



Departamento de Ciências da Vida
Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra

Dissertação para obtenção de grau de Mestre em

Antropologia Médica

Ano lectivo 2010/2011

Corpos em Pânico: Narrativas, Trajectórias e contribuições para uma
Antropologia Médica da Perturbação de Pânico

Marta Isabel da Silva Roriz de Matos

Agosto de 2011

Orientação Científica: Professor Doutor Luís Quintais, Departamento de Ciências da Vida,
FCTUC

Aos meus pais Isabel e Joaquim Roriz.

E à memória do avô João.

Agradecimentos

Os meus agradecimentos, vão primeiro de tudo, para os informantes, não só os aqui contemplados, mas todas as pessoas com quem falei ao longo deste projecto, que me contaram as suas histórias íntimas, os seus momentos de desespero silenciado, e os medos que diariamente lutam para ultrapassar. A todos eles o meu muito obrigado, por toda a partilha e dinâmica que as nossas conversas criaram, enriquecendo o meu conhecimento e curiosidade sobre este fenómeno que vai muito além do que é possível narrar. Sem eles, este trabalho não teria sido possível. Quero agradecer também ao Doutor Pinto Gouveia, médico psiquiatra e Professor da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, que durante o período do meu trabalho de campo na Unidade de Psiquiatria dos Hospitais da Universidade de Coimbra, era o responsável pelas consultas de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental. A ele devo o acesso que tive aos pacientes seguidos naquela unidade. O meu muito obrigado, por ter proposto em reunião aos profissionais que acompanhassem pacientes com perturbação de pânico, o meu projecto de estudo. Obrigada a todos eles por terem concordado e aprovado as minhas deambulações naquele serviço e acreditado no meu projecto. Sem as suas colaborações, jamais teria acedido aos pacientes.

Ao Doutor Luís Quintais, o meu orientador, pelas conversas e orientações, pela amizade e por todo o conhecimento que me transmitiu ao longo do meu percurso académico. Será sempre para mim uma referência e uma inspiração. O meu muito obrigado.

Ao Doutor João Arriscado Nunes, com quem tenho o prazer de trabalhar e aprender diariamente, que representa para mim a cristalização de um cientista social, e que me inspira a ser todos os dias uma investigadora competente e curiosa. Quero agradecer-lhe, para além de ser um homem de Ciência, toda a fé que me deposita.

Não posso deixar de mencionar a Doutora Rita Serra, Ângela Marques Filipe, Carlos Barradas, Daniel Neves, Mayren Alavez, Filipa Queirós e Nelson Matos, por serem excelentes amigos e profissionais com quem tenho o prazer de trabalhar colaborativamente, e aprender diariamente. Quero agradecer aos amigos e amigas, eles sentem quem são. Estou-vos grata por terem estado presentes, e pelo apoio ao longo dos anos.

Por último, e porque os últimos são sempre os primeiros, quero agradecer à minha família. Aos meus pais Isabel e Joaquim, ao meu irmão Paulo, e os meus avós, pelo apoio e amor incondicional.

Resumo

A crescente manifestação de ansiedade nos indivíduos das sociedades modernas contemporâneas, e sua crescente manifestação em episódios agudos, os ataques de pânico, são uma preocupação de saúde que requer a reflexão e investigação aqui proposta. A antropologia médica crítica, que explora as questões mais vastas de economia política de saúde actuais, relacionando-as com o nível micro das manifestações locais de doença (aqui tratadas como narrativas de doença), foi a abordagem usada para o presente estudo da perturbação de pânico. Analisou-se a transversalidade histórica da ansiedade e pânico, a influência da teoria cibernética e da história social para emergência desta categoria nosológica, assim como as próprias transformações da psiquiatria do século XX. Foram objecto de reflexão a abordagem evolutiva das emoções características da perturbação de pânico, e os contributos desta abordagem para um conhecimento mais amplo desta perturbação e das psicopatologias em geral; e perspectiva da teoria cognitiva, que tornou explícita a importância do papel das cognições catastróficas na fenomenologia do pânico.

Através das histórias e narrativas recolhidas de sujeitos com perturbação de pânico, foi feita uma reflexão teórica sobre o corpo, na sua fragmentação e multiplicação contemporâneas, os processos de incorporação, e a interpretação da experiência subjectiva de doença espelhada em noções como self, agência, sensações, trauma e identidade.

Palavras-chave: perturbação de pânico, cognições catastróficas, corpo, emoções, modernidade pós-moderna.

Abstract

The anxiety manifestations *crescendo* in individuals of contemporary modern societies, and its growing manifestations of acute episodes - the panic attacks - is a matter of health concern that requires the reflection, inquiries and research proposed here. The critical medical anthropology approach, which explores wider contemporary factors in health political economy putting them in relation to micro level analysis of local illness manifestations (used here in the form of illness narratives), was used to engage the present study of panic disorder. An analysis of the transversal history of anxiety and panic was undertaken, reflecting on the influence of cybernetic theory and social history to the emergence of this nosological category, as well as on psychiatry transformations during the 20th century. As objects of reflection undertaken in the present study were: the evolutionary approach to the characteristic emotions of panic disorder, and its contributions to a wider knowledge and comprehension on panic disorder and other psychiatric disorders in general; and the perspective of cognitive theory that clarified the importance of the role of catastrophic cognitions in the phenomenology of panic.

Through the collected stories and illness narratives of panic disorder informants, a theoretical reflection was made on the concept of body, and its contemporary characteristics of fragmentation and multiplication; on incorporation processes and the interpretation of subjective illness experience mirrored in notions as self, agency, sensations, trauma and identity.

Key-words: panic disorder, catastrophic cognitions, body, emotions, post-modern modernity

Índice

Prólogo, ix

Introdução

1. Contexto, argumento e abordagem, 1
2. Nota metodológica, 6

Capítulo I

Pânico num caleidoscópio histórico de teorias científicas

1. A transversalidade temporal da ansiedade e pânico, 8
2. A psicologia em torno do indivíduo: uma história social de pânico, 10
 - 2.1 A psique cibernética, 11
3. A emergência do pânico como psicopatologia distinta, 12
 - 3.1 A Conferência Sterling Foster e a mudança paradigmática na Psiquiatria, 13
4. Uma abordagem cognitiva do pânico, 15
 - 4.1. As origens cognitivas e a importância das cognições catastróficas, 16

Capítulo II

Perspectivas Evolutivas sobre o Pânico

1. Porquê uma perspectiva evolutiva?, 19
2. Emoções numa perspectiva evolutiva, 21
3. Ansiedade, medo e evolução, 22
4. Benefícios desta perspectiva para a compreensão da perturbação de pânico, 24
5. Limitações da perspectiva evolutiva, 25

Capítulo III

Método Etnográfico e Trabalho de Campo

1. O método, 26
2. O Trabalho de Campo, 27
3. As narrativas, 28
4. Expressando Experiências, 30
5. Empregar a narrativa, 31

Capítulo IV

Pânico Narrado: Os estudos de caso

1. Estudo de Caso X, 33
 - 1.1. Os primeiros episódios, 33
 - 1.2. Trajectória e itinerário terapêutico, 34
 - 1.3. Cognições catastróficas, comportamentos de evitação, sintomas e sensações, 35
 - 1.4. Interpretações e percepções da experiência, 37
 - 1.5. O tratamento e a actualidade, 40
2. Estudo de Caso S, 41
 - 2.1. Os primeiros episódios, 41
 - 2.2. Trajectória e itinerário terapêutico, 41
 - 2.3. Cognições catastróficas, comportamentos de evitação, sintomas e sensações, 42
 - 2.4. Interpretações e percepções da Experiência, 43
 - 2.5. O tratamento e a actualidade, 47
3. Estudo de Caso N, 49
 - 3.1. Os primeiros episódios, 49
 - 3.2. Trajectória e itinerário terapêutico, 50
 - 3.3. Cognições catastróficas, comportamentos de evitação, sintomas e sensações, 51
 - 3.4. Interpretações e percepções da experiência, 53
 - 3.5. O tratamento e a actualidade, 56
4. Estudo de caso A, 57
 - 4.1. Os primeiros episódios, 58
 - 4.2. Cognições catastróficas, comportamentos de evitação, sintomas e sensações, 63
 - 4.3. Interpretações e reflexões sobre o mundo moral e interno de A, 65
 - 4.4. Trajectória e Itinerário terapêutico, 65

Capítulo V

Corpo e self seccionados

1. Corpo e self contemporâneos, 67
2. A experiência do corpo em sofrimento, 68
3. A cultura, as emoções e os processos de incorporação, 69
4. Pânico: emoções e interpretações de mundos sociais, 71

5. Corpo e agência, 72
6. Interpretar as sensações de pânico, 72
7. Corpo e trauma, 74
8. Cognições catastróficas e o impacto no corpo, 75
9. Corpo e identidade, 77

Capítulo VI

Fragmentação, Multiplicação e Vulnerabilidade na Sociedade Contemporânea

1. Os múltiplos *selves* e a cultura terapêutica, 79

Considerações finais, 83

Anexos, 85

Bibliografia, 109

Prólogo

Este texto, tentado num estilo performativo, visa a ciência social como uma representação do real, mas esta representação é, por defeito poderosamente ficcionada. Ele é a tensão entre o desejo de disciplina, em representar os meus próprios dados e história causal que compõem o tema desta dissertação como a versão *real*, e, em parte a dificuldade de compor uma narrativa ordenada da realidade, uma vez que há processos inconscientes nos relatos recolhidos, dos quais dependem a construção da narrativa do texto e sua autoridade, enquanto exercício e ciência empírica. A escrita performativa coloca-se ela própria entre, e ao lado de uma política de representação que atende às demandas epistemológicas dos corpos nas suas várias representações de género, classe, doença, para reescrever e representar o social que incorpora histórias excluídas e conhecimentos subjugados (Orr, 2006:27). Esta dissertação não pode fugir à influência das culturas tecnocientíficas e das lógicas sociais em mudança. Novas técnicas e tecnologias do poder comunicativo, que apressam novas formas de realidade social, assim como novas linguagens e métodos para compreender essas realidades. Como representar tais mudanças radicais do que é real? Que tipo de produção de conhecimento é possível e adequado no mundo pós-moderno? Como repensar a nossa forma de contar histórias num mundo em que o real já não é tão aparente, devemos questionar fronteiras? Como observa Haraway (1991): “o universo de objectos que podem ser conhecidos cientificamente, têm de ser formulados como problemas na engenharia da comunicação ou nas teorias do texto” (p.162-3). Que teorias e práticas do texto da ciência social podem ter uma oportunidade de comunicar estas histórias ao mesmo tempo que resistem às lógicas tecno-sociais nas quais estão imbuídas (Orr, 2006: 28)? Como diz Haraway (1991), as “políticas cyborg” tornam-se a “a luta por uma linguagem e a luta contra a comunicação perfeita, contra um código único que transmite todo o significado perfeitamente” (p.176).

Não terei resposta a estas perguntas mas a minha dissertação, uma entre as tantas possíveis sobre o tema, é uma composição da minha experiência (muitas vezes limitada pela linguagem), em justaposição com o que interpretei de outras experiências e relatos que ouvi, e o corpo teórico que escolhi para me acompanhar, porque me fez sentido de forma fazer-me entender. Este foi um exercício, em que me movi em diferentes paradigmas e linguagens. E esta é a história que conto aqui. A de uma experiência estendida que inclui a escrita da antropologia e pedaços de ciência social, neo-darwinismo, sociobiologia, filosofia, teoria cognitiva, ciência biomédica e história(s).

Finalmente o pânico aqui, é performado ao longo do texto, como um teatro social, emotivo, histórico, científico, ficcionado e real. Procurei falar do sofrimento, angústia e trauma no contexto desta perturbação social; das emoções e condições tantas vezes indizíveis ou silenciadas, não descurando as próprias perspectivas da psiquiatria, a abordagem ecológica e evolutiva das emoções, de forma a poder dar voz ao sofrimento destes corpos em pânico, que buscam uma cura normalizadora.

1.Introdução

1.1. Contexto, argumento e abordagem

Por questões biológicas podemos afirmar que o potencial ansioso sempre esteve presente fisiologicamente na jornada humana, carregando consigo o sentimento de medo. Faz parte da natureza humana certos sentimentos determinados pelo perigo, pela ameaça, pelo desconhecido e pela perspectiva do sofrimento. Mas apesar de ser uma característica *natural* humana, ansiedade extrema, e em última instância o pânico, podem também expressar-se patologicamente. A antropologia médica aprofunda o estudo do sofrimento humano ao reformular a experiência subjectiva de doença, chamando a atenção para processos interpessoais, locais, que nos permitem definir o que é realmente importante para as pessoas nos seus mundos morais (Kleinman, 1988b). Kleinman chama também a atenção para a importância de distinguir entre *disease* e *illness*¹. Sendo que o primeiro termo se refere ao problema como conceptualizado a partir do ponto de vista do médico, e a segundo refere-se à perspectiva única do paciente e a sua, a forma como descrevem o problema e tentam lidar com ele ao longo da vida (Kleinman, 1988a ; Lambert, 1996). A presente dissertação procurou uma estrutura geral para investigar a relação entre as experiências dos ataques de pânico, e da perturbação de pânico, com a cultura contemporânea através de uma antropologia das sensações, do estudo das emoções, teoria das cognições catastróficas e teorias do corpo e doença.

