

# A clínica psicanalítica atual: obsessão, compulsão, fobia e pânico<sup>1</sup>

Theodor Lowenkron,<sup>2</sup> Rio de Janeiro

**Resumo:** O trabalho apresenta o conceito de compulsão e busca abordar as manifestações de obsessão, compulsão, fobia e pânico enquanto categorias diagnósticas. Aponta que a psicanálise e a psicoterapia psicanalítica são abordagens terapêuticas eficazes nessas categorias diagnósticas.

**Palavras-chave:** compulsão; pânico; fobia; obsessão; psicanálise; psicoterapia psicanalítica.

## 1. Introdução

Considerando que o Congresso tem como tema a compulsão, começo abordando o referido termo para, depois, desenvolver as especificidades propostas para o presente estudo.

Deve-se ter em conta a definição de compulsão como o tipo de comportamento que o indivíduo é levado a realizar por uma coação interna. Um pensamento obsessivo, uma ação, uma operação defensiva, mesmo uma sequência complexa de comportamentos, são qualificados de compulsivos quando a sua não realização acarreta aumento de angústia. (Laplanche & Pontalis, 1983).

Três termos traduzem a complexa noção freudiana de *Zwang*: a *compulsão*, para sublinhar a sua origem interior; o *constrangimento*, para especificar o seu efeito mais imediato; e a *obsessão*, para descrever uma de suas consequências mais sintomáticas na vida do sujeito.

Freud refere-se à ocorrência de atos compulsivos em dois tempos, sendo o primeiro anulado pelo segundo, e destaca a característica ambivalente presente nesses atos marcados, simultaneamente, por um constrangimento interior e uma luta contra esses impulsos (Freud, 1909/1962).

Após essa breve introdução do termo compulsão, devemos abordar especificamente a obsessão, a compulsão, a fobia e o pânico, que estão presentes no título deste texto. Entretanto, retomo essas noções enquanto categorias diagnósticas, iniciando pelo transtorno do pânico, depois passando aos transtornos fóbicos e finalizando com o transtorno obsessivo-compulsivo.

## 2. Transtorno de pânico

Embora o ataque de pânico geralmente dure apenas alguns minutos, ele produz considerável mal-estar no paciente. Além das manifestações físicas de alarme, como sensação

1 Trabalho apresentado em mesa redonda do XXII Congresso Brasileiro de Psicanálise com mesmo título.

2 Membro efetivo da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro SBPRJ. Livre Docente e Professor associado da UFRJ.

de sufocação, tontura, sudorese, tremores e taquicardia, os pacientes com transtornos de pânico geralmente têm a sensação de morte iminente. Pode, também, apresentar agorafobia, ou seja, um medo por estar se sentindo em um lugar ou situação extremamente desagradável ou da qual seria difícil escapar. Pelo fato de os ataques de pânico serem recorrentes, os pacientes, com frequência, desenvolvem uma forma secundária de ansiedade antecipatória, preocupando-se constantemente com expectativa de quando e onde o próximo ataque irá ocorrer.

Os ataques podem aparecer sem desencadeantes ambientais ou intrapsíquicos aparentes. Um número significativo de pacientes com transtorno de pânico apresenta esses ataques devido a fatores intrapsíquicos, podendo, então, responder a intervenções psicológicas (Milrod, Busch, Cooper & Shapiro, 1997; Nemiah, 1984). Os psicanalistas e psicoterapeutas psicanalíticos devem investigar amplamente as circunstâncias dos ataques e a história de cada paciente para que possam determinar os fatores psicológicos relevantes.

Embora as evidências de fatores fisiológicos no transtorno do pânico chamem a atenção, tais observações são mais patogênicas do que etiológicas. Nenhum dos dados fisiológicos explica o que desencadeia o início de um ataque de pânico (Busch, Cooper, Klerman, Penzer, Shapiro & Shear, 1991). Os fatores estressores tendem a estar ligados a alguma alteração no nível de expectativa colocada sobre o paciente. Mudanças nas expectativas relacionadas a situações de trabalho são comuns, assim como perdas associadas a figuras centrais na vida dos pacientes. Muitas das perdas são associadas a experiências na infância, nas quais o vínculo com um dos pais é vivido como ameaçador, crítico, controlador e exigente. A avaliação de material clínico revela um padrão de ansiedade em relação à socialização durante a infância, relações parentais de pouco acolhimento e sentimentos de serem colocados em armadilhas. Para a maior parte dos pacientes que apresenta transtorno de pânico é difícil lidar com os sentimentos de raiva e agressão.

