

A clínica da síndrome do pânico

Marcelo Pinheiro

RESUMO

Neste artigo busco transmitir um pouco do que aprendi, em cerca de quinze anos de prática clínica, com pessoas que vivenciavam a síndrome do pânico.

Palavras-chave: Gestalt-terapia; Síndrome do Pânico; Psicoterapia.

INTRODUÇÃO

Durante meu caminho como Psicoterapeuta tenho tido muito contato com o quadro clínico denominado Síndrome do Pânico ou Transtorno do Pânico. Eu estava na faculdade quando teve início a era deste quadro. Lembro que em um dos estágios que eu fazia, na psiquiatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto, encontrávamos uma série de pessoas que viviam esta síndrome e na área acadêmica da faculdade vários professores ainda não tinham idéia de a que se referia tal conceito. Isso se deu aproximadamente em 1988. Já naquela época, por uma série de motivos, me interessei muito pelo quadro.

Há aproximadamente onze anos venho ministrando, em parceria com minha esposa, a Psicóloga Márcia Estarque Pinheiro o curso "Estresse, Depressão e Síndrome do pânico: que são? De onde vêm? Como tratar?"^[1]. Em função do curso, nós normalmente temos uma grande procura de pessoas que estão vivendo estes transtornos.

De início a síndrome do pânico inspira uma questão a quem vem acompanhando a história deste quadro: O que ocasionou o "surgimento" de tal quadro, com tamanha incidência e constância no tempo? Afinal já fazem mais de quinze anos que está onda de síndrome do pânico teve início.

Algumas pessoas defendem a hipótese de que este quadro foi praticamente criado e patrocinado pela indústria farmacêutica. Eu não concordo com este ponto de vista. Dentro do que eu acompanhei, o

aumento de incidência do quadro ocorreu antes que a mídia se apropriasse dele. Lembro que no início muitas pessoas chegavam ao consultório com os sintomas claros desta síndrome, porém sem saber dar nome ao que estavam vivendo. Isso me faz duvidar da hipótese de que as pessoas criariam os sintomas por simples sugestão.

2

No final dos anos 80, início dos anos 90, alguém que vivesse tal quadro tinha que realmente enfrentar uma Via Crucis até encontrar um nome para o que estava vivendo. Eram muito comuns relatos de pessoas que, vivendo a crise, iam parar nas emergências de alguns hospitais e escutavam dos médicos a frase: "você não tem nada!". O que para estas pessoas era desesperador, posto que os profissionais que elas imaginavam poder ajudá-las em relação a sensações tão intensas, simplesmente não enxergavam o que elas estavam vivendo. Tenho inclusive o relato de uma pessoa que chegou a ser submetida a um cateterismo em função de uma crise de pânico mal diagnosticada.

Por outro lado, as características deste quadro são muito nitidamente marcadas, tornando impraticável a crença de que já existisse tamanha incidência de pessoas apresentando este tipo de sintomas sem que fossem enquadradas em uma síndrome.

Acredito muito na hipótese de que o aumento de incidência deste distúrbio se deu em função de características do momento sócio-econômico-cultural em que vivemos. Cabe aqui ressaltar que ao longo dos tempos existe, historicamente, uma oscilação na frequência de ocorrência dos diversos quadros clínicos de origem emocional. Este é um fenômeno bastante coerente. É natural imaginar que, quando existam modificações no contexto vivencial do ser humano, também ocorram modificações nas dificuldades emocionais encontradas.

Estamos numa era de muito estresse e muita insegurança isto é, muito desgaste e muito medo. O medo tem sido um sentimento extremamente presente, especialmente para as pessoas que vivem nas grandes cidades. Neste contexto é natural que a dificuldade de lidar com o medo apareça como uma das expressões das fragilidades individuais.

Falando de uma forma Gestáltica: se o medo tem estado muito presente como fundo para as experiências humanas atuais é natural que ele tenda a se fazer figura. Especialmente se associado a isso, as pessoas já estiverem vivendo um nível de desgaste excessivo, como tem sido quase que um padrão em nosso momento atual.

São muitos os fatores, em nosso momento histórico, que tornam pouco previsível e pouco seguro o instante seguinte. Um dos fatores é a maior agilidade dos meios de comunicação. Atualmente acompanhamos, quase que em tempo real, os acontecimentos de todo o globo terrestre, especialmente os acontecimentos trágicos. Recebemos constantes indícios da fragilidade de nossa segurança física e emocional. Estes indícios apontam para a imprevisibilidade e insegurança em relação futuro

próximo. Essa é a cara da síndrome do pânico: a sensação apavorante de que algo muito ruim pode vir a acontecer no instante seguinte.

É impossível escrever sobre este tema sem lembrar de um dos exemplos mais marcantes do que estou descrevendo. A experiência do atentado de 11 de setembro de 2001 em Nova York, nos Estados Unidos. Naquele dia, em praticamente todo o globo terrestre, as pessoas acompanharam os acontecimentos em tempo real, vivendo uma grande sensação de incerteza em

3

relação ao futuro. O que viria depois daquilo? Quais seriam as consequências? Uma insegurança enorme em relação ao futuro imediato.