Fortes forças influenciaram o campo da psiquiatria a adoptar o modelo biomédico para as perturbações psiquiátricas, entre as quais governos e companhias farmacêuticas que ao financiar a investigação genética e fisiológica das perturbações psiquiátricas, contribuíram então para mudanças a nível da abordagem ao diagnóstico psiquiátrico, que veio a enfatizar mais recentemente fronteiras nítidas entre clusters de sintomas, em vez de gradações contínuas de emoções causadas por factores psicológicos, acontecimentos passados e situações da história de vida. A tendência da psiquiatria, e sua investigação tem sido focar-se mais nas causas fisiológicas das perturbações mentais. A cultura pós-moderna da ciência, como profundamente interdisciplinar e multiperspectivista, tende a incorporar os fenómenos e os seres, na sua totalidade experiencial e contraditória (Franklin,1995) e a antropologia tem as ferramentas para

¹ Os esforços para caracterizar as visões não biomédicas da doença e as abordagens para o seu tratamento em relação ao paradigma biomédico levaram ao desenvolvimento da dicotomia analítica de *disease/illness*. *Disease* é considerada como a identificação biomédica, mensurável do distúrbio corporal central, no processo de diagnose biomédica (doença para a medicina do ponto de vista biológico) e que é contrastada com a compreensão e consciência experiencial do doente em relação à sua doença, isto é *illness* (experiência subjectiva do paciente, experiências de estados alterados de bem-estar, ou mal-estar, e do funcionamento social). Esta distinção tem sido vista como valiosa pelos seus benefícios a nível da comunicação e satisfação do paciente na prática clínica (Kleinman, 1988a ; Lambert, 1996).

compreender a ciência e suas práticas como uma forma de cultura; o que inclui a medicina e a psiquiatria. A perturbação de pânico², como actualmente concebida, é uma condição médica que pode ser diagnosticada a uma pessoa quando esta experencia ataques de pânico recorrentes, ou ansiedade seguida de uma preocupação persistente acerca de ter ataques de pânico adicionais, de perder o controlo, ficar louco ou ter um ataque cardíaco. Os ataques de pânico são períodos intensos de medo e desconforto, com sentimentos que parecem muitas vezes irracionais. São descritos como ataques porque frequentemente se desenvolvem rapidamente e incluem sintomas como palpitações, suores, tremores, falta de ar, sensação de sufoco, dor no peito, náuseas, tontura, desrealização ou despersonalização assim como dormências, arrepios ou ondas de calor, medo de perder o controlo ou medo de morrer (Good e Hinton, 2009b: 1). Os ataques de pânico esporádicos tornam-se uma perturbação quando causam sofrimento suficiente no indivíduo, ao ponto de o prejudicar no dia-a-dia e motivar a procura de ajuda (Kirmayer e Blake, 2009: 42). De acordo com a classificação psiquiátrica esta perturbação pertence a um grupo de condições neuropsiquiátricas para as quais a ansiedade é considerada o sintoma de marca, está classificada como uma condição dentro do grupo das perturbações de ansiedade³ no DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002) . Foi primeiro reconhecida como forma distinta de doença mental nos anos 70 e codificada em 1980 na terceira edição do DSM, e popularizada como entidade clínica tratável nos anos 80, ao mesmo tempo que se dava uma importante mudança paradigmática na psiquiatria. Com o advento dos psicofármacos, a indústria investiu muito a nível de investigação no que serão os processos fisiológicos subjacentes às perturbações mentais, e desde então a investigação genética serviu para legitimar uma biologização das perturbações mentais. O caso do pânico é paradigmático porque, uma vez assente numa reacção fisiológica que é universal, de valor adaptativo, sendo a sua observação transcultural⁴ fez com

² Para uma descrição da perturbação de acordo com o DSM-IV (Manual de Diagnóstico de Perturbações mentais actual) ver anexo I. Para os critérios de acordo com o mesmo manual, ver anexo II.

³ No DSM-IV há cinco domínios gerais de perturbações distintas de ansiedade: *Perturbação de ansiedade generalizada*, caracterizada por uma preocupação excessiva acerca de problemas correntes da vida e acontecimentos futuros, levando a tensão muscular e outros sintomas; *Perturbação de stress pós-traumático*, marcada por constante excitação e reactividade a qualquer memória que lembre traumas passados, assim como a tendência para reexperienciar os traumas passados como se fossem actuais; *Perturbação Obsessiva-compulsiva*, identificada por contaminação de medos e uma compulsão para repetir certos comportamentos, especialmente comportamentos de verificação; *Fobias*, caracterizadas por níveis de medo nada não razoáveis, no que diz respeito a objectos, lugares ou situações e ansiedade acerca do contacto com estes; *PP*, definida por episódios agudos de medo e ansiedade (com sintomas suficientes para constituir um ataque de pânico) o medo regularmente focado em preocupações de morrer de disfunções corporais internas.

⁴ As experiencias de pânico certamente existem transversalmente no tempo e culturas, mas elas pertencem a diferentes molduras de experiencia cultural e social. (Kirmayer e Blake, 2009: 45) Ainda que haja variações sintomáticas, culturalmente sensíveis, estas põem em questão os critérios de diagnóstico psiquiátrico - também eles um artefacto cultural - para os ataques de pânico, e para a PP, criando-se à margem do que sai fora destes critérios,

que servisse de exemplo para a psiquiatria reclamar a sua especialidade. Ao querer igualar-se às restantes especialidades médicas, procurando os mecanismos moleculares da doença psiquiátrica, tornou-se quase tão quantitativa como o resto da medicina. Um exemplo é a não inclusão do estudo das emoções e comportamentos, sob o ponto de vista da perspectiva da teoria cognitiva e psicologia evolutiva, que esta dissertação abrange. A prática psiquiátrica convencional assume uma visão patoplástica/patogénica da psicopatologia, em que a biologia, só por si, contribui para a estrutura nuclear do processo de doença (Quartilho, 2001).

Desde Freud que a ansiedade aguda foi interpretada como resultante de sentimentos inconscientes que vêm à superfície numa consciência parcial. Durante os anos 90, a perturbação de pânico foi reconcebida pelos psicólogos cognitivos como episódios de ansiedade em espiral que surgem de *cognições catastróficas* que servem de gatilho para experiências fisiológicas de terror ou pânico (Good e Hinton, 2009b: 2). Na teoria recente, ansiedade e medo, são consideradas emoções distintas (Barlow, 2002). O medo é um alarme primitivo em resposta a um perigo imediato. Leva a uma excitação - activação dos sistemas nervosos simpático e parassimpático - experienciada em sensações corporais tais como palpitações e suores e algumas tendências de acção (gelar ou fugir). Em contraste a “ansiedade é considerada uma emoção orientada no futuro, caracterizada por percepções de incontrolabilidade e imprevisibilidade acerca de potenciais acontecimentos perigosos” (Barlow, 2002:104). Embora tenha aparecido primeiro como categoria nosológica no DSM-III em 1980, experiências de ansiedade aguda com sintomas similares aos que servem de critérios para os ataques de pânico, têm uma longa história clínica. O pânico está relacionado com a agorafobia⁵ desde o seu início. Indicando o espaço social como um gatilho chave e arena para o desenvolvimento do pânico. As criações de lugares que, são não-lugares, como enuncia Marc Augé, desarticulados de confortos familiares, são incapazes de fornecer uma base segura. Entre habitantes urbanos, o pânico e a agorafobia são regularmente associados com locais como centros comerciais, elevadores, túneis subterrâneos, metropolitanos, e outras formas de transporte de massas. Estes espaços de deslocação e de deslocamento podem dar origem a sentimentos de desorientação e provocar o pânico em indivíduos vulneráveis. A distribuição da ansiedade, e dos episódios de pânico, espelham a economia política da globalização, que é estruturada de acordo com as estratégias das corporações multinacionais. A modernização e a industrialização trouxeram preocupações que se reflectem em preocupações de saúde comuns (Kirmayer e Blake, 2009). Hoje, a convicção de

os *culture-bound syndromes*; há vários com similaridades ao pânico; para mais sobre isto ver Hinton e Good, 2009a.

⁵ Para saber mais sobre agorafobia, ver anexos I, II e III.

que as nossas experiências são o resultado de escolhas pessoais é alimentada por um crescendo do sentido de individualização. Como diz Furedi (2004) numa era de hiper-mobilidade, de fragmentação das comunidades e redes sociais, as vidas das pessoas tem vindo assumir um carácter atomizado. Como resultado, a nossa capacidade para compreender as forças sociais que influenciam as nossas decisões está comprometida pela experiência do isolamento. Em tais circunstâncias encontrar sentido na nossa experiência está cheio de dificuldades. O declínio dos laços comunitários levou ao isolamento social. O isolamento também encoraja os indivíduos a interpretar as dificuldades das suas vidas, como produto das suas vidas interiores, mais do que a ideia de que a sociedade é incapaz de fornecer às pessoas uma rede comum de significado. Em tais circunstâncias a angústia, ou o sofrimento que emerge das condições sociais pode ser experienciado como um problema do *self*. Há portanto um crescendo no que diz respeito a pensar os problemas sociais como problemas emocionais (Furedi, 2004: 24) Hoje, a cultura ocidental faz sentido da experiência do isolamento através da interpretação do comportamento pelo idioma altamente individualizado do discurso terapêutico. A nossa cultura promoveu um clima onde o mundo individual se tornou local onde os problemas da sociedade são levantados, e onde é compreendido que devem ser resolvidos. Esta mudança de focagem do social para a vida interior do indivíduo, também levou a uma reorientação da vida intelectual no sentido da preocupação com o *self*. Uma vez que o *self* é definido através de emoções, o estado destas é vulgarmente representado como um determinante chave do comportamento tanto colectivo como individual. Os problemas sociais são frequentemente remodelados como sendo individuais e sem relação directa com a esfera social. O declínio da tradição pode ser visto como a erosão de um sistema de significado através do qual as pessoas faziam sentido da vida, e promove uma separação de uma proposta comunitária mais vasta, levando a um padrão de comportamento mais auto-orientado. A sua associação com um aumento da ansiedade e uma sensação de incerteza em relação às normas e regras que governam a vida, contribui para a demanda por respostas psicológicas (Giddens, 1991; Furedi, 2004). Como Giddens sugere (1991) a intensificação da incerteza e risco levou à emergência de um projecto reflexivo do *self*. E enfatiza que a expansão das perturbações psicológicas são produto desta “ordem pós-tradicional”, onde uma sensação de continuidade foi vítima de erosão e onde os indivíduos são agora obrigados a negociar estilos de vida. E é com este argumento que esta dissertação é dirigida: a perturbação de pânico (PP⁶) e a crescente propensão a esta experiência, assim como outras perturbações de ansiedade em geral, estão relacionadas, e reflectem dinâmicas de fragmentação e multiplicação das sociedades ocidentais modernas pós-modernas.

⁶ Doravante ao longo do texto a sigla PP será usada para referir perturbação de pânico

Quanto à abordagem empregue, é a de uma antropologia médica crítica, cuja orientação está particularmente preocupada com compreender e responder a questões de saúde que são influenciadas e moldados pela organização social, cultura e contexto humanos (Singer, 2004). Dentro da antropologia médica, Robert Hahn (1995) identifica três arenas principais, que incluem as teorias ambientais/ evolucionistas, teorias culturais e teorias político-económicas, e foi nestas arenas que esta dissertação se desenvolveu. Durante a fase formativa da antropologia médica, as explicações tendiam a ser estreitamente focadas a um nível micro e envolviam explicações relacionadas com crenças ligadas à saúde assim como comportamentos a nível local. Na perspectiva crítica da antropologia médica, estas abordagens tradicionais tendem a ignorar causas mais vastas e determinantes da acção e poder de decisão humanas. Uma compreensão crítica, por contraste, envolve prestar atenção ao que Mullings (1987, in Singer 2004) chamou de *ligações verticais* que ligam o grupo social ou indivíduos sob estudo, a sociedades regionais, nacionais ou globais mais vastas, e à configuração das relações sociais que contribuem para a padronização dos comportamentos, crenças, atitudes e emoções humanas⁷ (Singer, 2004: 24). A emergência da antropologia médica crítica reflecte a viragem para as abordagens da política económica na antropologia em geral, e o esforço para empreender e ampliar a tradição mais vasta da economia política da saúde, ao unir as compreensões do comportamento a nível micro num contexto local e os *insights* sócio-culturais da antropologia médica. Como Morsy (1996, in Singer, 2004) define a questão, a perspectiva crítica na antropologia médica é distintiva não apenas pelo seu âmbito e preocupação com o nível macro, mas principalmente pelo seu compromisso em pôr a cultura em contextos político-económicos historicamente delineados. Também Good (1994) identifica quatro orientações teóricas encontradas na antropologia médica, com as quais foi orientada a problematização do presente tema: o paradigma empirista, o paradigma cognitivo, o paradigma centrado no significado e o paradigma crítico. Com a viragem para o paradigma interpretativo nas ciências sociais, especialmente na antropologia, mudaram também as descrições objectivadas do corpo na saúde e doença para uma descrição subjectiva, e de explicações profundas do corpo como vivido. Bruner caracterizou a antropologia da experiência como “a experiência vivida...como o pensamento e desejo, palavra e imagem, são a realidade primária” (1986: 5). Neste domínio interpretativo e fenomenológico da antropologia médica, a doença pode ser vista como um tipo de experiência. Uma variedade de termos tem sido usada nos estudos sobre saúde e doença, termos como *experiência vivida*, *experiência incorporada* ou *sofrimento corporal*⁸ (Becker, 2004: 126). A presente dissertação

⁷ Sendo esta perspectiva mais vasta e abrangente conhecida por economia política (cf. Singer, 2004)

⁸ Do inglês “Bodily distress”

explora a experiência, através dos relatos das sensações e emoções dos corpos em pânico, no contexto cultural imediato dos informantes que forneceram as suas narrativas de doença, tentando denotar as suas experiências com as implicações políticas, económicas e sociais do *zeitgeist* moderno pós-moderno, no qual o contexto português não está excluído, uma vez que somos híbridos de cidadãos de periferia e membros de uma elite cultural transnacional, encontrando-nos assim numa *zona de contacto* (Hastrup, 1995 in Almeida, 1996: 3), propícia a estas experimentações antropológicas. Os corpos individuais e sociais expressam as relações de poder tanto numa sociedade específica como no sistema mundo. A experiência de quem sofre poder ser compreendida como um produto social, que é construído e reconstruído na acção entre categorias de significado socialmente constituídas e forças político-económicas que moldam a vida diária (Scheper-Hughes e Lock, 1987).

1.2. Nota metodológica

Para a presente dissertação, foi feita uma pesquisa bibliográfica inicial sobre o tema, especialmente através de literatura de psicologia e da psiquiatria, de forma a reter como é tida e praticada a nível clínico, a perturbação de pânico. Também a Internet serviu inicialmente de suporte para explorar o que se diz sobre esta condição, e sobre a ansiedade, incluindo especialmente explorações de sites e fóruns de psicologia, ou outros com informação mais geral. Estes passos iniciais foram importantes para reter as primeiras impressões do que poderia ser problematizado. A ideia deste projecto vinha já dos tempos em que frequentei a licenciatura e tive contacto com autores de relevância para a antropologia médica. A ideia do tema foi-se cristalizando, assim como a forma como entendi problematizá-lo. O método para esta investigação, foi de ordem qualitativa, através da recolha de narrativas de pacientes com PP. Com uma carta do orientador científico, consegui uma reunião com a entidade responsável do Serviço de Psiquiatria, e das consultas externas de terapia cognitivo-compartamental, do Hospital da Universidade de Coimbra, na qual apresentei este projecto, conseguindo obter autorização para deambular nesta Unidade de Psiquiatria. Através das abordagens que fiz, e conversas que tive com os profissionais clínicos, psiquiatras e psicólogos clínicos, acerca deste projecto, fui conseguindo angariar informações sobre potenciais informantes. Cada vez que tinha informação de um paciente com PP, e datas das suas consultas, dirigia-me à unidade de forma a abordá-los cuidadosamente antes da sua consulta, e explicava o intuito da minha abordagem de forma a convidá-los a participar deste projecto, com a garantia de sigilo. Consegui facilmente informantes. As narrativas foram recolhidas através de entrevistas que realizei entre Novembro de 2009 a Março de 2010, ao mesmo tempo que fui aprofundando leituras e mais pesquisa bibliográfica. Por fim, seleccionei as narrativas que entendi como mais

pertinentes, tornando-as a parte central e o corpo metafórico do texto que é aqui tentado como uma exploração teórica e antropológica sobre o fenómeno e experiência do pânico. Mapeei as primeiras crises dos informantes e os contextos nas quais estas surgiram, as suas reflexões, interpretações, e significados pessoais atribuídos aos sintomas e à PP, os cuidados tomados, a quem recorreram para obterem orientação e tratamento, de forma a traçar os seus itinerários terapêuticos. Inicialmente tive o objectivo de observar os indivíduos em contexto das consultas, de forma a observar a dinâmica entre médico/psicólogo e paciente, mas devido a questões éticas impostas pelo próprio hospital, esta possibilidade foi-me negada logo aquando da primeira reunião. Por fim, a linearidade narrativa não coincide, muitas das vezes, com a experiência difusa, fragmentária da própria condição. O que também se reflectiu na própria forma dos informantes relatarem a sua história, de forma muitas vezes confusa, com prolepses e analepses, que foram aqui moldadas de forma a fornecer descrições das suas experiências e respectivas interpretações, da forma mais fiel possível.