A separação materna precoce, em particular, parece ligada ao transtorno de pânico. Em alguns casos, verifica-se que o transtorno de pânico é o resultado de perda interpessoal e pode representar uma forma complicada da privação.

O nível extremo de pânico observado nesses pacientes pode refletir uma função da ansiedade sinal inadequada para ativar os recursos defensivos do ego. Ameaças ao vínculo, em particular, parecem desencadear esse tipo de pânico catastrófico.

Outro fator etiológico em pacientes mulheres, que também tem relação com dificuldades no vínculo, é o abuso físico ou sexual. A internalização de representações de abusos dos pais também interfere no desenvolvimento da confiança na vida adulta. Assim, perigos imaginários, frequentemente originários de trauma prévio, não são discriminados dos perigos reais.

Relatos de caso de tratamentos bem-sucedidos de pacientes com transtorno de pânico, tanto com psicanálise, quanto com psicoterapia psicanalítica (Abend, 1989; Milrod & Shear, 1991; Milrod et al., 1997; Sifneos, 1972), dão razões para acreditar que as intervenções psicanalíticas têm um grande papel no tratamento.

No curso da terapia psicanalítica, as dificuldades do paciente nos relacionamentos atualizam-se, com frequência, na transferência com o terapeuta. Conflitos em torno da raiva, da independência e da separação são especialmente proeminentes. Geralmente, cabe ao terapeuta explorar o temor do paciente de se tornar excessivamente dependente dele à medida que o tratamento progride.

Em muitos casos, as fantasias de raiva incontrollável podem ser centrais na terapia. A raiva dos pais pode ter sido tão intensa que qualquer erupção de raiva é considerada potencialmente destrutiva. Algumas crianças podem ter sentido que seus pais as abandonaram quando elas expressaram a raiva. O exame de mecanismos de defesa característicos destinados a evitar a raiva é, em geral, considerado valioso. Pacientes com transtorno de pânico tipicamente empregam alguma combinação das seguintes defesas: formação reativa, neutralização, somatização e projeção (Busch, Shear, Cooper, Shapiro & Leon, 1995). Tanto a neutralização quanto a formação reativa podem ajudar o paciente a negar afetos, como, por exemplo, o de raiva. Os psicanalistas ou psicoterapeutas podem ter que ajudar os pacientes a se tornarem conscientes de sua ansiedade em relação à expressão da raiva e à necessidade associada de se defender contra ela. Além disso, o terapeuta deve estimular o paciente a revisar os detalhes do desencadeamento de um ataque de pânico e começar a fazer a ligação entre a ansiedade em relação à catástrofe e os eventos da vida. Dessa forma, a capacidade de tornar psíquica a manifestação de pânico do paciente aumentará a ponto de possibilitar que ele veja algo que está sendo representado pelo ataque de pânico. Em outras palavras, a vivência de uma catástrofe é uma realidade psíquica.

Defesas de somatização e projeção trabalham, com frequência, para impedir o *insight*. Na somatização, a atenção do paciente tem como foco os fenômenos fisiológicos, mais do que os significados psicológicos. Na projeção, os problemas são atribuídos a pessoas externas, que são consideradas como estando maltratando o paciente de alguma forma. Empregadas de maneira associada, essas defesas podem criar uma forma específica de relação objetal, na qual os outros, como por exemplo os médicos, são convocados como possíveis curadores e espera-se que tratem algo no corpo do paciente. Esse padrão de relação objetal com frequência torna-se presente também na transferência com o psicanalista ou psicoterapeuta.

### 3. Fobias

Entre os transtornos de ansiedade, as fobias são os mais comuns. Elas são divididas em três categorias: 1) agorafobia sem história de transtorno de pânico, 2) fobia específica e 3) fobia social (DSM-IV-TR, 2002).

A compreensão psicanalítica das fobias ilustra o mecanismo neurótico da formação do sintoma. Quando pensamentos sexuais e agressivos proibidos, que podem levar à punição retaliadora, ameaçam emergir do inconsciente, a ansiedade sinal é ativada e leva ao desenvolvimento de três mecanismos de defesa: deslocamento, projeção e evitação (Nemiah, 1981). Tais defesas eliminam a ansiedade, reprimindo, mais uma vez, o desejo proibido. No entanto, a ansiedade é controlada ao custo da produção da neurose fóbica.