Alguns autores explicam a crise de pânico como uma falha no sistema de alarme do indivíduo, que dispara sem motivo. Discordo deste ponto de vista simplesmente porque a partir do momento em que a pessoa abre o quadro de pânico, isto é, tem a primeira crise, ela passa a ter motivo para ter medo sim! Existe uma ameaça real! Na medida em que uma pessoa que tenha o mínimo de inteligência vivencie uma primeira crise de pânico, ela automaticamente aprende que existe esta possibilidade e que é uma possibilidade muito ruim e paralisadora. Então, ela tem um motivo muito forte para ter medo. A ameaça existe apesar de não ser visível para os que estão ao redor. E pior, a ameaça está dentro da própria pessoa. Ela não tem esconderijos, não tem como fugir. Quem tem uma fobia específica, quando evita o estímulo fóbico, se sente aliviado. Por exemplo, quando alguém tem medo de elevador e consegue evitar o uso do elevador pode fugir do medo. No caso do quadro de pânico os estímulos fóbicos são as próprias sensações físicas. O disparador é interno. É uma espécie de medo de ter medo. Não se tem como fugir das próprias sensações físicas.

Quanto às alterações fisiológicas que se fazem presentes no indivíduo que está vivendo este tipo de quadro, são alterações compatíveis com o estado emocional típico desta síndrome. Seria realmente difícil imaginar que não acontecessem alterações bioquímicas, já que a dinâmica dos estados emocionais envolve alterações desta ordem. Curiosamente, de tempos em tempos, encontramos a insinuação de que a presença de alterações bioquímicas em pessoas que estão vivendo a síndrome indicaria que ela teria causa puramente orgânica. Obviamente esta afirmação não se sustenta.

O mecanismo da crise do Pânico

A crise de pânico se dá a partir do entrelaçamento de pensamentos e sentimentos. À medida que a pessoa tem a primeira crise e aprende que pode ter uma vivência tão sofrida, ela começa a ter medo de ter as crises. Ela passa a ter medo de ter medo. Com isso surge uma espécie de reação em cadeia. Uma espécie de espiral viciosa na qual a pessoa passa a identificar praticamente qualquer sensação interna como indício do início de uma crise. A capacidade de pensar termina sendo usada, pelo

indivíduo para tirar sua própria segurança, ao invés de possibilitar a busca de suporte. A pessoa por estar com medo, vai criando um filme de terror na própria cabeça, imaginando os possíveis desdobramentos do que está sentindo. As fantasias mais comuns são de morte ou loucura eminentes. A insegurança em relação ao instante seguinte é assustadora e quanto mais aterrorizantes são as cenas imaginadas, maiores as alterações fisiológicas resultantes. Quanto maiores as alterações fisiológicas, mais nítida é a confirmação da presença da crise, maior o pavor, maiores os motivos para fantasias sobre o que pode acontecer no instante seguinte, e assim sucessivamente.

O medo que normalmente tem a função de sinalizar o perigo, passa a ser vivenciado como o próprio perigo. Paradoxalmente à vontade de se afastar das próprias sensações físicas, torna a pessoa hiper-vigilante em relação às suas sensações internas. Qualquer alteração se torna uma ameaça.

4

Nosso cérebro não funciona no negativo. Não existe um símbolo que especifica um não algo. Por exemplo, se eu pedir para o leitor para não pensar numa piscina azul, automaticamente o leitor pensará na piscina azul. Para tentar fugir do medo a pessoa tem que representar o medo, isto é sentir o medo. Este é um aspecto fundamental da reação em cadeia que é a crise de pânico em si.

Prolapso da válvula mitral

No universo das pessoas que vivem o quadro de Síndrome do Pânico existe uma incidência muito grande de pessoas que têm uma alteração cardíaca denominada prolapso da válvula mitral. Essa alteração em si não traz riscos de vida para o indivíduo, porém grande parte das pessoas que têm o prolapso descreve sensações ocasionais de alteração do ritmo cardíaco. Acredito que essas sensações terminam funcionando como disparadoras para crises de pânico. Isso justificaria uma maior incidência de quadros de pânico no universo das pessoas que apresentam prolapso de válvula mitral.

Síndrome do pânico tem cura?

Já recebi no consultório várias pessoas que me afirmaram ter sido informadas de que a Síndrome do Pânico não tem cura. Essa crença no meu ponto de vista é absurda. Normalmente os profissionais que fazem essa afirmação são aqueles que acreditam na medicação como única forma de tratamento. E à medida que ministram as medicações e não encontram resultado, terminam acreditando que síndrome do pânico não tem cura. A medicação nesses quadros funciona como um paliativo. Não atua nos fatores geradores do quadro. O que vai modificar os fatores geradores de um quadro de pânico é o aprendizado, é o autoconhecimento.

Síndrome do Pânico tem cura e normalmente a pessoa tem muitos ganhos

neste processo de cura. É claro que, da mesma forma que quando alguém põe a mão em um ferro quente se queima, e se põe de novo se queima de novo. Quando alguém que uma vez fez por onde abrir um quadro de pânico, volta a usar a mesma receita, pode ter uma recaída. E, normalmente, se viveram bem o primeiro episódio, isto é puderam aprender com o quadro, tendem a sair de um segundo episódio com muito mais facilidade.

O atendimento Psicoterapêutico a pessoas que vivem a Síndrome do Pânico

Depois desta pequena contextualização vou entrar nas características do atendimento a pessoas que vivem o Transtorno do Pânico.