Capítulo I

Pânico num caleidoscópio histórico de teorias científicas

1. A transversalidade temporal da ansiedade e pânico

Nos tempos pré-modernos e mesmo nos princípios da era moderna, a ansiedade, quer por causa da fome, de epidemias, da ameaça de guerra ou do fim do mundo, era uma condição universal contínua da existência das massas, e o pânico era de uma ocorrência frequente nas sociedades continuamente a mercê da guerra e da fome. Só na era industrial moderna, e especialmente durante o último século, a ansiedade, e de facto o pânico, se tornaram mais individualizados. Contudo esta melhoria, com aumento da qualidade de vida, sendo apenas para uma minoria da humanidade, e as expectativas que o acompanharam, foi crucial para o reconhecimento da ansiedade e da PP como condições clínicas distintas. Ansiedade e pânico severos pertencem por um lado a uma longa história de conceptualizações de sofrimento neuropsicológico nas práticas e escritos médicos ocidentais, tendo partilhado relações complexas com categorias tais como neuropatia cérebro-cardíaca, síndrome do coração irritável, neurastenia, agorafobia, reacção ansiosa, neurose de ansiedade, neurose neurasténica (Clark, 1995; Berrios e Link, 1995; Good e Hinton, 2009)⁹. Por outro lado como demonstrou Orr (2006), a ansiedade aguda e o pânico pertencem a um domínio cultural muito mais vasto do século XX. A ansiedade foi durante muito tempo vista como uma das características da *melancolia*, até a sociedade ter crescido acostumada a significativas melhorias do bem-estar individual, da saúde e segurança de forma a identificarem e a tratar a ansiedade como doença. Isto não quer dizer que os homens e mulheres, de períodos anteriores não experimentassem intensamente uma ansiedade mórbida, com motivos similares, só que para que a ansiedade e pânico fossem vistas como condições clínicas distintas, o *background* ansioso teve de ser reduzido a problemas individuais para que viesse a ganhar especial relevância clínica (Clark, 1995). Contudo, além dos padrões de vida mais confortáveis, uma maior esperança de vida, o homem moderno descobriu novas causas de ansiedade para substituir aquelas que o progresso eliminou. A sociedade do consumo, ambições, o acelerado ritmo de mudança tecnológica e o padrão altamente volátil e cíclico de crescimento económico típico do capitalismo, facilitou o que é viver com incertezas. Enquanto a biomedicina fez grandes progressos na erradicação e controle de doenças, na descoberta de novas e potenciais doenças, o aumento dos testes de diagnóstico e da identificação dos factores de risco para muitas doenças, a melhoria e maior acesso aos cuidados médicos, juntamente com o crescente individualismo típico da sociedade

⁹ Ver anexo V para uma história clínica de ansiedade e pânico

moderna, ou o que Lipovetsky (1983) descreve de *processo de personalização*¹⁰, fez com que a importância do *ser-se individual* aumentasse numa sociedade a que Lipovetsky (1983) cunhou de *sedução non-stop*. Assim, enquanto se eliminava ou reduzia largamente as antigas e globais causas da ansiedade, a sociedade moderna e pós-industrializada tendia simultaneamente, a agravar e a adicionar mais causas para a ansiedade. Por um lado Clark (1995) considera a ansiedade, um dos maiores motores económicos das sociedades capitalistas de estilo ocidental. Mas por outro lado, a condição altamente volátil das sociedades modernas, a desintegração das comunidades, fundamentais historicamente para a auto-definição dos indivíduos, e tantos dos factores que caracterizam a modernidade, e a pós-modernidade, faz com que as perturbações de ansiedade, possam também ser vistas como um tipo de resposta gerada pelo desenvolvimento, o resultado de um desenvolvimento imperfeito da capacidade do indivíduo para responder “ajustadamente” a novos desafios que a vida moderna pós-moderna impôs.

Em *Panic Diaries: A genealogy of Panic Disorder*, Jackie Orr (2006) começa por reflectir como o pânico no início do século XX tem várias vezes o papel principal nas histórias de catástrofes e em palcos teóricos da psicologia colectiva das multidões e como a própria ideia de pânico, oferece um *subtexto* para o mal funcionamento das cada vez mais massivas e complexas maquinarias tecno-sociais. Orr (2006) narra uma história sobre o pânico, mas também acerca do poder e conhecimento. A sociologia, psicologia social, psiquiatria e a psicofarmacologia são tratadas como campos sociais historicamente específicos, onde o pânico é tido e criado como um objecto de conhecimento através de discursos científicos e temas disciplinados que constroem parcialmente o objecto que pretendem explicar e controlar. Ambos temas e objectos de conhecimento – sociologia e suas populações em pânico, psiquiatria e os seus pacientes aterrorizados, psicofarmacologia e os seus sistemas nervosos centrais – são situados em redes de poder históricas inconstantes (p.10). Orr (2006) lembra várias situações históricas em que o pânico social esteve presente, como aconteceu com o drama da radio CBS *A guerra dos Mundos* de H.G.Wells narrado por Orson Welles em 1938, no Estado de Nova Jersey; desde as preocupações acerca do impacto e gestão dos medos e ansiedades na sociedade americana às múltiplas intervenções farmacêuticas, ensaios clínicos, e os estudos levados a cabo pelo Instituto Nacional de Saúde Mental norte-americano e pela indústria farmacêutica. A história da PP pertence a uma vasta variedade de preocupações sociais, políticas, culturais e médicas nas sociedades ocidentais.

¹⁰ Lipovetsky (1983) descreve este processo como uma mutação sociológica global em curso, assente na informação, numa tendência de diversificação e da psicologização das modalidades de socialização, em que a expressão livre e uma nova significação da autonomia se instalou, promovendo o valor da realização pessoal, do respeito pela singularidade subjectiva, direitos e desejos individuais que a revolução do consumo permitiu.

2. A psicologia em torno do indivíduo: uma história social de pânico

No pós-guerra da Segunda Guerra Mundial, houve preocupações sobre a propensão do público norte-americano para a histeria em massa, face à escalada da Guerra Fria e das ameaças nucleares, o que deu origem a um esforço concertado entre civis e agências militares do governo, assim como cientistas sociais para se investigar a dinâmica colectiva do comportamento de pânico. A cibernética e as ciências da informação formularam estratégias para controlar o pânico e promover as suas presumíveis antíteses, a “moral” nacional (Orr, 2006). No século XX os *psico-conhecimentos* organizados à volta da disciplina psicológica do indivíduo normal têm um papel cada vez mais significativo no exercício do poder e de governo de grupos, em presumíveis sociedades democráticas e capitalistas (Rose, 1992 in Orr, 2006: 12). O *psicopoder*¹¹ funciona ao multiplicar as superfícies de contacto possíveis entre processos psíquicos e a sua regulação, legitimando o próprio poder como um tipo de actividade terapêutica. Ou como põe Kleinman “A doença¹² é uma ameaça à ordem social (...) A ordenação dos sintomas sob a forma de uma doença é um passo inicial no processo que envolve vários níveis de controlo – pessoais, familiares, institucionais, comunitários, sociais. O controlo é exercido através da aplicação de intervenções técnicas e autoridade social. A ocasião para exercer controlo pode ser um episódio de doença e as tensões sociais que daí resultam ou que são exacerbadas...” (1988b: 124). Mas Orr (2006) não tem a intenção de fazer desta noção, uma extensão do biopoder moderno. O psicopoder é antes, uma forma de racionalidade que quer fazer mímica e gerir o *irracional* ou inconsciente; a noção desdenha da divisão mente/corpo, e presumidas fronteiras entre o psicológico e fisiológico, a imagem e o corpo, entre as vidas psíquicas e os movimentos sociais. Enquanto o psicopoder não é uma força nova, está ligada historicamente ao momento que Foucault (1975) marca (quando técnicas de razão moderna constituem pela primeira vez a base do poder político) mesmo assim toma novas formas à

¹¹ *Psicopoder* é um conceito desenvolvido por Orr (2006) tendo por base a noção de *biopoder*, nome que Michel Foucault dá ao acoplamento do poder do estado moderno, com administração planeada da vida, saúde e doença dos indivíduos e das populações é explorado na sua obra *Birth of the Clinic: Na Archeology of Medical Perception* (1975) em que narra a convergência do espaço social e médico arquitectado por finais do século XVIII pelo estado francês, parcialmente em resposta à demanda política de controlar epidemias. Para Foucault o aparecimento do biopoder marca o próprio começo da modernidade. Pela primeira vez métodos de poder e conhecimento assumiram responsabilidade pelos processos de vida e comprometeram-se a controlá-los e a modificá-los, trazendo a saúde e a doença humana para a arena dos cálculos explícitos. O resultado disto é a emergência histórica de uma sociedade que normaliza (Foucault, 1978). Inspirada pela noção de biopoder de Foucault, Jackie Orr (2006) sugere o conceito de “psicopoder” para se referir às tecnologias de poder e técnicas de conhecimento desenvolvidas para uma sociedade normalizadora, para regular a vida, saúde e perturbações psicológicas dos indivíduos e das populações. Aliado estratégico do biopoder, o psicopoder operaria através de monitorização, medição e disciplina psicológica administrando ordem nos indisciplinados reinos da percepção, emoção e memória (p.11).

¹² Doença no sentido do inglês *sickness*

medida que o poder/saber se torna entrelaçado com o aparecimento das tecnologias de informação e comunicação do século XX; Para Orr (2006) o pânico tem sido alvo da atenção do psicopoder. “O pânico e as suas perturbações colectivas e individuais oferecem um espaço experimental, uma superfície estratégica na qual o psicopoder desenvolveu uma linguagem empírica num conjunto de técnicas instrumentais para avaliação e gestão da acelerada pulsação dos corpos em pânico” (p.12). Donna Haraway oferece uma análise histórica das mutações sociais forjadas pelas novas tecnologias de informação e comunicação, novas associações tecnocientíficas entre humanos e máquinas. Um operador chave nesta mutação discursiva é a ciência da cibernética, que desenvolve uma linguagem probabilística e estatística, matemática e metafórica para modelar uma variedade de comportamentos sociais humanos e maquinais como problemas na comunicação e controlo. Como diz Haraway: “o objectivo social da nova ciência (cibernética) da vida era claramente o controlo estatístico das massas através de sistemas de comunicação sofisticados...Tudo se tornou um sistema” (1991:46).

2.1. A psique cibernética

Uma psique cibernética é conceptualmente montada nos anos 50 como um sistema que auto-regula a comunicação e processa a informação. A cibernética toma o cérebro humano e o sistema nervoso central como objectos primários de teoria e investigação. Psiquiatras, psicanalistas e neurologistas são figuras chave no grupo interdisciplinar que, entre 1946 e 1953, trabalharam para desenvolver uma linguagem explícita e um método para o pensamento cibernético. A ciberpsiquiatria começa por substituir a noção psicanalítica do inconsciente constituído pela energia libidinal, por um modelo cibernético do cérebro como um sistema de comunicação, constituído pela troca de informação. Nesta interpretação cibernética, as perturbações mentais podem ser concebidas e tratadas como perturbações na comunicação e a psicofarmacologia pode ser tida como a mensagem, ou meio de comunicação que corrige as perturbações de informação no cérebro cibernético. A PP individual pode ser teorizada como o efeito de *circuito desordenado*, que é rearranjado¹³ para um funcionamento correcto através de um comprimido (Orr, 2006). O interessante na análise histórica de pânico feita por Orr, é como ela se move de fenómenos de pânico colectivo para a PP individual, usando a linguagem da cibernética para oferecer uma ponte tecnocientífica entre ambas. Considera que a teoria cibernética das doenças mentais e o seu controlo farmacológico foram fundamentais na história de diagnóstico psiquiátrico. Entre isto está a história da psiquiatria (militar) do pós-guerra nos Estados Unidos, que se moveu para os asilos psiquiátricos, e depois para o público em geral como forma de tratamento em massa e prevenção das perturbações mentais. É muito

¹³ Do inglês *reengineered*

interessante toda a genealogia que explorou para demonstrar como isto se tornou uma demanda patrocinada pelo estado¹⁴. Como com a ajuda da cibernética, a psiquiatria começou a aprender como performar as abstracções necessárias para estabelecer as *ficções científicas*, como chama Orr (2006) às categorias nosológicas, da própria linguagem psiquiátrica. Em 1980, três décadas depois do Governo norte-americano criar um Novo Instituto Nacional de Saúde Mental e declarar a gestão das doenças mentais como uma prioridade de saúde pública, a PP emerge como um novo diagnóstico psiquiátrico. Em 1982 o Xanax aparece no mercado tornando-se rapidamente o medicamento mais vendido para os ataques de pânico e ansiedade.

3. A emergência do pânico como psicopatologia distinta

A expressão inapropriada de medo tornou-se o que chamamos de *pânico* ou *ataque de pânico*, (Barlow, 2009). De facto a excitação de um novo estudo mais objectivo sobre este fenómeno começou na década de 70, cristalizando-se como categoria nosológica independente em 1980.

