994 p.98)

Tudo isso, reforça a compreensão dos pesadelos frequentes de M. e a relação com a morte, como resultado do sentimento de desamparo e a razão de sempre procurar agradar a todos para nunca se sentir só.

Dando sequência, é necessário pontuar que, diante do prosseguimento do desenvolvimento emocional junto a capacidade intelectual e mental que é proveniente, podem surgir associações através de recordações e ideias, diante de um vínculo que possa existir com algum evento que serão vivenciados no presente.

Diante esse argumento, compreendemos que podem existir tais associações com respeito ao sentido de “querer ser a melhor” e o “exigir muito de si mesmo” relatados por M., envolvendo o que foi experienciado no ambiente escolar, que trazem subsídios a reflexão.

Em uma aula presencial, em sua escola, M. narra que de repente começaram as crises de pânico, inquietação e falta de ar. No decorrer da sessão, trouxe a descrição do ambiente (a classe, os alunos, todo o contexto) onde relata: “a sala estava silenciosa, a aula estava muito chata”, “a professora falava e eu não entendia”. É sabido que, fatores externos podem ser geradores de angústia e são capazes de “favorecer” o ataque de pânico na maioria das vezes. Acreditamos que “o não

entender a matéria, o silêncio, e o nada acontecendo” possuem o mesmo consenso, e podem representar ao mesmo tempo situações em que não foi possível ter o controle.

Deduz-se que as circunstâncias que estão envolvidas podem comportar em si uma experiência que está relacionada com o “medo do vazio” exposto por Winnicott:

Em alguns pacientes, o vazio precisa ser experienciado, e este vazio pertence ao **passado**, ao tempo que precedeu o grau de maturidade que tornaria possível ao vazio ser experienciado. Para entender isto, é necessário pensar não em traumas, mas em nada acontecendo quando algo poderia proveitosamente ter acontecido. (Idem, 1963a/1994, p.75)

Assim sendo, M. narra toda uma construção mental³, que se desenrolou, onde fez para si mesma os seguintes questionamentos: “será que vou ter uma crise?”, “será que vou tremer?”, “será que o pessoal da sala vai perceber?”, tais reações sugerem a tentativa de suportar obter uma explicação para toda essa experiência, tornando a situação controlável. Em consideração a isso, Winnicott no tratamento na clínica com pacientes, argumenta a respeito do “vazio controlado”, que envolve “a aprendizagem”, junto a construção de toda uma organização de defesa existente:

O vazio que ocorre num tratamento é um estado que o paciente está tentando experienciar, um estado passado que não pode ser lembrado, exceto por ser experienciado pela primeira vez agora. [...] Na prática, [...] o paciente teme é o horror do vazio e, como defesa, organizara um vazio controlado não comendo ou não aprendendo, ou então, impiedosamente o encherá por uma voracidade que é compulsiva e parece louca. Quando o paciente pode chegar ao próprio vazio e tolerar esse estado por causa da dependência no ego auxiliar do analista, então receber em si pode começar a ser uma função prazerosa (WINNICOTT, 1963a/1994, p.76).

A defesa construída mediante o “vazio controlado”, tem implicação em nosso contexto com o que não é manifesto em certos posicionamentos de M. e envolve, como já citado o tema “aprendizagem”, como em querer “ser sempre perfeita nos estudos”, “ser melhor em tudo”, “sempre tirar boas notas”, “exigir muito de si mesmo”.

³ O termo construção mental aqui foi empregado no sentido de excluir o propósito de apenas caracterizar e enumerar o acometimento de uma expectativa ansiosa *acentuando* o sentido em que “A mente pode ser colocada a funcionar para explicar as falhas do ambiente, na tentativa de ter o controle dessas falhas. “[...] em reação a este estado anormal do meio ambiente, o pensamento do indivíduo assume o poder e passa a cuidar do psique-soma [...] na saúde o ambiente que se encarrega de fazê-lo”. (WINNICOTT, 1949/1978, p. 336, grifo nosso).

Tudo isso, leva ao sentido do querer muito uma coisa, mas de forma excessiva, que é difícil de ser saciada, uma forma que “[...] parece louca” (WINNICOTT, op.cit.). Para tornar mais claro o entendimento Pondé complementa que, o “vazio controlado” se manifesta clinicamente em não comer, em não aprender ou, *pelo contrário*, em *um preenchimento voraz compulsivo*. (PONDÉ, 2011, p.92, grifo nosso).

Acreditamos que muitas atitudes de M. estão inclinadas ao querer agradar muito os pais, com origem na insegurança junto a possibilidade de não ser amado, onde, “[...] o vazio é pré-requisito para o desejo de receber algo dentro de si.” (WINNICOTT, 1963a/1994, p.75).