Quando um caminhante encontra uma trilha com paisagens que parecem conhecidas, ele tende a se sentir mais à vontade do que quando encontra paisagens exóticas, estranhas. E, de fato, numa trilha onde o tipo de vegetação, a textura do piso, o tipo de umidade são conhecidos o viajante tem mais condição de prever que tipo de cuidados ele deve ou não tomar. Porém, ele nunca deve esquecer que cada trilha é única. Numa trilha que parece conhecida é muito importante tomar cuidado para que o deslumbramento

5

originário desta sensação de intimidade não bloqueie seus sentidos, pois isso certamente traria consequências negativas.

A palavra "síndrome" significa "reunião de sinais e sintomas que ocorrem em conjunto e que caracterizam uma doença ou uma perturbação".ⁱⁱⁱ Na medida em que encontramos sintomas parecidos, certamente a tendência será encontrarmos paisagens também parecidas na jornada a dois que é uma relação terapêutica. Nesse momento é importante aproveitar o que há de positivo nisto, porque realmente existem aspectos positivos neste fato. Porém, é fundamental jamais esquecer que cada pessoa é única e, que cada encontro entre duas pessoas também é único e deve ser cultuado como tal. Esquecer isso é correr o risco de não enxergar a pessoa que está à nossa frente. Acredito do fundo d'alma que para o desenvolvimento do ser humano, o melhor caminho passa pelo encontro intenso e real com o outro ser humano. Se perdermos essa possibilidade, ficamos apenas com uma técnica vazia e sem consistência.

Espero que as palavras que vêm a seguir não sejam lidas como uma receita de bolo, e sim como a descrição de alguns aspectos que costumam se fazer presentes, num determinado tipo de trilha que tenho transitado como terapeuta nestes últimos treze anos.

Em primeiro lugar o trabalho com este tipo de transtorno é extremamente gratificante em função do nível de concretude dos ganhos obtidos no processo terapêutico. A pessoa chega ao consultório apenas sobrevivendo, suportando a vida e, com ajuda terapêutica, resgata a possibilidade de voltar a viver a vida, de ter prazer ao viver. Geralmente,

quando inicia a terapia, ela se encontra num estado de tensão permanente. Normalmente, em um espaço de tempo muito pequeno (de um a seis meses em média), resgata dramaticamente sua qualidade de vida. Após superar o período em que as crises têm uma grande incidência, a maioria das pessoas se mantém em terapia mais algum tempo. Agora não mais pelo sofrimento, mas sim por terem aprendido a importância de se conhecer melhor e de cuidar dos próprios limites. Esta segunda etapa do processo terapêutico é muito importante para consolidar os ganhos obtidos na etapa inicial.

No início do processo de crescimento de uma planta podemos assistir rápidas mudanças. Em poucas horas diferenças significativas podem ser observadas. Na medida em que a planta vai crescendo, vai ficando mais difícil identificar rapidamente as mudanças. Elas ainda acontecem, mas agora de maneira não tão drástica. Em contrapartida as transformações que parecem mais lentas na planta adulta são mais estruturadas, mais consistentes. A planta nova, o broto, quebra com um simples peteleco. Já as transformações estruturais da planta adulta são bem mais resistentes. Em alguns casos não cedem nem a machadada. O mesmo acontece num processo terapêutico. De início assistimos grandes transformações em pouco tempo, porém são transformações ainda frágeis. Aos poucos as transformações vão passando a ser menos marcantes, porém mais consistentes.

A Gestalt-Terapia nos fornece recursos extremamente úteis para lidar com o transtorno do pânico, especialmente na medida em que nos instrumentaliza para trabalhar com a ampliação do conhecimento que a pessoa tem de seu

6

próprio corpo. As pessoas que abrem um quadro como este normalmente são pessoas que tendem a passar por cima de seus próprios limites. São pessoas que costumam se voltar para fora, para os outros ou para metas como carreira profissional etc., negligenciando algumas de suas necessidades individuais, seus limites. Normalmente estas pessoas já vêm apresentando uma série de outros sintomas como gastrite, alergias entre outras e não escutam estes sintomas de modo a pararem para se cuidar a partir deles.

Eu costumo dizer que um quadro de pânico bem vivido pode ser uma experiência importantíssima na existência de algumas pessoas, pois é um quadro que faz com que elas tenham que parar para reavaliar a atitude que estão tendo diante da vida. Termina sendo necessário abrir um quadro como este para que essas pessoas possam se escutar. É como se o corpo estivesse berrando para pedir ajuda. A partir dessa parada e dessa reavaliação, tendem a surgir importantes mudanças de postura. Essas mudanças de atitude diante da vida certamente vão ser muito importantes, tanto porque geraram uma grande transformação na sua qualidade de vida, como também para evitar outras consequências bem piores. Estas são prováveis para pessoas que sistematicamente não respeitam, nem identificam seus próprios limites, como por exemplo: enfartes, derrames,

pressão alta entre outros.

Existem dois estilos de personalidade que tipicamente costumam apresentar o transtorno do pânico. O primeiro estilo é composto por pessoas que eu normalmente brinco, classificando como tendo complexo de super-homem. São pessoas que não têm limites. Sempre tentam dar conta de tudo. Normalmente são a referência familiar. Sempre que surge um problema elas são as pessoas a serem acionadas. Essas pessoas não sabem dizer não, tendem a se voltar demasiadamente para outro e com isso perdem a referência dos próprios limites. É como se elas diminuíssem muito a capacidade de escutar suas próprias necessidades em prol de ampliar a possibilidade de perceber as demandas externas. O “eu tenho”, substituiu quase que totalmente o “eu quero”. Não existe espaço para o prazer pessoal.