As nossas categorias conceptuais, as formas em que acordamos seccionar o mundo, têm uma realidade social que governa o comportamento e a experiência. Uma vez lançada ao mundo, uma entidade de diagnóstico torna-se realidade ao moldar a experiência de sintomas, interpretação e busca de ajuda (Kirmayer e Blake, 2009). As categorias de diagnóstico têm então uma vida própria emergindo da teoria psiquiátrica para se tornar objectos sociais que servem uma base mais vasta de comunicação, interacção interpessoal, e trocas económicas. As implicações económicas são particularmente importantes num contexto globalizado no qual as companhias farmacêuticas trabalham com a psiquiatria para definir novos nichos e mercados para os seus produtos¹⁵. Como resultado deste efeito, a circulação global de conhecimento e práticas da psiquiatria, mediada por corporações multinacionais e organizações internacionais, influencia a experiência de doença de forma a confirmar a nosologia. Cada vez mais encontramos os tipos de problemas humanos que a nosologia oficial nos diz que devemos encontrar, e o desaparecimento de formas de sofrimento culturalmente específicas é o resultado da falácia das categorias que nos inibem de olhar na direcção correcta, e a reformulação efectiva da experiência de doença, a qual muda a natureza da experiência corpórea (Kirmayer, 2002 in Kirmayer e Blake, 2009:37). Para se contar a história da emergência da perturbação como entidade nosológica *per se*, tem obrigatoriamente de falar-se da história da psiquiatria e dos próprios critérios de diagnóstico, a evolução da categoria nas edições do DSM (Manual de

¹⁴ Ver Capítulos IV e V do livro de Orr (2006)

¹⁵ Acerca das companhias farmacêuticas, no mundo globalizado ver *Global Pharmaceuticals: ethics, markets, practices* (2006) eds: Petryna, A.; Lakoff, A.; Kleinman, A.

Diagnóstico das Perturbações Mentais da associação americana de psiquiatria), uma vez que o DSM, embora exista o CID (versão europeia), é mais usado transnacionalmente, onde o contexto português não é exceção.

3.1. A Conferência Sterling Forest e a mudança paradigmática da Psiquiatria

Em Setembro de 1983 cerca de sessenta investigadores e administradores associados com o Instituto Nacional de Saúde Mental norte-americano¹⁶ juntaram-se no Centro de Conferências Sterling Forest, em Tuxedo, Nova Iorque para discutir o estado do campo da investigação clínica e biológica acerca da ansiedade e perturbações da ansiedade. Nesta conferência¹⁷ avançou-se que a década de 80 do século XX seria a década da ansiedade, por uma perspectiva da investigação clínica, depois de uma semelhante atenção à depressão nos anos 70, e à esquizofrenia nos anos 60. Foi nesta conferência que os investigadores exploraram a noção de que o fenómeno de pânico era muito mais ubíquo na sua ocorrência do que se assumia, no estreito contexto da PP (construída três anos antes). Foi notado que os ataques de pânico estão presentes numa variedade considerável de psicopatologias, pelo menos em todas as perturbações de ansiedade, tendo por isso hoje, direito a definição própria no DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002) antes de todas as definições de perturbações que constam da separata Perturbações de Ansiedade, para quais os ataques de pânico são um dos blocos de construção. Os capítulos iniciais do livro que saiu desta conferência, são sobre investigação básica, biológica e psicológica sobre ansiedade, focadas na neurobiologia da ansiedade e do medo, cognição e psicofisiologia, usando modelos animais.

No contexto da nosologia psiquiátrica, o DSM III foi um documento revolucionário, intencionalmente baseado num modelo *descritivo* ou *neo-Kraepeliniano*¹⁸ de classificação psiquiátrica e diagnóstico; um modelo que evitou esforços para classificar as perturbações pelas suas causas psicológicas e em favor de estabelecer critérios baseados nos sintomas que possam ser validados através de investigação empírica (Hinton e Good, 2009b). Representou uma rejeição à concepção teórica prévia da classificação psiquiátrica das perturbações em termos psicanalíticos. Os defensores da abordagem neo-Kraepeliniana afirmaram que o DSM-III era “ateórico” e solidamente baseado no paradigma médico ou da psiquiatria biológica. Representava a psicopatologia como um conjunto de perturbações heterogéneas, resultantes de patologias na estrutura e função ao nível da neurobiologia. Esta visão está em contraste com as suposições psicanalíticas acerca da subjectividade, personalidade e psicopatologia que capturou

¹⁶ National Institute of Mental Health (NIMH)

¹⁷ Da qual resultou o livro *Anxiety and Anxiety Disorders* (Turma e Maser, 1985)

¹⁸ Para ver uma crítica do movimento neo-Kraepeliniano ver Good 1992.

muito do manual de diagnóstico anterior. O DSM-III representa assim simbolicamente uma mudança de paradigma na psiquiatria, no que diz respeito ao diagnóstico e classificação, neurobiologia, e tratamentos farmacológicos e suas novas importâncias. O paradigma emergente reflectido no DSM-III forneceu a organização e o contexto para a Conferência Sterling Forest. Estudos de neurotransmissores e do sistema neuroendócrino suplementaram a clássica compreensão da ansiedade através da resposta *fight-or-flight*¹⁹, como um sistema fisiológico distinto baseado na evolução humana. Estudos começaram a demonstrar o papel de neurotransmissores específicos para explicar como as benzodiazepinas e outros ansiolíticos funcionam de forma a fornecer uma compreensão mais profunda do sistema hipotálamo-pituitário-adrenal. Estudos que ligaram a psicologia cognitiva a fenómenos clínicos e novas e emergentes terapias cognitivas para as perturbações de ansiedade ajudaram a apoiar a categorização das perturbações de ansiedade em cinco tipos básicos: fobias, pânico, ansiedade generalizada, perturbação obsessivo-compulsiva e stress pós-traumático, assumindo estas categorias como baseadas na realidade natural ((Hinton e Good, 2009b: 5).

A PP, para além de ser uma nova perturbação psiquiátrica, também forneceu aos psiquiatras e aos neurocientistas a oportunidade única de atacar o baluarte da psicanálise; forneceu uma base poderosa para argumentar que o novo paradigma podia avançar. Focaram-se na particularmente interessante descoberta, que os ataques de pânico não respondem às benzodiazepinas tipicamente usadas na ansiedade mas, respondem especificamente à imipramina, normalmente considerada um anti-depressivo (Klein, 1980 *in* Good e Hinton, 2009:6) Klein mostrou que a imipramina era eficaz contra ataques de pânico espontâneos mas não era eficaz na ansiedade crónica, sugerindo assim que os ataques de pânico eram uma perturbação distinta. E assim como base na psicofarmacologia, emergiu o novo diagnóstico. Ao definir-se critérios claros para a PP, permitiu-se aos investigadores investigar características específicas desta perturbação distinta, características biológicas, genéticas, farmacológicas e epidemiológicas. Nesta conferência decidiu-se também que o termo *espontâneo*, usado para classificar ataques de pânico, não era científico porque sugeria a um certo nível, que o gatilho para o despoletar, ou a sua causa não podiam ser identificados. Este termo foi substituído por *inesperado* indicando que estas atribuições e percepções estavam na mente do paciente e não implicavam a falta de um gatilho. Argumentaram que a PP consistia em ataques de pânico não provocados e experienciados como *vindos do nada*. Esta formulação sugeriu que os ataques de

¹⁹ O fisiologista Walter Cannon descreveu as funções da chamada resposta *fight-or-flight* em 1929; é também conhecida como a reacção de fuga ou luta; a sua teoria traduz uma descarga no sistema nervoso simpático, activada por uma reacção à ameaça ou perigo iminente, por observação em animais que fugiam ou lutavam. Mais tarde veio a ser reconhecido como um mecanismo adaptativo regulador de stress entre vertebrados.

pânico eram gerados fisiologicamente em vez de psicologicamente, que resultariam de processos neurobiológicos em vez de a vinda à superfície de conflitos psicológicos inconscientes associados com estímulos aparentemente não relacionados (Hinton e Good, 2009b). Na primeira versão do DSM-IV publicada em 1994, os critérios foram alterados, mas minimamente. A edição prévia referia que a pessoa devia experienciar ataques de pânico recorrentes e inesperados, que se desenvolvem repetidamente em menos de dez minutos. No DSM-IV um tipo de gatilho é permitido quando se define ataque de pânico: o que possa estar associado com a agorafobia, ou seja, estar em certas situações, como estar fora de casa sozinho, estar no meio de uma multidão, numa fila, numa ponte, viajar num autocarro, comboio ou automóvel são considerados ataques de pânico situacionalmente predispostos. Quando estas situações despoletam pânico a perturbação é classificada como PP com agorafobia. Tal como as edições prévias, o DSM-IV continua uma distinção entre a PP e a perturbação de stress pós-traumático, devido à insistência na natureza de não haver um gatilho nos ataques de pânico da PP. Enquanto, se houver um sinal para despoletar o ataque de pânico, por exemplo a memória de um acontecimento traumático, o episódio não é considerado um ataque típico da PP, mas deve ser antes classificado como stress pós-traumático. Na actual edição do manual de diagnóstico, DSM-IV-TR (2002) os critérios para a PP não são diferentes do DSM-IV. O grupo de trabalho na PP para o DSM-V tem-se encontrado, mas não há indicações de que mudanças substanciais venham a ser feitas.

Depois desta breve história, ficam as questões: Serão os ataques de pânico de facto erupções fisiológicas? Ou serão motivados e organizados psicologicamente? Há diferenças fundamentais em culturas diferentes na experiência do ataque de pânico que levantem importantes dúvidas acerca da universalidade dos critérios actuais de diagnóstico. Podem os ataques de pânico ser iniciados por experiências que despoletam medos ou ansiedades através de redes semânticas ocultas ou associações psicológicas que são inconscientes? Serão os ataques de pânico que ocorrem nas perturbações de trauma e PP heterogéneos, ou serão condições que se sobrepõem?

4. Uma abordagem cognitiva do pânico

Nos anos 80 teóricos cognitivistas argumentaram que a noção dos ataques vindos do nada, deviam ser eliminados. Pelo contrário, argumentavam que as cognições catastróficas acerca das sensações corporais constituem um processo fundamental na provocação dos ataques de pânico, e que as sensações corporais temidas que provocam o pânico podem ser induzidas por uma variedade de gatilhos (Good e Hinton, 2009:15).

Na literatura psiquiátrica recente, a PP é normalmente retratada como uma perturbação biologicamente alicerçada, resultante da hipersensibilidade dos sistemas cerebrais envolvidos na resposta ansiosa a tipos específicos de ameaça. Ao mesmo tempo é claro que as cognições catastróficas, abaixo desenvolvidas, têm um papel importante na gênese e ocorrência do pânico. Porque os nossos pensamentos sobre a catástrofe reflectem modelos e preocupações culturais, a PP fornece uma oportunidade de explorar a interacção dos processos corporais e sociais na modelação cultural do sofrimento. Partindo do princípio que os processos de interacção social podem contribuir para o aparecimento assim como a recorrência e cronicidade do pânico, detalhar estas interacções envolve considerar tanto os processos psicossomáticos como os sociossomáticos. Ao mesmo tempo a cultura fornece uma *matrix* mais vasta de conhecimento e prática na qual a nossa compreensão do pânico como uma perturbação é formada (Kirmayer e Blake, 2009).

4.1 As origens cognitivas e a importância das cognições catastróficas

Um corpo substancial de teoria e investigação argumenta que processos cognitivos específicos e esquemas cognitivos são centrais ao desenvolvimento e manutenção da PP (Kirmayer e Blake, 2009). Neste contexto, esquemas são conjuntos de crenças e regras disfuncionais de conteúdo relacionado que são associados na memória para formar estruturas cognitivas. Alguns esquemas são relacionados com tipos específicos de experiência (como sensações corporais, sintomas, doenças) enquanto outros esquemas estão relacionados com situações e domínios mais gerais. Uma vez activado um esquema, este facilita o processamento de informação consistente com o esquema em questão e pode inibir o processamento de informação inconsistente ou irrelevante. Centrais a estes esquemas cognitivos que estão na base da PP são preocupações acerca da vulnerabilidade, perda de controlo e sensibilidade à ansiedade. Mais especificamente, pacientes com a PP estão geralmente preocupados com pensamentos de catástrofes físicas (morte, ataque cardíaco, desmaio, falta de ar, etc.), catástrofes mentais (ficar louco) ou catástrofes comportamentais (perda de controlo) (Ottaviani e Beck, 1987 *in* Kirmayer e Blake, 2009). E ainda, uma quantidade de pacientes teme também passar por humilhação pública devido ao comportamento ansioso ou perda de controlo. A teoria cognitiva explica o desenvolvimento da PP em termos de dois processos principais, um que envolve os ciclos viciosos da ansiedade, atenção e atribuição e um segundo, que consiste em estratégias cognitivas e comportamentais de evitamento.

Segundo Kirmayer e Blake (2009), a teoria cognitiva necessita ser alterada de forma a ter mais em conta os contextos interpessoais e sociais do pânico. Embora esta abordagem sirva bem

a ênfase nos modelos explanatórios na antropologia médica, há razões nos sintomas que nem sempre seguem modelos causais explícitos, mas podem ser baseadas em raciocínios feitos por analogia que são difíceis de articular. Muita da aprendizagem e do processamento de informação ocorre implicitamente e de forma inconsciente, sendo muito rapidamente incorporada em auto-representações. O conhecimento pode estar incorporado em disposições de resposta e em padrões de interação que não são bem capturados por modelos racionais (Turner, 2002 in Kirmayer e Blake, 2009: 35). Assim, embora a teoria cognitiva se foque nos pensamentos do indivíduo, o pânico é também um fenómeno de interação que pode envolver respostas de outros fenómenos em *loops de feedback* mutuamente amplificadores.

Hinton e Good (2009b) argumentam que ao investigar um ataque de pânico, deve determinar-se qual a sensação mais intensa e de maior preocupação. Em alguns casos, a sensação pode ser menos severa mas causar maior preocupação, por exemplo a pessoa que sofre de pânico ter suores fortes mas estar mais preocupada com uma leve falta de ar. A razão para as preocupações pode variar: a sensação pode por exemplo causar medo de morte e evocar angústias actuais através de ressonâncias metafóricas, ou buscar memórias de traumas passados. E vários destes processos podem levar a uma amplificação das sensações (p.73). Se um clínico considerar uma queixa física simplesmente como a somatização que surge da ansiedade e depressão, estará a fornecer um cuidado inadequado. Um cuidado adequado requer ter em conta os detalhes do significado associado com a queixa somática, por exemplo as palpitações, têm de ser vistas como geradoras de cognições catastróficas acerca do estado do funcionamento corporal (por exemplo, medo de estar a ter um ataque cardíaco), como somatização de angústia interpessoal de acordo com as metáforas da linguagem da pessoa e como evocadoras de acontecimentos traumáticos passados. Como as narrativas dos informantes nesta dissertação, mais à frente, muito bem explicitam. Ao observar os significados associados às sensações promove-se a empatia e fornece informação valiosa para os cuidados clínicos e para uma etnografia do corpo (Hinton e Good, 2009b). Em suma, a investigação sobre o pânico deve analisar sensações locais a partir destas perspectivas, tendo em conta a complexidade com que as sensações emergem, ou seja através da acumulação de significados desde metáforas, etnofisiologia a contextos sociais. As sensações agem como símbolos multireferenciais (Myerhoff, 1974 in Hinton e Good, 2009b:74) simultaneamente enraizadas na biologia do corpo.