Números exatos sobre fobia social são difíceis de serem determinados pelo fato de o diagnóstico ser frequentemente aplicado a padrões interpessoais gerais de vergonha e evitação do sexo oposto pelo medo da rejeição. O *continuum* varia de fobia social, em um extremo, a um estilo caracterológico generalizado de se relacionar, conhecido como transtorno da personalidade evitativa, no outro.

Os estressores como humilhação e crítica por parte de irmãos mais velhos, discussões entre os pais e morte ou separação de um dos pais provavelmente estão entre os principais fatores ambientais que contribuem para o desenvolvimento futuro de fobias. Uma interpre-

tação possível é que as crianças com inibição que prosseguem e desenvolvem transtornos de ansiedade manifestos são aquelas expostas a pais com maior ansiedade, que podem transmitir para elas que o mundo é um lugar perigoso. Além disso, a crítica materna, em particular, parece mediar a relação entre transtorno de ansiedade da mãe e manifestação de inibição da criança, levando ao risco de psicopatologia (Hirshfeld, Biederman, Brody, Faraone & Rosenbaum, 1997).

A fobia social é uma condição com alta taxa de comorbidade. Os pesquisadores demonstraram que, na ausência de comorbidade, a fobia social é raramente tratada por profissionais de saúde mental.

O trabalho clínico com pacientes fóbicos revela que certas relações objetais características estão presentes. Os pacientes possuem representações internalizadas dos pais ou daqueles que exerceram tais papéis ou, ainda, dos irmãos, por quem são criticados, ridicularizados, humilhados, abandonados e constrangidos (Gabbard, 1992). Essas introjeções são estabelecidas cedo na vida e, repentinamente, são projetadas em pessoas do ambiente, que passam a ser evitadas.

Devido às altas taxas de comorbidade do transtorno, a fobia social pode ser identificada quando um paciente busca tratamento por outro problema. O embaraço e a vergonha são os estados afetivos principais. O psicanalista e o psicoterapeuta que se sintonizam com tais afetos podem ter melhor oportunidade de, nas primeiras entrevistas com o paciente, formar uma aliança terapêutica. Explorar as fantasias de como o psicanalista ou psicoterapeuta e outros podem reagir a eles também ajuda os pacientes a começar a perceber que o que acham que os outros sentem em relação a eles pode ser diferente de como os outros, na realidade, sentem-se em relação a eles. A resistência ao tratamento deve ser manejada de forma efetiva, pois sem tratamento os pacientes com frequência evitam a escola ou o trabalho e muitos terminam em benefício social ou incapacidade (Schneier, Johnson, Homig, Liebowitz & Weissman, 1992).

As relações interpessoais dos pacientes com fobias beneficiam-se de uma abordagem psicanalítica. Por estarem presos em casa, indivíduos com grave agorafobia, em geral, necessitam de cuidados de outra pessoa significativa, como um cônjuge ou um dos pais. A avaliação adequada e o tratamento das fobias devem incluir uma avaliação cuidadosa de como a fobia se adapta à rede de relacionamentos do paciente.

#### 4. Transtorno obsessivo-compulsivo

As obsessões são definidas como pensamentos ego-distônicos recorrentes, enquanto as compulsões são ações que devem ser feitas para alívio da ansiedade. As queixas dos pacientes situam-se em cinco categorias: 1) rituais envolvendo checagem; 2) rituais envolvendo limpeza; 3) pensamentos obsessivos não acompanhados por compulsões; 4) lentidão obsessiva e 5) rituais mistos (Baer & Jenike, 1986). O transtorno obsessivo-compulsivo é frequentemente complicado por depressão e sério prejuízo no funcionamento ocupacional e social, de forma que os membros da família e os que trabalham com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo podem também sofrer repercussão da doença.

O transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva parece responder bem à psicanálise e à psicoterapia orientada para o *insight*. Também se sabe que os sintomas aumentam ou diminuem de acordo com a presença ou a ausência de estresse na vida do paciente.

Quando a tensão é reduzida, pode ocorrer melhora, enquanto o aumento do estresse ou a recorrência da situação desencadeante original piora os sintomas (Black, 1974).