O segundo estilo de personalidade é complementar ao primeiro. São aquelas pessoas que tendem a desenvolver vínculos de dependência. Buscam suporte no outro, se sentem incapazes de andar com as próprias pernas. Essas pessoas também perdem a noção de seus próprios limites, porém neste caso de forma praticamente intencional. Preferem abrir mão da direção de suas próprias vidas. A responsabilidade das escolhas é vivida como algo pesado demais. Em função disso elas preferem abrir mão de escolher, optando por convidar ao outro para que assuma as responsabilidades de suas decisões.

Estes dois tipos de personalidade formam os dois extremos de um mesmo eixo. Enquanto o primeiro tende a não escutar suas próprias necessidades, o segundo tende a só escutar as próprias necessidades. O primeiro tende à onipotência e o segundo tende a impotência; o primeiro tende a ser cuidador, o segundo tende a ser cuidado, etc.

Enquanto no primeiro caso o indivíduo tende a viver a crise de pânico de forma solitária, escondendo das pessoas ao redor o próprio sofrimento, no segundo caso a pessoa sempre busca no outro apoio para lidar com suas dificuldades.

7

Sempre tem uma ou mais pessoas que sabem do quadro e que funcionam como uma espécie de bengala para ela.

O estilo super-homem tende a sair muito mais rapidamente do quadro de pânico do que o estilo dependente. Primeiro pela tendência que tem de se responsabilizar por seus problemas, segundo porque o quadro de pânico não se encaixa com seu estilo de personalidade.

Já as pessoas que se especializaram em vínculos de dependência não se sentem tão chocadas com a sensação de perda de potência, e, além disso, o quadro se encaixa como uma luva na forma como ela se vincula com outro. Dá mais justificativas para a manutenção dos vínculos de dependência. Com isso termina sendo muito mais demorada a saída das crises.

Normalmente no tratamento de pessoas que vivem este quadro faço duas prescrições:

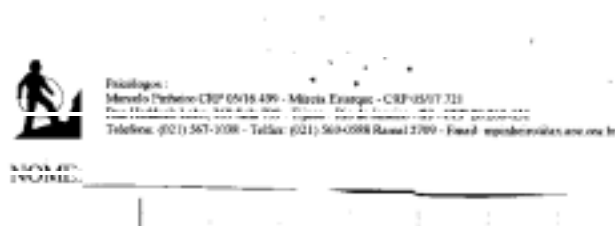
A primeira prescrição é que as pessoas busquem estar fazendo alguma atividade física, no mínimo três vezes por semana. Preferencialmente uma atividade que seja prazerosa e que intensifique bastante o ritmo cardio respiratório. Por que isso? Pois a atividade física faz com que o organismo produza uma série de substâncias que são antidepressivas e trazem um efeito muito positivo nestes casos. A importância de serem exercícios que alteram, significativamente, o ritmo cardio-respiratório está no fato de que uma pessoa de vida sedentária, que abre este tipo de quadro, passa a só experimentar e perceber estas alterações em seu corpo quando está vivendo a crise. Na medida em que elas voltam a ter este tipo de experiência em uma situação em que essas alterações são naturais e esperadas, elas têm a chance de resgatar a intimidade com essas experiências, resgatar a intimidade com o próprio corpo. Aconselho que a pessoa procure um médico para fazer os exames necessários antes de começar a atividade física, e que esta seja iniciada de forma lenta e gradual.

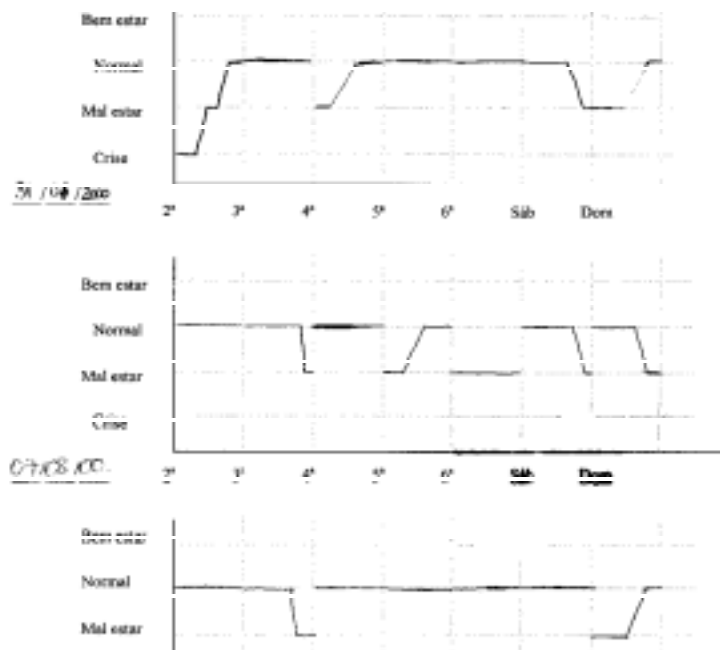
Com muita frequência o medo de viver a crise durante a atividade física dificulta o início da mesma, porém superada esta barreira inicial os ganhos são marcantes. Além disso, os efeitos colaterais são o aumento da auto-estima, sensação de mais energia, mais segurança e todos os outros ganhos que uma vida mais saudável traz para o organismo.