Neste sentido é possível supor que as crises do pânico ocorridas, com os sintomas físicos de inquietude e falta de ar, têm relação com a falha do ambiente, através de associações ocorridas com o ambiente escolar, tudo isso através de recordações ou ideias vinculadas a eventos que foram vivenciados no presente, e que se revelam através da experiência do vazio.

No que diz respeito aos desafios em atender esse caso foram muitos, por ser um caso novo no entendimento desse transtorno, junto ao manejo de um *setting* virtual que foi experienciado no atendimento *online* pela primeira vez por mim.

Na maioria das vezes nos atendimentos, a internet da paciente caía constantemente interrompendo todo o processo, fazendo com que fosse necessário religar muitas vezes, dar início a fala que foi cortada.

No que diz respeito a contratransferência, Figueiredo e Citra (2004), consideram que o analista não somente “sente como o paciente”, mas também contracena com ele. (apud, TEIXEIRA, 2009, p.45). “Atuar” neste contexto é ser capaz voluntariamente, e não compulsivamente, de se adaptar em nome das necessidades de desenvolvimento da criança; assim como o analista pode, às vezes, adaptar-se ao paciente”. (PHILLIPS, 2006, p.106).

Mediante o exposto, as consecutivas quedas da internet me faziam sentir angustiada e desamparada, como o pânico e o desamparo estão relacionados e são contingentes ao ambiente, por vezes poderia dizer que contratransferencialmente o que havia, era o desamparo em frente ao desamparo.

Podemos dizer que foi através do “desamparo” do ponto de vista contratransferencial que surgiu o mote para o processo de sustentação, e foram justamente a obstinação o fato de não desistir que fizeram com que a paciente narrasse agora o que sentia. Durante as crises de pânico, até então M. tinha certa

resistência ao relatar era como não quisesse reviver tudo novamente, ela dizia “não quero falar sobre isso”. Nas últimas sessões ela relata que há algum tempo não tinha as crises.

Se o *setting* analítico deve comportar os aspectos relacionados à mãe-ambiente segundo Winnicott, entendemos que a “falha ambiental” estava sendo inconscientemente repetida através da relação transferencial, a cada sessão e a “confiabilidade”⁴ sendo testada, sendo verificada.

Diante disso, a falha do ambiente foi substituída pela previsibilidade de se sentir atendida, o *setting* tornou-se o ambiente de acolhimento.

Percebemos que apesar de toda atividade e energia demonstradas agora pela paciente, há necessidade da continuação da análise, fechamos com essa assertiva de Winnicott: “Como analistas, sabemos muito bem que, em um *setting* transferencial em que está sendo feito um trabalho que chega a estados muito iniciais, faz realmente diferença o jeito que o analista tenha”. (WINNICOTT, 1969/1994, p.352).

⁴ Consideramos importante frisar esse termo devido a importância e implicações na clínica na tarefa terapêutica onde na dependência absoluta: “que se constitui e se enraíza, pela experiência repetida da confiabilidade ambiental, a ilusão de onipotência, que é o fundamento da crença, da capacidade de acreditar em... Se não for enraizada nesse período, a crença jamais terá fundamentos seguros, pois, mais tarde, nem mesmo a constatação ou verificação objetiva de fatos fornece o mesmo tipo de asseguramento, a mesma capacidade de acreditar em...[...].”(DIAS, 2008, p. 592).

CONCLUSÃO

Procuramos explicitar sobre o pânico a partir de um caso clínico de uma paciente adolescente tendo como contribuição a teoria psicanalítica winnicottiana.

O fragmento do caso clínico de M. foi utilizado para embasar esta proposta. Na obtenção de conhecimento e experiência adquirida no setting analítico, de forma virtual. Onde através do conhecimento da técnica psicanalítica favorecidos pela teoria, nos trouxeram recursos diante dos desafios e reflexões que foram suscitados na clínica. O ambiente na relação analítica foi propiciador de mudanças, através da confiança adquirida demandando ao analista sensibilidade contratransferencial.

Devido à complexidade conceitual a teoria exigiria maior aprofundamento. Por esse motivo procuramos desenvolver os pontos mais próximos do objetivo específico, procurando entendimento através da perspectiva winnicottiana, para a compreensão do Transtorno do Pânico, como foram os conceitos do medo do colapso (*breakdown*), o medo de morrer ou medo da loucura, e o medo do vazio usados para compreensão.