Em jeito de conclusão deste capítulo será importante reter que o actual foco da biomedicina em tentar resolver problemas centrado no corpo individualizado, ignorando os contextos mais vastos em que o pânico surge, pode fazer com que se esteja apenas a tratar sintomas do que a perturbação subjacente, e a participar numa economia moral na qual as

origens sociais da angústia são convenientemente escondidas e ocultadas (Kirmayer e Blake, 2009). As actuais abordagens cognitivo-comportamentais para o tratamento da PP encorajam os pacientes a olhar as suas experiências de uma forma empírica e a ver como pensamentos específicos e interpretações de sensações corporais levam a uma ansiedade aumentada e sensações corporais mais angustiantes. Através da descoberta de como a mente engendra a ansiedade, os indivíduos começam a perceber a origem dos seus sintomas e podem já não experienciá-los mais como vindos do nada, ou estando inteiramente fora do seu controlo. O tratamento farmacológico não transporta o mesmo significado. Pelo contrário, os pacientes podem ver os seus sintomas como controláveis apenas através do meio externo de tomar o comprimido. Isto pode ajudar a perceber porquê os pacientes que atribuem a sua melhoria aos medicamentos do que aos seus esforços são mais susceptíveis de recair (Kirmayer e Blake, 2009; Gouveia et al.2004).

Capítulo II

Perspectivas Evolutivas sobre o Pânico

1. Porquê uma perspectiva evolutiva?

A perspectiva evolutiva e ecológica contribuíram para a transformação da antropologia médica, de um foco tradicional nos aspectos culturais da saúde, estudo comparativo dos sistemas médicos, para uma perspectiva mais abrangente da saúde humana e contexto ambiental e social, de uma forma notavelmente interdisciplinar (McElroy, 2004). Portanto uma das abordagens dos antropólogos médicos será também o estudo de modelos evolutivos de comportamento em doença. Muitos aspectos da saúde humana são influenciados pelo genótipo, um produto da história evolutiva das espécies. Avanços recentes na biologia evolutiva, têm implicações para a teoria, investigação e práticas clínicas, e a psiquiatria não é exceção. A perspectiva darwinista, mudou a forma como pensávamos acerca de praticamente tudo, mas até recentemente a psiquiatria não tinha sido afectada por estes critérios²⁰. Para além da compreensão de um problema psiquiátrico, do ponto de vista psicoterapêutico ou o neurológico, a teoria evolucionista oferece a visão de que doença mental é também, um produto último do cérebro; ou seja a visão que tanto mente como cérebro são produtos da evolução. A interacção dos humanos com o seu ambiente ganhou protagonismo para clarificar a adaptabilidade humana à variabilidade ambiental. Os evolucionistas contemporâneos sabem que muito do comportamento humano é um produto da experiência pessoal e cultural, no entanto tomam a mente e a cultura como objectos, e argumentam que estas são melhor compreendidas quando analisadas, também numa visão evolutiva (McGuire et al., 1997: 23), alegando o valor heurístico da sua perspectiva (Marks e Nesse, 1997), que para o caso do pânico parece fundamental. No caso da PP, e de outras perturbações mentais, esta perspectiva, a de uma medicina darwinista²¹ ou da própria psicopatologia evolutiva é particularmente interessante. Baron-Cohen (1997a) no seu livro *The Maladapted Mind* reúne uma série de artigos que reflectem sobre a necessidade desta abordagem, para contribuir para a compreensão de certas as perturbações mentais,

²⁰ Aqui quando se fala em perspectiva darwinista, há que reter os pontos lógicos: primeiro, de que variações presentes numa população que fornecessem vantagem, os seus portadores estariam em mais clara adaptação; e segundo, com o princípio da hereditariedade, estas variações seriam transmitidas aos descendentes, havendo um favorecimento criado pelas vantagens que aumentaria com o tempo. Assim os indivíduos mais bem equipados para lidar com determinados problemas deixariam mais descendentes nas gerações futuras, influenciando assim, o processo da modificação da população. Assim nasce a ideia de Darwin, de Evolução, por meio de Selecção Natural, que consiste na interpretação do presente como consequência de acontecimentos passados.

²¹ Para mais informações sobre a disciplina da Medicina Darwinista consultar por exemplo Nesse e Williams. 1994. *Why we get sick: The New Science of Darwinian Medicine*. New York, Vintage Books

nomeadamente as de ansiedade. Por exemplo, os ataques de pânico, em que há uma repentino estado de alarme que parece *vir do nada*, seguido de imensos sintomas, necessidade insuportável de escapar, palpitações, dificuldade em respirar, etc. Porque tem as pessoas ataques de pânico? De facto toda a prática psiquiátrica e clínica se debruçam sobre esta questão, tendo inventariado os sintomas de pânico numa perturbação psiquiátrica, dentro das perturbações de ansiedade, pois reconhecem que embora se desconheçam as verdadeiras causas, tanto ansiedade como pânico assumem cada vez mais expressões patológicas nas pessoas. Esta abordagem, é a tentativa de contribuir para o conhecimento das causas. Baron-Cohen (1997b) no prefácio do seu livro, refere que o mesmo é o eco do manifesto da nova área da Psicologia Evolutiva, o livro *The Adapted Mind* de Leda Cosmides e John Tooby. O seu *Maladapted Mind* ressoa precisamente o deles, na tentativa de mostrar como as considerações evolutivas podem ser aplicadas à psicopatologia. A psicologia evolutiva encoraja que se considerem aspectos universais da mente humana, embora umas sejam mais óbvias que outras como a linguagem ou visão a cores (Baron-Cohen, 1997b). Tendo-se identificado um aspecto universal da cognição ou do comportamento, a psicologia evolutiva encoraja que se considere a sua significância adaptativa, ou seja, que vantagens, confere determinado comportamento ou processo cognitivo à sobrevivência ou à reprodução? Se há aspectos universais da mente, com seus mecanismos neurais, que são adaptativos, então o mal funcionamento de tais mecanismos serão maladaptativos (Baron-Cohen, 1997b). Esta é a premissa para a psicopatologia evolutiva. Quais serão os limites desta abordagem? Torna-se óbvio que esta abordagem só é útil nas condições psiquiátricas para as quais existem factores genéticos implicados na sua etiologia²². Por exemplo para o stress pós-traumático, que por definição apenas ocorre seguido de um stress ambiental, não será o fenómeno ideal a trazer para este cenário. No entanto, embora o acontecimento causal desta condição esteja no ambiente, não implica que a “resposta” específica a tal acontecimento não tenha sido formada por mecanismos neurocognitivos. O mesmo pode ser aplicado por exemplo para a depressão, e como veremos a seguir para a PP. O que importa reter da psicopatologia evolutiva é a possibilidade de ela fornecer uma imagem mais completa e mais compreensível não apenas dos comportamentos e seus mecanismos de controlo nos humanos modernos, mas também da evolução de tais mecanismos ao longo da história dos homínidos (Baron-Cohen, 1997b). O campo da Psiquiatria sofreu grandes transformações nas últimas décadas com a transformação do paradigma da mente para o cérebro, como se analisou no capítulo anterior. Fortes forças influenciaram o campo da psiquiatria a adoptar o modelo biomédico para as perturbações psiquiátricas. Esta mudança teve início com a descoberta de drogas que se traduziam em tratamentos efectivos para condições como a depressão, esquizofrenia e

²² Para saber sobre estudos de genética sobre o pânico e ansiedade, consultar anexo IV

ansiedade. Estas descobertas fizeram com que governos e companhias farmacêuticas custeassem investigação genética e fisiológica das perturbações psiquiátricas. Criou-se então uma nova abordagem ao diagnóstico psiquiátrico, que enfatiza fronteiras nítidas entre clusters de sintomas, em vez de gradações contínuas de emoções causadas por factores psicológicos, acontecimentos passados e situações da história de vida. A tendência dos psiquiatras é então focarem-se mais nas causas fisiológicas das perturbações mentais.

2. Emoções numa perspectiva evolutiva

As origens e funções das emoções de ansiedade e medo pressupõem que estes serão fenómenos universais. Desde Darwin, assume-se que a evolução devia favorecer membros de uma espécie que são ansiosos e tementes. Investigação recente estabeleceu que estas duas emoções são pelo menos parcialmente distintas. Teóricos como Lidell (1949 in Barlow, 2009: xiii) tornam o caso da ansiedade como representante da capacidade dos indivíduos de planear o futuro e estar vigilante para possíveis ameaças ou desafios. O medo por outro lado, é a emoção mais dramática, cientificamente observada como a resposta *fight-or-flight*, quando em presença de ameaça ou perigo imediato e iminente. Claro que as predisposições para experienciar a ansiedade, medo e as tendências das suas acções resultantes deviam ser normalmente distribuídas pela população, o que significa dizer que alguns indivíduos apresentarão excesso destas características, e outros, pelo menos um limiar mais baixo para as suas expressões (Barlow, 2009). Na perspectiva evolutiva, as emoções de medo e ansiedade, podem ser pensadas como estratégias de defesa, tais como a dor; a capacidade física para a dor evoluiu para nos proteger de danos imediatos ou futuros (Nesse e Williams, 1997). Estados extremos de ansiedade, tristeza e outras emoções, fazem mais sentido quando entendemos as suas origens evolutivas e funções normais e adaptativas. A selecção natural foi capaz de favorecer o desenvolvimento de mecanismos cognitivos/emocionais pré-adaptados a situações particulares (por exemplo responder de imediato a perigos exteriores, evitar ou retaliar os que nos podem infligir dor, etc.) (McGuire et al.1997). Muitos investigadores vêm agora as emoções, como padrões de resposta moldados pela selecção natural, de forma a oferecer vantagens em certas situações. Mas, mesmo as coisas boas contudo, deixam de ser benéficas quando são excessivas. Nesse e Wiliams (1997) afirmam que a maior parte das doenças mentais são doenças emocionais, no entanto não há nenhum programa psiquiátrico que ensine sistematicamente a psicologia das emoções. Embora a investigação sobre as emoções seja fragmentada, polémica e confusa (como Paul Ekman e o estudo das emoções como funções comunicativas, entre outros), muitos investigadores chegam ao consenso de que as emoções são adaptações moldadas pela selecção natural. Esta afirmação traz promessas substanciais ao campo da psiquiatria, pois se as

nossas emoções são subunidades da mente, elas podem ser entendidas tal como outra característica biológica. Tal como outros médicos se baseiam, para o seu trabalho, na compreensão das funções do tossir ou vomitar por exemplo, uma compreensão das origens e funções evolutivas das emoções, começa a fornecer algo de similar aos psiquiatras (Nesse e Williams, 1997). Nesta perspectiva, as capacidades emocionais foram moldadas por situações que ocorreram repetidamente no curso da evolução, mostrando-se importantes para a aptidão. Os ataques pelos predadores ou ameaças de exclusão do grupo foram suficientemente importantes e frequentes, de forma a moldarem padrões especiais de prontidão como o de pânico e medo social. Situações em que se apropriava melhor o evitamento, moldaram as emoções aversivas. Mas as emoções não servem funções, pelo contrário. Cada emoção será um estado especializado que simultaneamente ajusta cognição, fisiologia, experiência subjectiva e comportamento, para que o organismo responda de forma efectiva a um tipo particular de situações. As emoções, nesta perspectiva são *algoritmos darwinianos da mente* (Nesse e Williams, 1997). O sofrimento e dor emocional não só são inevitáveis, como são normais e nesta perspectiva, podem ser úteis. Mas hoje em dia muita da dor emocional já não é considerada útil, incorrendo assim na qualidade de patológica. Tornou-se claro, como diz Barlow (2009) que nos últimos trinta anos, a emoção fundamental e protectora do medo, ocorrendo em situações inapropriadas (quando não há nada a temer) se tornou um problema substancial da psicopatologia. A verdade, mesmo que confusa é que a maioria dos problemas mentais resultam de complexas interacções entre predisposições genéticas, acontecimentos no início e ao longo da vida, hábitos cognitivos e psicodinâmicas muitas vezes não aparentes. Paradoxalmente, é mais fácil tratar muitas perturbações mentais do que propriamente compreendê-las.

3. Ansiedade, medo e evolução

Na perspectiva Darwiniana, temos de perceber a ansiedade como um mecanismo que conferia vantagem e conseqüentemente mais adaptação, daí ter sido transmitido aos descendentes, e ser um mecanismo de comportamento presente nas populações humanas. Tal mecanismo pode ser útil, pois em caso de ameaça, a ansiedade altera o pensamento, comportamento e a fisiologia de formas vantajosas. Se a ameaça é imediata, uma pessoa que reage fugindo, terá maior probabilidade de escapar a danos, do que aquela que não reage. O fisiologista Walter Cannon descreveu isto, a chamada resposta *fight-or-flight* em 1929 (Nesse e Williams, 1997). Há autores que definiram a era moderna como a Idade da Ansiedade²³, dada a agitada dinâmica existencial da modernidade, da sociedade industrial, a competitividade, o

²³ Por exemplo W.H. Auden

consumismo desenfreado e a crescente abstracção conceptual. O potencial ansioso sempre esteve presente fisiologicamente, carregando consigo o sentimento de medo; faz parte da natureza humana certos sentimentos determinados pelo perigo, pela ameaça, pelo desconhecido e pela perspectiva do sofrimento. A ansiedade passa então a ser vista como objecto de perturbação, quando o ser humano colocou-a não ao serviço da sobrevivência, como fazia antes, mas ao serviço da sua existência, e todo o leque de circunstâncias preocupantes que esta acarreta, desde a qualidade de vida, as expectativas, a independência financeira, os medos, as ambições, a competitividade, o fracasso, o sucesso emocional e profissional. Assim, o stress passou a ser o representante emocional da ansiedade. Mas ansiedade em excesso, ao invés de se tornar adaptativa, concorrerá no contrário, ou seja para a falência desta capacidade adaptativa (Nesse, 1999; Nesse e Williams, 1997). Aqui é de particular interesse o trabalho de Gluckman e Hanson (2006) que têm trabalhado a teoria de *Mismatch*²⁴ em aplicação às doenças e medicina em geral, ou seja, a ideia de que estamos desajustados ao nosso mundo. Que construímos um mundo que já não serve para os nossos corpos (de que são exemplos as chamadas doenças de século como obesidade, diabetes, e até certas doenças mentais). A ideia central é que a evolução equipou-nos ao longo de gerações com formas particulares de responder ao ambiente, e que durante o desenvolvimento (embrionário, fetal e infantil) há escolhas ou *trade-offs* que os organismos fazem, de forma a um melhor ajuste com o ambiente que vão (ou prevêm) enfrentar. Ou seja há aqui uma relação complementar entre a biologia e a natureza dos ambientes. A pertinência da teoria é a seguinte: biologia e natureza dos ambientes não têm um diálogo fácil, uma vez que ambas estão em constante mudança, embora o façam em escalas de tempo muito diferentes. O humano moderno, biologicamente não é diferente do homem do Paleolítico, no entanto é óbvio que os ambientes que habita são completamente diferentes dos deste. Os medos e ansiedades que o homem que vive numa sociedade moderna pós-moderna, pós-industrializada não são os mesmos que o homem do Paleolítico enfrentou. Assim como há explicações para a diabetes e obesidade nas diferenças das dietas e hábitos de sedentarismo modernos quando comparadas com as do Paleolítico. A maior parte dos nossos medos excessivos está relacionada com medos preparados de perigos antigos. A escuridão, estar longe de casa, ser o foco de atenção num grupo, já foram associados com perigos, mas agora estas condições causam medos indesejados. A agorafobia por exemplo, o medo de sair de casa, desenvolve-se em metade das pessoas que experienciam ataques de pânico repetidos (Nesse e Williams, 1997). A investigação neuroquímica pode dizer-nos o que acontece nos cérebros, mas não o porquê de isso acontecer. Aqui, a abordagem Darwiniana pode ajudar-nos a perceber os ataques de pânico. O que se passa