A segunda prescrição que faço é a busca de controlar o descontrole. Isto é, que a pessoa busque registrar a ocorrência das crises e suas alterações de humor. Com este objetivo forneço um formulário em forma de gráfico para que a pessoa preencha (Figura 1). Por que faço essa prescrição? Em primeiro lugar, porque na medida em que as pessoas observam certos padrões na ocorrência das crises, conseguem informações bem importantes. Por exemplo, se tendem a ter crises quando estão mal alimentadas, ou em que dias da semana essas crises costumam acontecer, que características têm em comum esses dias, entre outras. Algumas pessoas tendem a viver a crise nos finais de semana, outras durante a semana. Esse tipo de informação dá margem a muitas descobertas.

8

(Figura 1)





Outro motivo para utilizar os gráficos é que a saída de um quadro como esse tende a ser irregular. Eu costumo comparar com uma criança que está aprendendo a andar. A criança não levanta e sai andando. Ela consegue dar alguns passinhos e aos poucos a quantidade de passinhos vai aumentando e o engatinhar vai diminuindo, até que a criança passe a se locomover apenas de pé.

Na saída do quadro de pânico, o que nós vamos observar é que, aos poucos, as crises vão se espaçando, até que desapareçam. Com isso a possibilidade de acompanhar este processo de forma concreta como em um gráfico, ajuda à pessoa a identificar seus progressos. A percepção dos progressos dá segurança para a continuidade do trabalho que está sendo realizado. Como a

9

vivência da crise é muito marcante, se a pessoa não registra o espaçamento das mesmas, muitas vezes ela não se dá conta deste processo. Além disso, quando a pessoa já está a algum tempo sem ter

crises e vive um episódio de crise passa a ocorrer também uma sensação de frustração: "Eu pensei que tinha melhorado, mas não adiantou nada, ainda estou no mesmo lugar!" Este tipo de sentimento não ajuda em nada na caminhada que é a busca da superação deste quadro. Podendo até gerar a interrupção de um caminho produtivo.

Normalmente quando eu inicio um processo terapêutico, já previno a pessoa, avisando-a que ela vai vivenciar o afastamento das crises, mas que existe a possibilidade de que a superação das mesmas seja irregular. Cito a metáfora da criança aprendendo a andar, desenho um gráfico ilustrativo que representa a forma como provavelmente vai ser o afastamento das crises (figura 2). Mesmo assim quando, depois de um período longo sem ter crises, a pessoa vive uma recaída, não é raro ela ter a sensação de frustração. Nestes momentos é extremamente importante lembrar o que já tinha explicado anteriormente, e mostrar através dos gráficos que a pessoa produziu, como a frequência de crises nesse momento está muito menor do que em tempos anteriores. Como ela está atualmente num estágio muito melhor do que o anterior.

(Figura 2)

Quando a pessoa está vivendo uma crise como esta, ela sente como se não tivesse aonde se segurar, vive a sensação de que aquele sofrimento é eterno. Neste momento a possibilidade de enxergar, de forma bem concreta, o afastamento das crises permite que ela se dê conta de sua evolução.

Durante o processo terapêutico busco focalizar especialmente dois aspectos, que inicialmente parecem isolados, mais que com o tempo, tendem a se entrelaçar:

O primeiro é como a pessoa constrói a crise em si. Como se dá o processo? A espécie de reação em cadeia que é a própria crise. O segundo é como a pessoa construiu a fragilidade necessária para que ocorresse a primeira crise.

10

Tomar consciência de como a crise em si funciona pode facilitar muito a

que a pessoa possa ter escolha a cerca de seus movimentos internos. Aprender o funcionamento da crise de uma forma organísmica, isso é compreender de uma forma que vai além da razão, de uma forma experiencial, na qual a compreensão passa pela percepção da experiência física torna possível ao indivíduo se apropriar dos movimentos internos que realiza quando constrói a crise. Permite que ele possa ter escolha no decorrer da reação em cadeia que é a crise.

Com o objetivo de facilitar essa compreensão organísmica, que pode ser traduzida como uma ampliação da awareness, busco estar bem atento para as oportunidades de facilitar com que o indivíduo observe suas sensações físicas. Isto pode ocorrer tanto a partir da conscientização de expressões não verbais realizadas pelo cliente, como também por trabalhos especificamente voltados para a consciência corporal. Neste tipo de trabalho simplesmente peço para o indivíduo voltar sua atenção para suas sensações físicas, especialmente para sua respiração, seus batimentos cardíacos e as tensões musculares presentes no corpo como um todo e de forma especial às tensões presentes na musculatura da face.

A respiração sempre é um excelente termômetro, quando se quer identificar o estado emocional do ser humano. Nossa respiração normalmente varia de acordo com contexto emocional em que nos encontramos. E isso também ocorre em termos de batimentos cardíacos e de tensão muscular. A expressão do rosto que é formada a partir das tensões da musculatura da face também é uma excelente fonte de informação quando a pessoa está buscando ampliar sua percepção a cerca de suas reações emocionais.