A teoria winnicottiana trouxe subsídios e entendimento dessa síndrome, através da escuta dos medos relatados na clínica onde alguns sintomas como o medo de perder o controle dos seus atos, medo de morrer, o medo de não ser amada, estabeleceram uma aproximação da teoria ao transtorno de pânico.

Além de tudo, observamos que alguns estados emocionais e distúrbios dentre outros, como o desamparo, isolamento e insegurança, despersonalização, desrealização, identificados na fase da adolescência, também poderiam ser encontrados dentro da sintomatologia dessa síndrome.

Foi através da indagação do que seria próprio a essa fase, e o que estaria relacionado com os afetos, medos e ansiedades apresentados diante o transtorno do pânico, que procuramos o conhecimento através da teoria Winnicottiana.

Pela análise e observações feitas através da escuta da paciente percebemos que o pânico e o sentimento de vulnerabilidade relatados quando os ataques subitamente se iniciam, são semelhantes a algo terrível que estivesse prestes a desabar, prestes a cair sobre ela, algo ruim que estaria se aproximando, e nada fosse possível ou considerado para conter, tudo isso, remete a revivências a “agonias”

primitivas relativas à provável impossibilidade a existência psicossomática, a própria constituição da psique, a organização do Eu (self).

Podemos entender que os ataques de pânico podem ser a consequência de mecanismos de defesa primitivos provocados pelo ego ao enfrentar situações que revelam perigo, porém podemos conceber através de articulações com teoria winnicottiana, que eles não estão especificamente relacionados a conflitos ligados ao ego na neurose, ou são apenas estágios emocionais pertencentes a uma fase de desenvolvimento na adolescência. Assim, compreendemos que ao ocorrer “o colapso das defesas” devido a reexperiência no presente das agonias primitivas foram acionadas novas defesas originando os sintomas relatados pela paciente.

Quanto a não recorrência dos ataques de pânico e o fato da paciente não ter mais agora dificuldades de relatar todo o contexto em que surgiam os sintomas nas sessões. Acreditamos que na medida que a confiança foi resgatada no ambiente profissional houve a busca de procurar alguma significação ao “tolerar esse estado por causa da dependência no ego auxiliar do analista.” [...] (WINNICOTT, 1963a/1994, p.75).

Ressalto que, este estudo nos fizeram compreender a importância desse tema e do tratamento psicanalítico nessa fase e reiteramos que o desenvolvimento emocional saudável coloca em evidencia a qualidade dos vínculos afetivos, na relação mãe-bebê, onde o fracasso da origem a vários distúrbios que serão levados para a vida adulta.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. (5ª Ed; M.I.C. Nascimento, trad.) Porto Alegre, RS: Artmed, 2014, p. 214.

BARROS, Glória. O Setting analítico na clínica cotidiana. **Estud. Psicanalítica**. Belo Horizonte, n. 40, p. 71-78, dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372013000200008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 15 dez. 2021.

CAMARGO, Sabrina Gomes; SANTOS, Tania Coelho dos. O Homem dos lobos e a atualidade da incerteza diagnóstica. **Tempo psicanal.** Rio de Janeiro, v. 44, n. 2, p. 477-502, dez. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382012000200014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 out. 2021.

CID-10, *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da OMS de Genebra*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, p.137.

DIAS, Elsa Oliveira. Sobre a confiabilidade: decorrências para a prática clínica. **Nat. hum.** São Paulo, v. 1, n. 2, p. 283-322, dez. 1999. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24301999000200004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 jan. 2022.

DIAS, Elsa Oliveira. O uso da interpretação na clínica do amadurecimento. *Revista Latino-americana de Psicopatologia fundamental*, São Paulo, vol. 11, n. 4, pp 588-601. Dez. 2008. <https://doi.org/10.1590/S1415-47142008000400006> acessos em 13 jan. 2022.

DIB, Patrícia de Oliveira, *Vínculos afetivos e Transtorno do Pânico: um estudo psicanalítico*. *Psic. Rev.* São Paulo, n. 15(1): 21-43, maio 2006. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/18094> acessos em 10 jan. 2022.

DSM-III, *Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais da American Psychiatric Association*. Washington, D.C. USA. Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, 1980, p. 221.

FREUD, S. (1888) *Evolução da Histeria*. In S. Freud, *Histeria*, Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, Rio de Janeiro, RJ: Imago. Vol. I. 1996, pp.75-94

FREUD, S. (1894) *Extratos dos documentos dirigidos a Fliess: rascunho E*. (J. Salomão, Trad.). In S. Freud, *Edição standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Vol. I, pp. 235-241). Rio de Janeiro: Imago, 1996 p.p. 241-246.