²⁴ Para mais detalhes sobre a teoria consultar Gluckman, P.; Hanson, M. 2006. *Mismatch: Why our world no longer fits our bodies*. New York, Oxford University Press

num ataque de pânico, é a activação de um mecanismo de defesa completamente válido. É um “pacote” emocional, físico e mental, de grande valor para a sobrevivência, concebido para que reagíssemos rapidamente em situações ameaçadoras. É um padrão de comportamento tipicamente encontrado nos animais para protecção. Pode ser posto em analogia com o sistema imunitário. Mas ocasionalmente, como acontece nas doenças auto-imunes, a resposta é inapropriada. A resposta de pânico é um de exemplo de uma aprendizagem preparada. Devido à forma como os nossos ancestrais viviam, hoje em dia existem pessoas que têm medo de estar em espaços abertos sem refúgio (agorafobia), ou em espaços fechados, assim como outras fobias. (Nesse, 1997; Nesse, 1999; Nesse e Williams, 1997). O mecanismo de activação ansiosa terá sido destinado à sobrevivência diante de perigos concretos, como animais ferozes, guerras ou intempéries climáticas, a busca pelo alimento, ou luta pelo espaço geográfico. No ser humano moderno, apesar destas ameaças já não existirem como outrora, conserva-se o equipamento biológico. Muitos dos genes que predisõem os indivíduos às perturbações mentais, têm prováveis benefícios em termos de aptidão, mas muitos dos factores ambientais que causam estas mesmas perturbações, são aspectos novos da vida moderna. Estudos recentes sugerem uma epidemia da depressão e da ansiedade (Nesse e Williams, 1997), mas isto pode dever-se também a uma crescente medicalização das sociedades. É necessária investigação nesta matéria, contudo justificam-se estudos intensivos sobre os novos aspectos da vida moderna pós-moderna que possam contribuir para o aumento dramático das perturbações de ansiedade, nomeadamente as comunicações em massa e a desintegração das comunidades. Hoje em dia temos a competitividade social, a segurança social e colectiva, a competência profissional, a sobrevivência económica, as perspectivas futuras e uma infinidade de ameaças abstractas e reais. Tudo isto passou a ter o mesmo significado de ameaça e perigo, que tinham ancestralmente as questões de pura sobrevivência. Se na Antiguidade tais ameaças eram concretas e a pessoa tinha um determinado objecto real a combater, como fugir ou atacar, localizável no tempo e no espaço, hoje em dia este objecto de perigo vive dentro de nós, nos nossos mapas mentais e cognitivos, esta dinâmica passou então para o campo das emoções.

4. Benefícios desta perspectiva para a compreensão da PP

A abordagem evolutiva sugere benefícios, de forma geral, a toda a prática e análise médicas. Aplicada às perturbações mentais, não substitui as outras abordagens, os psicofármacos podem ser usados para reduzir os ataques de pânico, dando ao paciente a oportunidade de usar técnicas comportamentais, em complemento com a terapia cognitivo-comportamental, para mudar as suas respostas; mas com a perspectiva Darwinista põe-se toda a compreensão da PP numa estrutura mais abrangente. A nível clínico há benefícios, a maior parte

dos pacientes chegam ao hospital preocupados que estão a ficar loucos ou seriamente doentes, se compreenderem que isto é uma resposta natural que se tornou inapropriada, toda a questão relativa a se isto será uma verdadeira doença ou apenas psicológico, desaparecerá. Isto ajudará os pacientes a cooperarem com o tratamento sem se sentirem responsáveis pela doença. O mais desafiante ao ver as perturbações psiquiátricas através das lentes da perspectiva Darwinista, é o facto de esta visão escapar à divisão do corpo/mente, dialéctica que problematizou a Psiquiatria durante o último século. As nossas emoções e pensamentos associados, por exemplo, são vistos como partes de programas que foram criados para lidar com desafios particulares, medo com ameaças imediatas, ansiedade com as ameaças do futuro, etc. Entender as emoções, e como estas são normalmente reguladas, fornecerá à psiquiatria algo que se compare ao que a Fisiologia fornece ao resto da medicina. As variações fenotípicas consideradas normais podem estar associadas ao risco de desenvolver condições patológicas, cuja expressão pode ser influenciada pelas condições ambientais. Esta influência ambiental não permanece constante e estes exemplos mostram como adaptações que foram benéficas para os nossos antepassados, podem já não ser para as nossas populações actuais (McGuire e tal., 1997; Nesse, 1997; Nesse, 1999; Nesse e Williams, 1997).

5. Limitações da perspectiva evolutiva

Há um número de questões que continuam por responder. Certos comportamentos não se aplicam a explicações evolutivas, a exposição a riscos, depressão seguida de perda, e o stress pós-traumático só para dar alguns exemplos. Há também limites no que diz respeito à aplicação desta teoria evolutiva a indivíduos; a forma corrente da teoria deriva largamente da genética das populações e da ecologia comportamental, que se foca em comportamentos de grupos e não de indivíduos (McGuire et al., 1997). Embora a influência da biologia evolutiva possa oferecer à psiquiatria, e a um estudo da antropologia médica sobre pânico, um paradigma integrador, ao pôr os humanos num contexto ecológico, e ao trazer para a discussão a operação de mecanismos adaptativos, a compreensão e reconhecimento da variação no fenómeno de pânico resulta também invariavelmente em orientações mais humanistas para os problemas das pessoas.

Capítulo III

Método Etnográfico e Trabalho de Campo

"...o antropólogo procura compreender o modo como os seus informantes pensam sobre o seu mundo e sobre os seus problemas. É respeitoso face a este conhecimento alternativo, tratando-o como sendo comparável, embora diferente, do seu próprio conhecimento. Movendo-se entre as perspectivas comum e científica, ou seja entre a auto-compreensão dos informantes e a interpretação da sua experiência, que pode ser muito diferente, o trabalho do antropólogo cria uma dialéctica entre experiência vivida e a sua observação científica. Desta oscilação de significados emerge uma interpretação mais válida, embora sempre incompleta e dilatável, do modo como a experiência individual é culturalmente elaborada a partir de crises existenciais que definem a nossa humanidade partilhada" (Kleinman, 1988a:153)

1. O método

O método desta investigação, de ordem qualitativa, baseia-se na presunção de que a realidade é socialmente construída, nas relações de cumplicidade entre investigador e o objecto de investigação, e nos constrangimentos situacionais que condicionam o processo (Denzin e Lincoln, 2000). As subjectividades do investigador e do investigado integram o processo de investigação. A orientação qualitativa, na sua perspectiva pós-positivista, reconhece que a realidade nunca pode ser completamente apreendida. Neste sentido os métodos são abertos de forma a fazer justiça à complexidade do objecto de estudo. Aqui, aceitam-se as sensibilidades pós-modernas, reconhecendo que o mundo é povoado por múltiplas histórias, convivendo entre si, e por esta razão, o trabalho foi assente na diversidade de diversos paradigmas, numa abordagem pluralista. Privilegia-se o ponto de vista do indivíduo, enquanto *actor*, mediante estratégias de aproximação que incluíram entrevista²⁵ e observação, prestando atenção à especificidade dos casos como particulares, analisados na complexidade do contexto, de forma a procurar descrições ricas do mundo social. Assim, com o trabalho de campo, feito através de entrevistas com os informantes, procurou-se examinar os processos e experiências de doença. Mapear as primeiras crises e os contextos nas quais estas surgiram, as primeiras reflexões acerca dos sintomas, os cuidados tomados pelos informantes, ou seja, o que fizeram, a quem recorreram para obterem orientação e tratamento, o que reflectiram ou pensaram durante o

²⁵ Para as entrevistas tive por base o exemplo de guião que o *McGill Illness Narrative Interview (MINI)* (Groleau, et al., 2006) fornece. O MINI é um protocolo de entrevista qualitativa, guiado teoricamente e semi-estruturado, elaborado para deduzir narrativas de doença na investigação sobre doença e saúde. Tem em conta as narrativas com critérios básicos temporais de sintomas, experiência de doença, organizada em contiguidade de acontecimentos, representações familiares e de amigos, assim como dos média, modelos explanatórios para atribuições causais, expectativas de tratamento; inclui também o impacto da doença na identidade, auto-percepção, etc. Foi elaborado para ser usado numa variedade de estratégias interpretativas que incluem a antropologia médica, sociologia ou a psicologia discursiva. Contudo este foi apenas um guião, tentei durante as entrevistas dar primazia à própria discursividade dos informantes, de forma a causar o mínimo de interrupções ao que contavam e à sequência que davam às suas narrativas. Quando tinham momentos de silêncio, sim aí poderei ter interferido com perguntas de forma a redireccionar os seus discursos para os temas de interesse a explorar.

aparecimento dos sintomas. Exploraram-se as noções das causas e origem da perturbação na opinião dos informantes, e o que pensam acerca do seu problema, como entendem a perturbação, e se o modelo biomédico justifica os seus problemas. Tentou-se também saber se recorreram a outros itinerários terapêuticos, para além do tratamento medicamentoso convencional e psicoterapêutico. Acima de tudo tentou perceber-se, se para estes informantes, o sofrimento provocado pelo perturbação, se resume ao sofrimento físico, explorando-se as suas expressões de sofrimento emocional.

2. O Trabalho de Campo

George Marcus (2009) diz que o trabalho de campo já não é o que costumava ser, devido à natureza dos trabalhos etnográficos actuais, que mudam a natureza e as práticas do trabalho de campo e as ambições da investigação antropológica. Depois da mudança reflexiva na antropologia da década de 80, as etnografias tornaram-se fontes de reflexão, uma vez que incluem meditações acerca das suas próprias condições de produção. Em *Fieldwork is not what it used to be*, Faubion e Marcus (2009) relativizam o papel do trabalho de campo como foi clássica e normativamente concebido, numa visão mais vasta da produção antropológica hoje. A visibilidade dos antropólogos e os novos desenvolvimentos do trabalho destes no mundo corporativo, traz novas reflexões para a prática antropológica. Faubion (2009) argumenta que é necessário o exercício e a performance de libertar o trabalho de campo da sua pesada carga simbólica, enquanto definidora de identidade. Na sua opinião, o que é distintamente antropológico são as formas de problematizar a investigação e de definir conceptualmente os seus objectos, mais do que as práticas de conduzir o trabalho de campo e as funções ideológicas que este veio a carregar historicamente. Por outro lado, vê a investigação antropológica como jogando em várias escalas necessárias às ambições contemporâneas, de seguir questões que o próprio trabalho de campo, e a sua estética convencional, não conseguem responder. Muitos antropólogos não conseguem, ou não têm liberdade de impor as condições clássicas do trabalho de campo num sentido prático. Não me foi possível por exemplo, observar os indivíduos em contexto das consultas, de forma a observar a dinâmica entre médico ou psicólogo, e paciente, devido a questões éticas impostas pelo próprio hospital. Assim como também não me foi possível participar e observar a vida rotineira, em casa, com as famílias e amigos, dos informantes. Há uma luta nas condições contemporâneas com a falta de espaço, que Malinowski e outros tiveram; o antropólogo tem de mover-se em escalas; para tornar intimidades fenomenológicas do trabalho de campo, tornadas canónicas pela viragem reflexiva, em formas de falar de engajamentos com sistemas, instituições, redes e processos globais mais abstractos,

contudo, não menos empíricos (Marcus, 2009). Há que repensar os objectos como eles próprios auto-etnográficos, e compreender o trabalho de campo que é feito, de uma forma híbrida.

O trabalho de campo para esta dissertação focou-se assim na natureza processual e social de narrativas pessoais sobre a PP. Durante as entrevistas foi possível observar que o acto de contar a história e trajectória de cada um dos informantes, pelo menos em alguns dos casos, tinha para estes um sentido de necessidade terapêutica e até dever moral implícitos. A opção de usar narrativas de doença, deveu-se não só por se terem tornado uma questão central na Antropologia Médica, mas sobretudo porque servem bem o propósito de elaborar análises centradas no significado, nas descrições de doença pessoais como estratégias com a quais as pessoas atribuem sentidos culturais ao sofrimento (Loewe, 2004; Good, 1994; Kleinman, 1988a). Elas são uma forma de expressar a experiência; e expressar como a realidade se manifesta ela própria, como experiência. Durante o trabalho de campo, diferentes tipos de narrativas pessoais foram contadas. Por serem focadas na experiência do indivíduo em certos acontecimentos, são portanto descrições únicas. A ênfase nas narrativas de doença e a tradição hermenêutica na antropologia médica em geral, pode ser traçada aos trabalhos de Kleinman. Ao argumentar que uma doença é um *modelo explanatório*, Kleinman ajudou a abrir um espaço discursivo no qual explicações alternativas da etiologia, percurso e tratamento da doença são pertinentes de explorar através das descrições dos pacientes. Consequentemente, a abordagem das narrativas é subjectiva, uma vez que narram e expressam disposições psicológicas dos indivíduos para gerir situações de doença. O papel da cultura é tratado nestas narrativas implicitamente. Ao mesmo tempo que contextualiza acontecimentos com significado, estas narrativas pessoais contribuem para a compreensão das experiências individuais dos informantes em questão, como parte das suas relações sociais gerais e valores culturais. Mas como nota Good (1994), os antropólogos e cientistas sociais em geral, estão a tornar-se cada vez mais preocupados com questões como: “Até que ponto as histórias relatam os acontecimentos e experiência tal como aconteceram? ... Será que uma boa história espelha os acontecimentos e a experiência, ou será que selecciona acontecimentos e os organiza culturalmente? Até que ponto, a própria vida social, é organizada em termos narrativos?” (p.139).