Quando estou fazendo este tipo de trabalho normalmente, a medida em que a pessoa consegue contemplar suas sensações internas, sem tentar controlá-las, naturalmente sem que ela precise buscar, vai ocorrendo um reequilíbrio. Se a pessoa deixa, o organismo vai tendendo ao equilíbrio. Ele só não vai para o equilíbrio quando a pessoa não deixa, quando a pessoa usa a capacidade de pensar para tirar seu próprio tapete.

A experiência de dar atenção às próprias sensações físicas e a partir daí encontrar um equilíbrio, uma sensação de tranquilidade, é uma experiência muito importante, pois como já vimos a pessoa que vive o quadro de pânico tenta fugir de suas sensações físicas, tenta não sentir. Ter a oportunidade de experienciar o próprio corpo e reaprender que se a pessoa deixa, o corpo volta ao equilíbrio, é importantíssimo na superação do quadro de pânico, pois instrumentaliza o indivíduo de forma a que ele amplie suas possibilidades de conseguir interromper a reação em cadeia.

A volta da intimidade com o próprio corpo torna possível ao indivíduo a busca de segurança em sua identidade corporal. A pessoa passa a poder buscar suporte na concentração e este é um movimento oposto ao que ela fazia antes.

Também este tipo de trabalho em muitos momentos esbarra com um obstáculo inicial. Algumas pessoas têm medo de que prestar atenção nas sensações físicas deflagre a crise. Da mesma forma que no caso da atividade física, esta

11

também é uma dificuldade inicial. Passada esta barreira os ganhos também são muito significativos.

E quando o cliente traz crise para o consultório?

Este muitas vezes é um divisor de águas no processo terapêutico. É um momento de ganhos incalculáveis na busca do aprendizado de como a pessoa constrói a crise e na conseqüente superação do quadro. Se o terapeuta se sente seguro e consegue acompanhar o cliente neste momento, facilitando com que este possa observar suas reações físicas ao invés de fugir delas, ou de tentar prever o instante seguinte, o cliente tem a chance de passar pela situação de crise em um local apropriado, no sentido de propiciar condições para que ele aprenda sobre sua vivência, conheça mais sobre o processo da crise e com muita frequência experimente um desfecho diferente no caminho deste processo. Essa experiência vivenciada tem em si, potencial para gerar grandes avanços no processo terapêutico. Mas, para isso é realmente muito importante que o terapeuta saiba onde está pisando, entenda o que a pessoa está vivendo para poder acompanhá-la.

O segundo ponto fundamental no processo terapêutico é a busca de "o que a presença do quadro em si tem para ensinar a esta pessoa?". Este aprendizado é de grande importância especialmente para o futuro deste ser humano.

O quadro de pânico não vem do nada. Ele surge como indício de algum tipo de desequilíbrio. Algo na forma como essa pessoa lida com sua realidade, algo na postura que essa pessoa tem diante de seu mundo não está trazendo o retorno necessário. Escutar este sintoma tão lancinante e aprender com ele, é o que de mais importante se tem a fazer num processo terapêutico.

O processo terapêutico passa por uma cuidadosa busca de compreensão da coerência da fragilidade evidenciada pelo quadro de pânico, com as características da postura que esta pessoa tem diante da vida.

À Luz do olhar curioso que busca compreender como essa pessoa faz para se fragilizar, naturalmente vão surgindo uma série de indícios, tanto na atitude que a pessoa tem no contato com o terapeuta, como também na história que ela conta do mundo lá fora. Aos poucos o indivíduo vai ampliando a compreensão que ele tem sobre a forma como tem cuidado de maneira insuficiente de seu suporte. Essa compreensão, que como já disse é uma compreensão organísmica, isto é uma compreensão que vai além das conexões lógicas, aos poucos vai gerando uma mudança de atitude, uma mudança na postura que este indivíduo tem diante do mundo.

A pessoa vai conhecendo melhor seus limites, e reaprendendo a cuidar deles. No decorrer do processo, o terapeuta assiste quase que ao renascimento daquela pessoa, agora em novas bases mais sólidas.

O uso da medicação

Eu já vivi fases diferentes em relação ao uso da medicação. No início, até cerca de oito anos atrás, sempre que alguém me procurava vivendo este quadro, eu tinha como norma solicitar que, em paralelo ao processo

12

terapêutico, a pessoa buscasse fazer uso das medicações prescritas preferencialmente por algum psiquiatra de minha confiança. Com o tempo fui observando que, com frequência, as crises começavam a desaparecer antes do período em que se esperava que a medicação começasse a ter um efeito importante. Também fui observando que algumas pessoas que buscar sair do quadro sem fazer uso de medicação tinham um excelente resultado, inclusive tendo ganhos mais significativos. Como não estavam utilizando medicação, conseguiam perceber nitidamente a forma como suas mudanças de atitude geravam modificações em seu quadro clínico, sem a dúvida a cerca dos fatores geradores dessas modificações. “Eu estou melhor por ter mudado minha atitude diante da vida ou é só efeito da medicação?”. A impossibilidade de distinguir a origem da melhora diminui a nitidez da compreensão do processo e conseqüentemente empobrece o aprendizado decorrente do mesmo.

Atualmente quando alguém me procura vivendo um quadro de pânico, e ainda não está usando nenhuma medicação, opto por incentivá-la a buscar superar a crise sem o uso da mesma. Normalmente proponho que aguardemos o início do processo terapêutico e o início da atividade física para que mais tarde, após algumas semanas, possamos avaliar a necessidade ou não, do uso da medicação. Tenho obtido resultados muito interessantes com essa postura. Em grande parte dos casos a medicação não é utilizada. Num curto espaço de tempo a pessoa começa a perceber seus ganhos e termina optando por não fazer uso de medicação.