FREUD, S. (1895 -1894/1996). *Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada "neurose de angústia"*. In: S. FREUD. *A Sintomatologia Clínica da Neurose de Angústia*. Rio de Janeiro: Imago. Edição

standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol. III.1996, p. 97-98.

FREUD, S. (1921). *Análise de grupo e a psicologia do ego*. In: S. FREUD. Além do Princípio do Prazer, Psicologia de Grupo e outros trabalhos. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, Vol. XVIII. (1920-1922). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1926). Inibições, Sintomas e Angústia, In: Freud, *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas das obras completas de Sigmund Freud*, Vol. XX, pp. 235-241. Rio de Janeiro: Imago,1996

FREUD, S. (1933[1932]) Conferência XXXII: *Ansiedade e Vida Instintual*. In: S. FREUD. Novas conferências introdutórias sobre psicanálise. Rio de Janeiro: Imago. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, Vol. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.p.91-120.

FULGENCIO, L. Compulsão à repetição no contexto analítico para Winnicott. Rev. Filos., Aurora, Curitiba, v. 23, n. 33, p. 493-506, jul./dez. 2011. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/aurora/article/download/1588/1495>. Acessos em:11 jan. 2022.

FULGENCIO, L. Por que Winnicott? São Paulo: Zagodoni,2016. pp.36-41

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. Vocabulário de Psicanálise. São Paulo: Martins Fontes. 2016.

LOPARIC, Zeljko. O "animal humano". Nat. hum., São Paulo, v. 2, n. 2, p. 351-397, dez. 2000. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302000000200005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 jan. 2022.

MACHADO, Isloany Dias. O Conceito de Angústia nas Teorias de Freud e Lacan e suas Relações com a Linguagem. 2013. 114 f. Dissertação (pós-graduação) Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. 2013

MINERBO, M; (2017). O Conceito de “Neurose de Angústia” na Teoria Freudiana.in. MINERBO, M; CAMPOS.E.M. P. *Atendimento Psicanalítico do: Transtorno do pânico*. São Paulo: Zagodoni,2017. p. 28-35

MINERBO, M; (2017). Reformulação da Teoria da Angustia por Freudiana: M. MINERBO; E.M.P. CAMPOS. *Atendimento Psicanalítico do: Transtorno do pânico*. São Paulo: Zagodoni,2017. pp 37-43

MOREIRA, Jacqueline de Oliveira. A ruptura do continuar a ser: o trauma do nascimento prematuro. **Mental**, Barbacena, v. 5, n. 8, p. 91-106, jun. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272007000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 15 jan. 2022.

NEWMAN, Alexander. As ideias de D.W. Winnicott. Rio de Janeiro: Imago, 2002

OUTEIRAL, José O. *Atendimento Psicanalítico de Adolescentes*. São Paulo: Zagodoni, 2012.

OUTEIRAL, José O., *Adolescer: Estudos Sobre Adolescência*, Porto Alegre: Artes Médicas Sul.,1994.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa, *Entrevista com Prof. Jean-Jacques Rassial*. Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental (RLAPPF)s, v, n. 4, dez/ 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/ZjQWrBc3BNYXHz3v9mBDRfn/?lang=pt>. Acesso em: 01 out. 2021.

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Psicopatologia dos Ataques de Pânico. In: PEREIRA, Mário Eduardo Costa; CRUZ, Celene Margarida [et al.]. *O Acesso de Angústia (Angstangall) na Teoria Freudiana da Neurose de Angustia ou as Raízes Freudianas da descrição do Transtorno de Pânico*. São Paulo: Escuta, 2003. pp 58-80

PHILLIPS, A., *Winnicott*. São Paulo: Ideia das Letras, 2006.

PHILLIPS, A., *Tempos de Guerra*. In: A. PHILLIPS. *Winnicott*. São Paulo: Ideia das Letras, 2006. pp 100-143.

PRIBERAM. In: *Dicionário Online de Português [em linha]*, 20/08-2021. Disponível em: < <https://dicionario.priberam.org/aprender> > Acesso em: 08/02/2022.

PONDÉ, Danit Zeava Falbel. *O Conceito do Medo em Winnicott*, São Paulo -SP. 2011. Ed.: DWW editorial. Edição do Kindle

ROCHA, Zeferino (2000). Introdução. In: Z. ROCHA. *Os destinos da Angústia na Psicanálise Freudiana*. São Paulo: Escuta., 2000. pp. 09-24

ROCHA, Zeferino (2000). A angústia inscrita no corpo. In: Z. ROCHA. *Os destinos da Angústia na Psicanálise Freudiana*. São Paulo: Escuta., 2000. pp. 39-67.