O tratamento psicanalítico pode ser extremamente útil em uma série de situações. Muitos pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo parecem agarrar-se a seus sintomas, resistindo tenazmente aos esforços de tratamento. Os próprios sintomas podem evitar a desintegração psicótica em alguns pacientes, desempenhando, desse modo, uma função altamente útil em termos de homeostase psicológica. Pelo fato de os sintomas de transtorno obsessivo-compulsivo poderem acompanhar qualquer nível de personalidade subjacente ou organização de ego (Corfield & Malen, 1978), uma avaliação psicanalítica deve também enfatizar a função dos sintomas em toda a estrutura intrapsíquica do paciente. Apesar da natureza refratária de muitos sintomas obsessivo-compulsivos, a psicanálise e/ou psicoterapia psicanalítica podem melhorar consideravelmente o funcionamento interpessoal dos pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo.

Muitos familiares descreveram sentir-se intimidados pelo paciente a fazer coisas para se adaptar a suas obsessões e compulsões. De forma semelhante, esse padrão de relacionamento torna-se internalizado e, frequentemente, é recriado quando os pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo são admitidos em centros de atenção diária ou em unidades de internação. Quando se sentem autorizados a assumir sua postura caracterológica, em geral, alguns pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo sentem-se no direito de insistir que todos devem se adaptar à sua doença.

Os sintomas do transtorno obsessivo-compulsivo frequentemente levam os pacientes a ter problemas de relacionamento e o diagnóstico de transtorno obsessivo-compulsivo está associado a um alto risco de divórcio e separação (Zetin & Kramer, 1992). A psicanálise e/ou psicoterapia psicanalítica, portanto, podem ser a modalidade eficaz de abordagem dos problemas de relacionamento. Alguns profissionais de saúde mental (Leib, 2001; Meares, 2001) observaram como o envolvimento dos pacientes com rituais e pensamentos obsessivos pode levar a uma existência pessoal altamente restrita, levando igualmente ao desenvolvimento problemático do *self* e das relações objetais. A psicanálise e/ou psicoterapia psicanalítica podem ser necessárias para ajudar o paciente a redefinir um sentido de *self* separado da experiência dos rituais e pensamentos obsessivos e a desenvolver uma maior consciência com respeito à vida interna dos outros.

Outra contribuição útil que os psicanalistas e os psicoterapeutas de orientação psicanalítica podem fazer ao tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo é por meio da investigação dos desencadeantes que iniciam ou exacerbam os sintomas. Ao ajudarmos os pacientes a compreender a natureza desses estressores, os sintomas podem ser manejados de forma mais eficaz.

## 5. Considerações finais

O presente artigo apresentou o conceito de compulsão e buscou abordar as manifestações de obsessão, compulsão, fobia e pânico enquanto categorias diagnósticas, apontando que a psicanálise e a psicoterapia psicanalítica são abordagens terapêuticas eficazes nesses casos. Nestas considerações finais, retomo os principais pontos de cada transtorno exposto previamente:

5.1. Pacientes com transtorno de pânico podem apresentar episódio de mal-estar devido a determinantes intrapsíquicos que podem ser superados pela terapia psicanalítica. Verifica-se que os pacientes empregam preferentemente os mecanismos de defesa de formação reativa, neutralização, somatização e projeção. A experiência clínica encontra, muitas vezes, a separação materna precoce e/ou perda de outras pessoas significativas na infância. A resposta positiva à psicanálise e à psicoterapia psicanalítica justificam que a abordagem psicanalítica tem papel significativo no planejamento terapêutico do transtorno de pânico.

5.2. Os pacientes com fobia podem apresentar-se com agorafobia sem história de transtorno de pânico, fobia específica e fobia social. Os fatores psicogênicos presentes são experiências de humilhação, crítica, perda de figuras significativas da infância, como pais e irmãos. Vivência de representações internalizadas dos pais ou substitutas por quem foram criticados, humilhados, as quais são projetadas em pessoas do ambiente atual, que, por sua vez, são evitadas. Deve-se incluir uma avaliação de como a fobia adapta-se à rede de relacionamentos do paciente.

5.3. Os pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo sofrem principalmente de rituais envolvendo checagem, envolvendo limpeza, pensamentos obsessivos sem compulsão e, ainda, podem apresentar lentidão obsessiva. Algumas vezes, esses pacientes são resistentes a mudanças sintomatológicas, mas apresentam melhora significativa do funcionamento interpessoal com a psicanálise e/ou psicoterapia psicanalítica, alcançando uma maior elaboração de sua personalidade e consideração pelos outros.

*La clínica sicanalítica actual: obsesión, compulsión, fobia y pánico*

*Resumen:* El trabajo presenta el concepto de compulsión y busca las manifestaciones de obsesión, compulsión, fobia y pánico en cuanto categorías diagnósticas. Apunta que la sicanálisis y la sicoterapia sicanalítica son abordajes terapéuticos eficaces en esas categorías diagnósticas.