A experiência tem demonstrado que as pessoas que terminam optando por fazer uso de medicação, após o início da terapia, geralmente são pessoas que têm em sua atitude diante da vida uma tendência a buscar encontrar suporte no outro, buscar sempre apoio externo. São pessoas que têm uma crença muito arraigada de que não são capazes de se sustentar com as próprias pernas. Essas pessoas terminam só se sentindo seguras para tocar nesta característica na medida em que já não estejam mais vivendo as crises, sendo que para algumas essa postura não traz incômodo suficiente para gerar um movimento de transformação a cerca deste aspecto.

Normalmente pessoas que apresentam essa tendência a não se responsabilizar pelo próprio suporte, tendem a ter muito mais dificuldade para superar o quadro de pânico do que aquelas que eu citei anteriormente como tendo complexo de super-homem. O indivíduo que

tem a tendência de querer dar conta de tudo é a referência da família, a pessoa a quem todos recorrem quando algo não vai bem. Pessoas que tem essa característica tendem a se responsabilizar pelos sintomas e com isso investem energia de forma determinada na busca da superação do quadro. Com isso freqüentemente superam as crises com muita rapidez.

Dificuldades tipicamente encontradas:

A primeira delas é que com muita freqüência as prescrições não são seguidas. O terapeuta solicita que a pessoa inicie uma atividade física, e por mais que ela esteja sofrendo com o quadro, ela não inicia a atividade. O terapeuta pede para a pessoa preencher os gráficos e a ela não preenche. Muitas vezes as pessoas que não seguem as prescrições são justamente aquelas que estão buscando um suporte externo. Mais uma vez fica presente a crença de que a

13

segurança só pode vir de fora e na medida em que o indivíduo acredita nisso não faz sentido tomar atitudes na busca de resgatar seu equilíbrio. Elas acreditam que o equilíbrio deve vir de fora para dentro.

Às vezes aquelas pessoas que têm a atitude de super-homem também não seguem as prescrições. Normalmente alegam que é por falta de tempo já que têm que resolver os problemas de todos ao redor. O que obviamente retrata sua atitude diante da vida (sempre se voltam para o exterior e tendem a não cuidar do próprio suporte). Este tipo de movimento deve ser investigado com curiosidade e atenção, pois se configura em mais uma oportunidade para que o indivíduo amplie sua percepção a cerca da postura que tem diante da vida.

Uma outra dificuldade surge quando psiquiatra e o psicoterapeuta não falam a mesma língua. Por várias vezes vivi situações como a seguinte: o cliente procurar um psiquiatra por indicação de outra pessoa e o psiquiatra, nesse caso com uma parca noção ética, afirmar para o cliente que neste tipo de quadro a abordagem psicoterapêutica mais indicada é a comportamental. Obviamente isto termina servindo apenas para fragilizar o vínculo terapêutico.

Não tenho nada contra a abordagem comportamental. Mas tenho muita coisa contra uma colocação como essa, que só faz minar o trabalho que está sendo realizado pelo psicoterapeuta. Isso para mim demonstra uma total falta de ética e um marcante desconhecimento em relação ao que é um processo terapêutico e aos resultados obtidos através do enfoque da Gestalt-Terapia. Além disso, nunca tive notícia de algum tipo de pesquisa consistente que pudesse comparar os resultados destes dois tipos de processos terapêuticos. Especialmente quando levamos em conta que eles se baseiam em posturas filosóficas diferentes e que com isto têm objetivos diferentes. Como comparar processos que têm objetivos diferentes?

Não tenho como objetivo neste trabalho fazer uma comparação entre

abordagens psicoterapêuticas diferentes, até porque normalmente este tipo de comparação é feita a partir de um dos referenciais filosóficos, o que termina gerando uma distorção na leitura da outra postura. Por isso não vou fazer aqui este tipo de comparação. Vou apenas afirmar que os objetivos de um processo terapêutico, bem encaminhado, dentro da abordagem Gestáltica, com pessoas que vivem o quadro de pânico e estão motivadas a sair dele, normalmente têm excelentes resultados.

Os objetivos de um processo terapêutico dentro da abordagem gestáltica são: aprender com o sintoma, e como decorrência disto, resgatar a qualidade de vida do cliente, de forma aprimorada e coerente com o momento existencial desta pessoa.

Cabe aqui ressaltar novamente que o que é vivido visceralmente como equilíbrio por uma pessoa, não é necessariamente o que é visto como ideal para uma outra. Quero dizer com isto que dentro de uma visão Gestáltica, a tarefa do terapeuta é acompanhar o cliente numa busca que é pessoal. O objetivo é encontrar um equilíbrio coerente com a relação que essa pessoa tem com seu mundo, o que não será necessariamente coerente com os valores do terapeuta. Por exemplo, quem pode afirmar que deixar de ser dependente é a melhor coisa para uma determinada pessoa num momento específico de sua

14

vida? Esteticamente para mim uma dependência exagerada não é a melhor forma de relação, mas eu não devo impor os meus padrões estéticos a um outro ser. Até porque a finalidade da psicoterapia não é padronizar humanidade, isto inclusive seria um desfavor ao mundo humano que nos cerca.