3. As narrativas

A separação entre descrição narrativa e o mundo narrado é considerada altamente problemática no contexto pós-moderno; por exemplo Mattingly argumenta que as narrativas são convincentes porque a vida, ela própria é estruturada na forma de narrativa; “os pacientes têm uma necessidade de narrativa” e a experiência contém “as sementes da narrativa” (Mattingly,

1998 in Loewe, 2004: 46). Uma vez que aprendemos acerca dos acontecimentos através das histórias, “como poderíamos determinar se a história coincide com o acontecimento de facto, se não através de uma outra narrativa?”, questiona Loewe (2004), as narrativas de doença são “polifónicas”; o que torna a narrativa extraordinária não é a sequência única de acontecimentos, mas os muitos pequenos actos de interpretação através do qual o narrador liga um acontecimento ou actividade (p.47). Ao descrever as narrativas de doença na Turquia, Good (1994) nota que as histórias não contam apenas acontecimentos passados como os projectam no futuro, “organizando os nossos desejos e estratégias teleologicamente, e direccionando-os para fins ou formas imaginadas de experiência que as nossas vidas...estão destinadas a realizar” (p.139).

A linearidade narrativa não coincide, muitas das vezes, com a experiência difusa, fragmentária da própria doença (Loewe, 2004). É neste sentido, que através das entrevistas, e construção de narrativas de doença com os informantes, me proponho, a compreender melhor o fenómeno do pânico, de forma a dar ênfase às experiências da doença aterrorizantes do ataque de pânico, que obrigaram as pessoas a pensar de maneira diferente, a viver um *mundo* diferente. Por isso as pessoas constroem narrativas novas, dada a necessidade de construção de novos mapas. As histórias têm uma natureza incorporada, na medida que falam sobre e através do corpo. Ou seja, a verdade destas histórias corresponde não só ao que foi sentido pela pessoa, à sua experiência de doença, mas também àquilo que se constitui em experiência, à medida que se conta e reconta a experiência. O estudo das experiências de doença, encerra sempre algo de fundamental algo que nos permite aprender mais sobre a condição humana. As narrativas de doença informam-nos sobre o modo como os problemas da vida são criados, controlados, e também como adquirem significados. Informando-nos ainda sobre os valores culturais e as relações sociais que afectam a monitorização, percepção e interpretação dos sintomas, no contexto particular da situação de vida da pessoa (Kleinman, 1988a).

As histórias são fundamentais para a compreensão humana. O trabalho etnográfico que foi desenvolvido como método de pesquisa, desde os primeiros contactos com os informantes no Serviço de Psiquiatria do Hospital da Universidade de Coimbra, até às entrevistas, foi a fonte dos dados, onde a informação foi criada em interacção com os informantes que apresentaram as suas experiências na forma de narrativas. O método etnográfico fornece informações detalhadas sobre os contextos sociais e culturais em que vivem os doentes. Com as entrevistas, os modelos explicativos dos sujeitos tornam-se explícitos, oferecendo explicações para a etiologia, início das manifestações, fisiopatologia, história natural, gravidade e tratamento mais apropriado. Outros significados podem ser também operativos, significados convencionais, mediante recurso

a metáforas, que traduzem a presença de sintomas, um exemplo pode ser a verbalização da dor que varia consoante factores sociais e culturais, e que podem ser uma mais valia à própria psiquiatria (Kleinman,1988b).

A importância das narrativas na antropologia foi demonstrada por Victor Turner e Edward Bruner em *Anthropology of Experience* (1986), com as reflexões que fornecem sobre realidade, experiência e as suas expressões. Também importante foi o já citado trabalho de Kleinman, em *The Illness Narratives* (1988a), que descreve como trajectos individuais de doença, focando-se especialmente na experiência subjectiva do paciente e na compreensão da doença do ponto de vista do paciente, com a crucial importância dos factores sociais e culturais são importantes para a interpretação dos sintomas. Também Byron Good (1994) corrobora esta abordagem de Kleinman, pondo ênfase nos aspectos semânticos e interactivos do processo narrativo.

4. Expressando experiências

As narrativas pessoais, como já foi dito acima, são formas de exprimir a experiência. Como a realidade só se pode manifestar em nós como experiência, as narrativas tornam-se assim fundamentais à existência humana. Parecem até preceder a linguagem, como na mímica. A experiência inclui acções e sentimentos como refere Bruner (1986) no seu ensaio *Experience and its Expressions*. Numa história de vida, níveis como a vida tal como é vivida (realidade), vida como experienciada (experiência) e vida como é contada (expressão) são partes inseparáveis. A experiência estrutura as expressões com base na própria experiência e auto-compreensão dos indivíduos. Mas também as expressões estruturam a experiência como descreve Bruner (1986). Este mecanismo dialéctico é evidente nas conversas que mantive com os informantes.

Ao que ficou conhecido como o debate da representação na década de 1980, de que era característica a crítica à produção de conhecimento antropológico, seguiu-se um crescente esforço na tentativa de “recapturar a antropologia” e trazê-la de volta à “realidade”. Um das contribuições para este novo empirismo foi apresentado por Jackson (1989). No capítulo introdutório de *Paths towards a clearing: Radical Empiricism and Ethnographic Inquiry*, Jackson (1989) apresenta a relação entre experiência e a sua representação como um problema epistemológico, em que caracteriza a experiência como um conceito irreduzível que tem de ser fundamentada com acontecimentos do dia-a-dia, evitando assim um reducionismo ou um estreitamento do campo da experiência apenas ao sujeito ou ao objecto; usa o conceito de

*empirismo radical*²⁶ resgatado dos trabalhos clássicos de William James, para demonstrar que estamos continuamente a mudar assim como mudamos a experiência dos outros. Assim, o empirismo radical contrariamente ao tradicional, que impõe uma fronteira entre sujeito e objecto, coloca ênfase na interacção e no contexto, como determinantes da produção de conhecimento. A nossa compreensão do “outro” só pode dar-se a partir da nossa própria experiência. O interesse de Jackson (1989) pelo empirismo radical foi metodológico e epistemológico, levando-o a usar no seu livro o *contar histórias* como o estilo discursivo preferido, na medida em que cultivam um certo grau de impessoalidade de forma a que, as experiências são disponibilizadas aos outros, que nelas podem encontrar significados seus. Uma história é sugestiva, em vez de definir um significado. Começa com a experiência de uma pessoa mas os outros transportam-na para si próprios dando-lhes novos usos e interpretações (Jackson, 1989). Foi com esta perspectiva que foi feita a recolha das histórias do que é viver em pânico e com a PP. Através de imagens metafóricas, a forma universal das narrativas revela a ligação íntima entre experiência corpórea e vida conceptual. A franqueza hermenêutica das narrativas serve assim o objectivo de evitar uma abstracção excessiva e basear o discurso na vida dos indivíduos interactuantes com os objectos e os “outros” no mundo quotidiano (Jackson, 1989). Por isso me propus a uma apresentação das narrativas seleccionadas, o menos intervencionada possível, para que as suas histórias não perdessem o seu valor auto-etnográfico.

5. Empregar a narrativa

Expressar a experiência através da narrativa implica um processo no indivíduo, no qual sentimentos de fragmentação e alienação são ultrapassados e substituídos pela congruência e direcção. Experiências pessoais confusas, como as da vivência dos ataques de pânico, tornam-se narrativas mais coerentes e melhor estruturadas. O que mostra até uma dimensão terapêutica no simples acto de recontar e reordenar a própria experiência. Em parte este é um processo introspectivo, onde o significado pessoal, individual é criado como experiência e forçado à expressão verbal. Good (1994) introduz o conceito de *emplotment* na sua análise de histórias de doença contadas pelos pacientes com perturbações convulsivas. A doença era *emplotted* por vários tipos de estruturas narrativas e a relação entre histórias e experiência não era clara. Good (1994) enfatiza a qualidade interaccional das narrativas e a importância para quem as recebe em compor a história. Tanto o narrador como o que ouve, o investigador, estão envolvidos na criação de uma síntese através da qual a história se vai compondo e ambos contribuem para o *emplotting* da narrativa de doença, através do qual uma história ordenada ganha autoria e é

²⁶ Empirismo radical é uma filosofia da experiência dos objectos e acções nas quais o próprio sujeito é participante; o que implica que não há um *self* real, constante que prevê “outros” reais e constantes como objectos de conhecimento (ver Jackson, 1989).

solicitada. A narrativa torna-se um modelo de experiências passadas assim como um modelo para experiências futuras, e até certo ponto contribui para a organização da vida social (Good, 1994). A qualidade dialéctica e interpessoal da narrativa é paralela à qualidade, também dialéctica e interpessoal, da experiência, a que Arthur e Joan Kleinman (1991) se referem quando definem experiência como um meio de transacções sociais em mundos morais locais.

A história de vida tem um papel central para o indivíduo no sentido em que reinterpreta a experiência pessoal, numa nova grelha de compreensão e assim cria a base para uma experiência renovada. As experiências anteriores são desconstruídas e uma nova identificação e separação dos problemas torna-se possível ao mudar o contexto e ao reconstruir a memória. A história de vida autobiográfica só pode, por definição ser contada como experiência vivida, ou seja da posição do experienciado. Ao juntar a experiência pessoal e a reflexividade, a história de vida ganha autenticidade e autoridade. O *self* torna-se o seu próprio observador e age ao mesmo tempo como um sujeito autêntico (Monks e Frankenberg, 1995). Por exemplo, Lévi-Strauss analisou o papel do mito ao comparar os rituais xamânicos à psicanálise moderna, como duas formas diferentes de psicoterapia (1963). Ao focar-se nas relações entre o terapeuta, paciente e o grupo social, Lévi-Strauss conclui que a psicoterapia moderna constitui uma inversão do ritual xamânico. Na psicoterapia o paciente reconta a sua narrativa pessoal ao terapeuta que é quem guia este processo. No ritual xamânico, o xamã reconta o mito ao paciente guiando-o (por exemplo as mulheres no parto, que Lévi-Strauss documenta). O ritual xamânico constitui ao mesmo tempo uma narrativa mítica acerca da ordem cosmológica da sociedade e fornece orientação para a cura. Ao transferir esta ideia para a psicoterapia moderna, para o que acontece nas consultas de terapia cognitivo-comportamental, e por consequência a forma como me contaram a mim, a narrativa toma a forma de uma história de vida individual, uma autobiografia (Lévi-Strauss, 1963).

As narrativas de pânico recolhidas mostram que o tratamento, o processo para a cura, é um processo social em que a experiência é constantemente reformulada através de processos de identificação e controlo social exercido nas consultas e no aconselhamento com os psiquiatras e os psicólogos clínicos. Elas demonstram também, que as versões pessoais contadas nelas, não são meras reflexões da vida tal qual é vivida, nem ficções. As narrativas pessoais são antes produtos de processos sociais complexos e constituem meios dinâmicos e poderosos de comunicação. Portanto não restam dúvidas de que são material de investigação valioso.

Capítulo IV

Pânico Narrado: Os estudos de caso

1. Estudo de Caso X

Tinha conhecido X na unidade de Psiquiatria, num dia em que tinha consulta de terapia cognitivo-comportamental. Combinámos manter-nos em contacto para marcar um dia da sua disponibilidade para termos a nossa conversa. A conversa foi no dia nove de Fevereiro do ano de 2010, e combinámos junto a uma esplanada em frente ao seu local de trabalho, um quiosque, no centro de Coimbra. Quando X chegou à hora combinada acabou por não se sentir muito à vontade, uma vez que toda a gente naquela área o conhecia. Sugeriu um sítio mais recatado, e fomos então conversar para a arrecadação do seu quiosque, que ficava na cave do edifício do mesmo. O espaço era um pequeno armazém. Ele estava um pouco nervoso, e dizia como a jeito de confirmação *você é que vai fazer as perguntas não é?* e eu dizia-lhe que só queria que ele me contasse, consoante entendesse e como tudo tinha acontecido naturalmente. Que narrasse à sua maneira, e garanti-lhe que se necessário ia fazendo as perguntas que surgissem à medida que a conversa ia acontecendo. A presença do gravador para ele foi curiosa, fazendo várias interrupções ao longo da conversa acerca do funcionamento do aparelho. Ia intercalando a sua narrativa com perguntas e curiosidades do porquê eu querer saber destes assuntos, se as botas que eu trazia eram confortáveis, entre outras coisas triviais. X é um homem de 39 anos, à data da entrevista. Solteiro, sem filhos, dois sobrinhos da irmã única que vive em Lisboa. Nasceu e viveu sempre em Coimbra. A mãe era reformada, tinha trabalhado no Hospital Pediátrico e o pai, reformado também, teve uma tipografia. À data da reforma da mãe, esta tinha adquirido a loja onde vieram a montar o negócio juntamente com X, que cedo se fartou da escola. Não chegou a terminar o 9º ano..

1.1 Os primeiros episódios

Quando o inquiri sobre a primeira experiência com ataques de pânico, o que mencionou em primeiro lugar foram os terrores nocturnos: *(...) aquela situação de estar a dormir, imagine às duas da manhã, ou três, recordo-me disso, estar a dormir e sentia parecia assim uma coisa (e gesticula na zona do abdómen), parecia assim uma coisa a subir, tipo no estômago e tal e eu acordava com aquilo e de repente o coração começava a bater mas com uma velocidade incrível, a rotação do coração, não é rotação, os batimentos, mas a uma velocidade, parecia um motor eléctrico tatatatata e eu recordo-me não sabia o que era aquilo, aquela sensação do “vou ter um ataque cardíaco!”.* Nós pensamos que vamos morrer, são três da manha e está-me a dar aqui qualquer coisa e eu vou morrer. Eu até ouvia, recordo-me de ouvir assim *“olha pessoa tal estava assim tão bem e de repente morreu”* e ouvia isto,

“estive com pessoa tal e de repente morreu” e quando aquilo me começou a dar comecei a pensar “olha vai-me dar aquilo que aconteceu aqueles gajos! Eu ia para a janela apanhar ar, mas quê vou para o hospital? Eu vou morrer, eu vou morrer, aquela sensação de morte mesmo. Não sabia o que é que se passava, nós depois não conhecemos e ficamos a pensar nisto. Eu não procurei psicólogos. E acontecia-me isto de vez em quando.