*Palabras clave:* compulsión; pánico; fobia; obsesión; sicanálisis; sicoterapia sicoanalítica.

*The current psychoanalytic clinic: obsession, compulsion, phobia and panic*

*Abstract:* The paper presents the conception of compulsion and tries to approach the manifestation of obsession, compulsion, phobia and panic as diagnostic category. It indicates that psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy are effective therapeutic approaches in these diagnostic categories.

*Keywords:* compulsion; panic; phobia; obsession; psychoanalysis; psychoanalytic psychotherapy.

**Referências**

- Abend, S. M. (1989). Psychoanalytic psychotherapy. In C. Lindmann (ed.). *Handbook of phobia therapy: Rapid symptom relief in anxiety disorders* (p. 395-403). Northvale, NJ: J. Aronson.
- Baer, L. & Jenike, M. A. (1986). Introduction. In M. A. Jenike, L. Baer & W. E. Minichiello (eds.). *Obsessive-compulsive disorders: Theory and management* (p. 1-9). Littleton, Mass.: PSG.
- Black, A. (1974). The natural history of obsessional neurosis. In H. R. Beech (ed.). *Obsessional states* (p. 19-54). London: Methuen.
- Busch, F. N., Cooper, A. M., Klerman, G. L., Penzer, R. J., Shapiro, T. & Shear, M. K. (1991). Neurophysiological, cognitive-behavioral, and psychoanalytic approaches to panic disorder: Toward an integration. *Psychoanalytic Inquiry*, 11: 316-332.

- Busch, F. N., Shear, M. K., Cooper, A. M., Shapiro, T. & Leon, A. C. (1995). An empirical study of defense mechanism in panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183 (5): 299-303.
- Corfield, R. B. & Malen, R. L. (1978). A multidimensional view of the obsessive character. *Comprehensive Psychiatry*, 19: 73-78.
- DSM-IV-TR. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: Texto revisado*. Porto Alegre: Artmed.
- Freud, S. (1962). Notes upon a case of obsessional neurosis. Vol. 10. In *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. Trad. J. Strachey, p. 155-249. London: Hogarth Press. (Trabalho original publicado em 1909).
- Gabbard, G. O. (1992). Psychodynamics of panic disorder and social phobia. *Bulletin of the Menniger Clinic*, 56 (Suppl. A): A3-A13.
- Hirshfeld, D. R., Biederman, J., Brody, L., Faraone, S. V. & Rosenbaum, J. F. (1997). Expressed emotion toward children with behavioral inhibition: Associations with maternal anxiety disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36: 910-917.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1983). *Vocabulário da psicanálise*. 7ª. ed., p. 123-124. São Paulo: Martins Fontes.
- Leib, P. T. (2001). Integrating behavior modification and pharmacotherapy with the psychoanalytic treatment of obsessive-compulsive disorder: A case study. *Psychoanalytic Inquiry*, 21(2): 222-241.
- Meares, R. (2001). A specific developmental deficit in obsessive-compulsive disorder: the example of the wolf man. *Psychoanalytic Inquiry*, 21 (2): 289-319.
- Milrod, B. & Shear, M. K. (1991). Psychodynamic treatment of panic: Three case histories. *Hospital and Community Psychiatry*, 42 (3): 311-312.
- Milrod, B. L., Busch, F. N., Cooper, A. M. & Shapiro, T. (1997). *Manual of panic-focused psychodynamic psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Nemiah, J. C. (1981). A psychoanalytic view of phobias. *American Journal of Psychoanalysis*, 41: 115-120.
- \_\_\_\_\_. (1984). The psychodynamic view of anxiety. In R. O. Pasnau (ed.). *Diagnosis and treatment of anxiety disorders* (p. 115-137). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Schneier, F. R., Johnson, J., Homig, C. D., Liebowitz, M. R. & Weissman, M. M. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, 49: 282-288.
- Sifneos, P. E. (1972). *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Zetin, M. & Kramer, M. A. (1992). Obsessive-compulsive disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 43: 689-699.

[Recebido em 26.6.2009, aceito em 29.9.2009]

Theodor Lowenkron

[Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro SBPRJ]

Av. N. S. de Copacabana 749, Grupo 1201, Copacabana,

22050-002 Rio de Janeiro, RJ

theodorlowenkron@uol.com.br