Considerações finais

A síndrome do pânico é uma experiência muito intensa e muito sofrida. Passar por um quadro como este é passar por uma verdadeira **crise**. A palavra crise tem a mesma origem da palavra crisálida e isto não é por acaso. A fase da crisálida é o período de transformação, momento de mudança no qual a lagarta se transforma em borboleta. Os períodos de crise são períodos de transformação em potencial. Se existe uma estrutura, para que seja possível chegar a uma outra estrutura é preciso um período de desestruturação, um período de crise. Por exemplo, se uma sala está arrumada de uma determinada maneira, para que eu consiga chegar uma nova armação é necessário um período de transição aonde eu já não tenho mais a arrumação anterior e ainda não cheguei à nova configuração, **um período de crise**.

Acompanhar alguém em um processo de virada, num legítimo ponto de mutação é extremamente gratificante. É uma honra, especialmente quando esta pessoa chega ao consultório com uma qualidade de vida muito ruim e algum tempo depois consegue resgatar seu prazer de viver. Acompanhar pessoas na superação deste quadro clínico tem sido uma experiência muito rica e extremamente confirmadora em relação à minha prática

clínica. Espero que este artigo possa ser útil tanto para outros terapeutas como também para pessoas que estejam vivendo este quadro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Este artigo surgiu de meus encontros e desencontros tanto com pessoas como com livros no decorrer de minha vida. Irei listar abaixo apenas alguns destes textos.

Ginger e Ginger, Serge e Anne - Gestalt: Uma terapia do contato; tradução Sonia de Souza Rangel - São Paulo: Summus, 1995.

Hycner, Richard – Relação e cura em Gestalt-terapia / Richard Hycner e Lynne Jacob; |. – tradução de Elisa Plass e Márcia Portella |. – São Paulo : Summus, 1997.

Hycner, Richard – De Pessoa a pessoa: psicoterapia dialógica / Richard Hycner e Lynne Jacob; |. – tradução de Elisa Plass Z. Gomes, Enila Chagas, Márcia Portella |. – São Paulo : Summus, 1995.

Keller, Gugu - Síndrome do Pânico – Editora Globo, 1995.

Perls, Frederick Salomon; Hefferline, Ralph; Goodman, Paul - Gestalt-terapia - tradução Fernando Rosa Ribeiro - São Paulo: Summus, 1997.

15

Perls, Frederick Salomon, 1893-1970; Gestalt-terapia explicada [por] Frederick S. Perls [compilação e edição da obra original de John O. Stevens; tradução de George Schlesinger 2ª ed. São Paulo, Summus, 1977.

Perls, Fritz – A Abordagem Gestáltica e Testemunha Ocular da Terapia (Tradução de José Sanz) – Segunda Edição, Ano 1981 – Zahar Editores

Perls, Frederick S; e outros - Isto é gestalt – Coletânea de artigos escritos por Perls e outros; Compilação e edição da obra original de Jonh Stevens; Tradução de George Schlesinger e Maria Julia Kovacs; revisão científica: Paulo Eliezer Ferri de Barros; São Paulo: Summus, 1977.

Polster e Polster, Miriam e Erving - Gestalt terapia integrada; Tradução de Ricardo Britto Rocha. - Belo Horizonte: Interlivros, 1979

Ribeiro, Jorge Ponciano - Gestalt-terapia: o processo grupal : uma abordagem fenomenológica da teoria do campo e holística / Jorge Ponciano Ribeiro - São Paulo : Summus, 1994.

Ribeiro, Walter F. R. – Existência → essência / Walter F.R. Ribeiro – São Paulo: Summus, 1998

Rodrigues, Hugo Elídio. Introdução à Gestalt-terapia – Conversando sobre os fundamentos da abordagem Gestáltica - Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

Silva, Marco Aurélio Dias da - Quem ama não adocece - O papel das Emoções na prevenção e cura das doenças; Capítulo VIII – Ansiedade e angústia. A Síndrome de Pânico; Páginas 125-139; Editora Best Seller; 8ª Edição, 1994.

Tellegen, Therese Amelie - Gestalt e grupos : uma perspectiva sistêmica / Thérèse A. Tellegen - São Paulo : Summus, 1984. Novas buscas em psicoterapia; v.22

Yontef, Gary M.- Processo, Dialógico e Awareness – Ensaio em Gestalt terapia (Tradução de Eli Stern) – São Paulo: Summus, 1998.

Zinker, Joseph C. – A Busca da elegância em psicoterapia: Uma abordagem gestáltica com casais, famílias e sistemas íntimos. / Joseph C. Zinker; [tradução de Sonia /agosto]. – São Paulo: Summus, 2001 – (Novas Buscas em psicoterapia).

^{ii[i]} Nós começamos a dar este curso, pois percebíamos que muitos dos nossos clientes que viviam o transtorno do pânico passavam por grandes dificuldades em função de não terem informações básicas sobre o que estavam vivendo. No decorrer dos anos este curso tem sido procurado basicamente por pessoas que querem entender melhor o que estão vivendo, familiares ou amigos de pessoas que vivem algum dos quadros e por profissionais da área de saúde (em especial psicólogos).

^{ii[iii]} Definição obtida no dicionário:
http://www.priberam.pt/dlpo/definir_resultados.aspx