ROCHA, Zeferino (2000). A reformulação da teoria freudiana da angústia. In: Z. ROCHA. *Os destinos da Angústia na Psicanálise Freudiana*. São Paulo: Escuta., 2000. pp 98-156

ROUDINESCO, Elizabeth & PLON, Michel. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.p. 536.

TEIXEIRA, Maria de Guadalupe Costa. *O Complexo da mãe morta fragmento de estudo de caso*. 2009. 62f. Dissertação (Graduação) – Centro Universitário de Brasília – Uniceub.

TOLEDO, Sabrina Penteado Ribeiro. *A experiência da regressão na psicomotricidade: uma nova perspectiva a partir de Winnicott*. 2014.116 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2014

TSCHIRNER, Sandra Conforto, *Pânico, Winnicott e referências*. 2001. pp 31-377. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas. São Paulo.

WINNICOTT, D.W. (1945) Desenvolvimento Emocional Primitivo. In: D.W. WINNICOTT, *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000, pp.218-232

WINNICOTT, D.W. (1949a). Memórias do Nascimento, Trauma do Nascimento e Ansiedade, In: D.W. WINNICOTT. *Da Pediatria a Psicanálise: Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WINNICOTT, D.W. (1949b). A Mente e sua Relação com o Psicossoma, In: D.W. WINNICOTT. *Da Pediatria a Psicanálise: Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WINNICOTT, D. W. (1953) Resenha de *Psychoanalytic Studies of the Personality*, de M. Masud R. Khan In: WINNICOTT, D. W. *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

WINNICOTT, D. (1955a). A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal, In: D.W. WINNICOTT. *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. pp 358-359.

WINNICOTT, D. (1955b). A agressividade em Relação ao Desenvolvimento Emocional, In: D.W. WINNICOTT. *Da Pediatria a Psicanálise: Obras Escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. pp 290-291

WINNICOTT, D. W. (1959) Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? In: D.W. WINNICOTT. *O Ambiente e os Processos de Maturação*. Rio de Janeiro: Imago, 2000. pp- 114-127

WINNICOTT, D.W. (1963a). O Medo do Colapso. In: D.W. WINNICOTT. *Explorações Psicanalíticas*, Porto Alegre: Artmed, 1994. pp. 70-76.

WINNICOTT, D.W. (1963b/1984). O desenvolvimento da Capacidade de Envolvimento, In: D.W. WINNICOTT. *Privação e Delinquência*, São Paulo: Martins Fontes, 1984. p.106, id. (1963/1984) p. 107.

WINNICOTT, D. W. (1963c). Moral e Educação. In D. W. Winnicott, *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed, 1983. pp. 88-98

WINNICOTT, D.W. (1963d). O Enunciado do tema principal. In: D.W. WINNICOTT. *Explorações Psicanalíticas*, (p.72), Porto Alegre: Artmed, 1994.

WINNICOTT, D.W. (1963e). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artmed, 1983. pp. 79-87

WINNICOTT, D.W. (1965a). Adolescência Transpondo a Zona de Calmarias, In: D.W. WINNICOTT. *A família e o desenvolvimento individual*, São Paulo: Martins Fontes, 1997. pp.115-127.

WINNICOTT, D.W. (1965b). A Psicologia da Loucura: Uma contribuição da psicanálise. In: D.W. WINNICOTT. *Explorações Psicanalíticas*, Porto Alegre: Artmed, 1994. pp.94-101.

WINNICOTT, D.W. (1967). O conceito de regressão clínica comparado a de organizações defensiva. In: D.W. WINNICOTT. *Explorações Psicanalíticas*, Porto Alegre: Artmed, 1994. pp.151-156.

WINNICOTT, D.W. (1969). Contribuição a um Simpósio sobre Inveja e Ciúme. In: D.W. WINNICOTT. *Explorações Psicanalíticas*, Porto Alegre: Artmed, 1994. pp.350-352.

WINNICOTT, D.W. (1988a [1954]). A posição depressiva, concern, culpa e realidade psíquica pessoal interna, in. D.W. WINNICOTT. *Natureza humana*. Rio de Janeiro: Imago, 1988. pp 89-90

WINNICOTT, D.W. (1988b [1954]). Natureza humana, in. D.W. WINNICOTT. *Soma, psique, mente*. Rio de Janeiro: Imago, 1988.

WINNICOTT, D.W. (1994). A Obra. In. D.W. WINNICOTT. *Explorações Psicanalíticas*, Porto Alegre: Artmed, 1994.