1.2.Trajectória e itinerário terapêutico

Quando perguntei a X acerca do que fez em seguida aos primeiros episódios, a quem contou ou a quem recorreu, disse logo: *Não contava a ninguém. Uma vez disse ao meu pai, e o meu pai disse “eu às vezes também tenho” e tal. E eu, pronto, bem. Depois andava dois ou três dias e eu esquecia. Mas depois recordo-me que comecei a incomodar-me muito, eu ia uma vez para Lisboa e começou-me a incomodar muito. Imagine que eu saía de Coimbra, e antes de Pombal por exemplo, por isso é que eu deixei de viajar, começava a sentir aquele aperto “eh pá será que me vai dar alguma coisa aqui?”, agora já era em viagem, mas pronto já estava quase a chegar a Pombal se me der alguma coisa vou ao hospital de Pombal, e depois chegava a Pombal, passava e pensava “eh pá agora só falta Leiria!” e o nosso cérebro começa a criar estas defesas. Quando inquirido sobre as idas às urgências do hospital, nos momentos em que tinha os ataques diz Eles (psiquiatras) diziam-me para eu ir a um psicólogo. Os médicos diziam-me logo, mediam-me a tensão, excelente, tudo excelente, e que eu tinha era de ir a um psicólogo. O meu erro foi que andei anos e anos sem ir a um psicólogo. E eu nunca procurei. Até que só em 2000 é que, pronto... se calhar foi o meu erro. Mas conta que anos antes tinha recorrido a ajuda terapêutica, que cedo abandonou: foi em 98 que fui pela primeira vez a um psicólogo; X foi por sua livre vontade: eu é que fui lá falar com um psicólogo e fui-me lá inscrever e passados dois meses fui chamado. Mas eu não gostei. Não fui bem...nada de jeito, era um professor, o Professor 1, e eu desisti, deixei de ir, isto em 2000. E agora à três anos atrás, voltei. Abandonou este profissional porque não havia acompanhamento nenhum de jeito, não havia um acompanhamento... Era sempre a mesma coisa, “eh pá isto é por ti, assim assado, você tem de viajar, chegue a Condeixa volte para trás, nananana, quando sentir que chega a Condeixa avance”, uma coisa muito... sempre a mesma coisa. Volvidos 3 ou 4 anos sem ir a um psicólogo, X resolveu procurar ajuda de novo. Foi ter com o Professor 2 ao hospital pedir ajuda. Eu não aguentava, e fui lá e ele disse “venha cá amanhã, terça-feira...” eh pá eu estava a dar em doido, eu não me aguentava já, eu estava num sitio qualquer, estava no sitio e estava a controlar “oh pá o que é que eu vou pensar?”, às vezes até sentia assim uma pressão na cabeça, a tentar parar, como se quisesse parar o cérebro, os pensamentos, até às vezes sentia assim parece uma onda, eu tinha de perceber como é que as coisas dentro de mim estavam a funcionar, a dada altura parece que eu estava ligado a um computador, parecia que o cérebro não era meu, era um computador que eu aqui tinha e eu queria desligá-lo, a dada altura queria desligar isto e disse “Oh Professor eu tenho de desligar a minha cabeça se não dou em doido!”, era como se eu fosse duas coisas, eu era uma coisa e o meu cérebro era outra coisa que não me pertencia, em que eu tinha de*

estar a mexer-lhe, a programá-lo, nós quando estamos no computador estamos a, estamos no teclado não é, e é como se estivesse à frente do teclado “mas e porquê?” é uma coisa horrível estarmos sempre a controlar, estarmos sempre no controle da coisa.

Quanto a acompanhamento psiquiátrico e prescrição de medicamentos X refere que de 2000 a 2004: *tomei xanax, andei para aí dois ou três anos a tomar o xanax, todos os dias a tomar xanax (...)Depois havia as medicações, nunca tomei medicações muito fortes, o bromolex, fraquinho, nada, nunca entrei em...E pronto, de repente as coisas, às vezes estamos bem, agora à muito tempo que não tenho, mas às vezes quando dá para andar a controlar, controlar porque é que eu penso nisto, ou porque é que penso naquilo, mas depois, o que é engraçado é primeiro aceitarmos isso, agora aceito. Quando vêm essas crises de controlo agora aceito, penso “eh pá isto é meu”.*

Actualmente X, a nível de medicação refere que toma: *(...)todos os dias, bromolex, às vezes há dois dias ou três que tiro, mas...pronto.*

1.3 Cognições catastróficas, comportamentos de evitação, sintomas e sensações

Eu uma altura nem cheguei a Lisboa, cheguei a Leiria e pá voltei para trás.(...) Até que chegou a um ponto em que para não estar a entrar (em pânico), recordo-me de estar a ir para a Lousã e já nem consegui sair de Coimbra. Qualquer estrada que fosse que eu me afastasse do meu sistema de segurança que era Coimbra começava logo numa ansiedade brutal, recordo-me que as mãos ficavam presas, um formigueiro imenso, ficava com os dedos dormentes, tinha que ir a conduzir e assim (e gesticula com os dedos, conduzia a gesticular os dedos) aquele pânico mesmo pânico, medo, aqui atrás também dormente (mexe na nuca, zona de pescoço e cabeça) parecia que estava anestesiado que era assim que eu sentia, e era um pânico imenso, e eu “oh pá vou ter de voltar para trás” (...) andei assim muitos anos. Não conseguia sair daqui de Coimbra, nem a Condeixa ia (...), mas saí sempre de casa (...) começou-me a acontecer ao andar de bicicleta e chegar a passar por um pinhal qualquer e pensar eu vou morrer aqui também e não está aqui ninguém para me ajudar e portanto afastei-me de locais muito isolados, não conseguia fazer estrada, e era a situação que lhe disse à bocado, era naquela altura das Cantigas da Rua, aquele concurso com o Miguel Ângelo, (um concurso de Televisão que era gravado ao vivo em várias cidades do país com centenas de pessoas a assistir) recordo-me também que estava lá com uma amiga e não consegui lá estar com o barulho lá está, o barulho, a confusão, encostei-me a uma árvore, um pânico e disse “oh pá tenho que me ir embora daqui” e então fui para o meu carro, sentei-me no carro que estava na Praça da República e aí fico calmo. Continentes (hipermercado) comecei a evitar, sítios isolados, confusão, multidões, a Makro, com aquela gente toda no Natal, aquelas caixas, Continentes, Makros, confusões, portanto era ou muita confusão ou isolamentos, e era esses atrofios de noite também.X tinha muitos episódios durante a noite, terrores nocturnos, em que os seus medos de catástrofe pessoal, as suas cognições catastróficas, centravam-se na respiração, batimentos cardíacos e no próprio fluir do pensamento, que descreve assim: (...) punha-me a controlar a

respiração, pensava que o coração parava, acordava a meio da noite a pensar que o coração estava a parar, a pensar que tinha de controlar a respiração porque a respiração estava a parar, depois foi pior, comecei a controlar os meus pensamentos. O que é que eu ia pensar dali a cinco minutos, como se fosse eu...eh pá tenho milhões de pensamentos, o que é que eu vou pensar daqui a cinco minutos e começava a entrar em pânico. Escangalhava a cama toda a dormir, a dormir não! Que eu passava as noites todas às voltas, escangalhava a cama toda, não conseguia dormir. Acordava às três da manhã em pânico a pensar “oh pá vou para o hospital”, e cheguei a ir ao hospital uma ou outra vez, mas não tinha nada (...)

(...) Depois à três anos, é que comecei outra vez nestes controlos, respiração, até que comecei a controlar, acordava de manhã a pensar “eh pá, o que é que eu vou pensar?”, isso era terrível, não conheço ninguém... (aqui acho que se referia ao facto de não conhecer ninguém que pensasse e sentisse como ele) Era como se estivessem a controlar o nosso cérebro, comecei a imaginar isso... “Nós temos aqui milhões de informações, o que é que eu vou pensar daqui a um segundo”, pá e estava a dar em doido com isto, acordava de noite a pensar nisto, a controlar isto. Acordava de manhã ficava a ver televisão mas não estava a ver televisão estava a controlar as minhas imagens, punha-me focado e eu com o meu cérebro estava a ver as ideias a surgir, focava-me onde é que vinham as ideias. “Mas de onde é que vem as ideias? E estou a pensar nisto porquê?” começava-me a perguntar muito a mim próprio, mas isto é muito complicado! Isto dá com a gente em doido! Ficamos sem... “Pá o que é que eu estou a pensar, mas porquê? Já agora pensei no carro porquê?” depois tentava ir atrás, “oh pá eu vou dar em doido, eu não aguento isto...” e depois é que falei com o Professor 2, e ele disse-me “oh pá você não controla o cérebro!”

Quando inquirido sobre as sensações corporais e pensamentos, nos momentos de pânico diz: *Era o medo de ficar doido, pensava que ia ficar doido a qualquer momento, eu às vezes até não ia viajar e se fosse a um sítio qualquer era sempre os ataques de pânico, era sempre essa situação, eu pensava que depois não ia ter capacidade para voltar, como é que eu ia ter capacidade para conhecer os caminhos, como é que tinha capacidade para falar, eu às vezes a falar estava a pensar “oh pá eu estou a falar mas como é que eu sei as palavras que eu vou dizer a seguir?” (...)* Eu lembro-me de às vezes ir a conduzir, e depois não sabia em que é que me devia focar, eu falava com as pessoas e estava sempre numa ansiedade brutal, *foco-me aqui ou foco-me no que está lá fora na rua? No som? Ou foco-me nos meus pensamentos? No exterior? Naquele pneu? Eu estava a dar em doido, “isso é apenas ansiedade isso passa!”*.

Quanto aos comportamentos de evitamento, X considera que a sua vida parou. *Eu durante 10 anos parei. Parei, deixei de falar com as pessoas, porque me convidavam por exemplo “olha vamos todos para Aveiro” e eu não ia, “para quê ir para Aveiro? Ter um ataque de pânico à beira das pessoas?” e então comecei-me a afastar de tudo e de todos. Só uma ou duas pessoas é que sabiam mais ou menos da situação, mas mesmo assim eu não gostava muito disso.*

1.4. Interpretações e percepções da experiência

Quando inquiri X, sobre o porquê de isto lhe ter aparecido, sobre as primeiras vezes, quais eram as suas interpretações refere: *Não sei, talvez fosse o trabalho, na altura eu trabalhava muito, andava cansado, era muito físico, e tinha ataques de pânico de repente. E recebi mal esses ataques de pânico, comecei a reagir mal, comecei a sentir-me mal de saber que aquilo andava ali a minha volta. Estamos muito bem e depois de repente, vou morrer...e era só por isto, vou morrer ali vou cair ali, queria ir para o hospital, comecei a ir para zonas de segurança.* X revela ainda, sobre o porquê lhe acontecer isto, noções talvez apreendidas do historial das consultas de terapia cognitivo-comportamental: *nessas consultas, de há uns três anos para cá é que me explicaram que há uma química, que não controlamos, tal como há uma química do estômago, que há circuitos eléctricos, electrónicos que nos controlam e então comecei a treinar isto, que são circuitos electrónicos que não se controla.* Ainda sobre o controlo acrescenta: *porque às vezes vamos por aí fora e queremos controlar e até não conseguimos, o cérebro está desligado, aprendi que pá pronto estamos descontrolados, descontrolados não, isto é tudo automático, que não controlo, e quando vem um ataque e não controlo, aceito. Lá está não tento bloquear, “aceita isto é uma coisa tua! Aceita! Em vez de estares a pensar naquilo, pensas nisto!”.* Ultimamente tenho andado muito melhor.

A dada altura inquiri X sobre, ainda quanto às causas, se achava que a vida moderna, o estilo de vida moderna e a sociedade em geral podia ter relação com o que lhe aconteceu. X fez a seguinte dissertação, como quem tivesse lido Donna Haraway: *As vezes não gosto muito das pessoas, dos humanos, as pessoas não me deixam falar. Não tenho nada contra ninguém sou simpático com toda a gente, mas não tenho assim grande simpatia pela nossa espécie. Detesto arrogância, detesto vaidade, tenho amigos meus que me metem uns nervos pá, eu nem os considero amigos, tenho pessoas que eu me dou bem, há mais de dez anos, compram carros, tenho um amigo que me mete uma impressão tem um M3, tem um jipe, tem um BMW a gasóleo, mas se houver um pobre que lhe peça 50 cents. Ele não dá. Faz-me impressão isso. (...) este gajo tem vinte mil contos em carros e vai as compras, atesta com 60, 70 euros e não dá 50 cents., eu não consigo aceitar. Eu dou sempre, só se estiver mal disposto. Ainda estes dias apareceu-me um gajo todo borrado, com 40 e tal anos ou 50, e diz-me você não tem aí umas calças é que eu borrei-me todo (...) disse-lhe vai aqui ao chinês e havia lá uns fatos de treino a 5 euros e disse-lhe vai lá comprar umas calças e disse-lhe manda essas para o lixo, e ele lá foi todo contente (...) As pessoas não olham para um desgraçado que está ao lado. A nossa sociedade está tramada, nós mais uma, duas ou três gerações e vai haver uma mudança qualquer, estamos a evoluir na tecnologia mas não estamos a evoluir nas atitudes, muita conversa é como os nossos políticos, muita conversa e atitude? Nada. (...) Não vejo as pessoas a arregaçar as mangas... mas o ser humano não é mau, eu às vezes analiso e o ser humano não é mau, uma pessoa que caia as pessoas vão logo todas para ajudar a pessoa, ao mesmo tempo não somos de todo maus, houve aquilo no Haiti e toda a gente*

ajudou, mas depois falhamos noutra coisa qualquer, a nível individual falhamos (...) Isto é uma sociedade em que estamos a ficar um bocado máquinas, e as máquinas um dia vão-nos dominar. Havia aqueles filmes das máquinas contra os humanos e isto já começou mas só que não é as máquinas aos tiros aos humanos, as máquinas estão a tomar conta de nós é uma luta diferente. Os computadores, esta geração mais nova, os meus sobrinhos não vão comprar uma revista, é tudo electrónico. A malta de 17 anos não tem sentimentos parecem robots, é a máquina a dominar, são os homens máquina. Aquela coisa da amizade acho que se vai perder com os anos. Tem, tudo a ver. (...) as máquinas estão-nos a separar. Se eu estiver em grupo com os amigos, que gosto de estar, sinto-me bem. As máquinas estão-nos a separar, por isso é que nós nos vamos destruir, são os computadores. Há miúdos que não se vem há um mês ou dois, vivem no mesmo prédio mas falam na internet. Eu não fazia isso nunca, eu não quero internet, para estar a falar com vocês na net, para isso estou sozinho ou estou a ouvir música, ou vejo filmes que eu gosto muito de ver filmes.

Em conversa com X, sobre a condição humana, perguntei-lhe se seria algo em que pensasse, mais filosoficamente, respondeu da seguinte maneira: *(...) eu gosto de analisar, olhar os céus, o nosso planeta, quando houve agora há uns dois ou três anos a passagem de Vénus, recorda-se? Tivemos de comprar os óculos para ver, e vi de facto que o Sol é assim e Vénus é como se fosse uma migalhazinha, mal se via, gosto dessas coisas. Sondando-o sobre noções e pensamentos sobre a vida, uma vez que sentimentos de morte e do medo são coisas acopladas da perturbação, X enuncia pensamentos sobre o sentido da vida, com metáforas muito próprias e pessoais: (...) sempre pensei nisso desde miúdo. Sempre, sempre... Eu é engraçado uma vez falei à Doutora 3 (psicóloga que o acompanhou previamente à actual) eu às vezes acho, não é por ter lido, mas eu às vezes acho e pensava nisso e falava com ela às vezes disso, eu acho que nós até somos mais, sobretudo o nosso cérebro, não é o nosso cérebro que tem cá, deixe-me ver se lhe consigo explicar, nós não estamos cá no nosso cérebro, está a perceber? E eu dantes pensava nisso, e eu achava que o meu cérebro era apenas como uma antena, um receptor, porque eu achava que o nosso cérebro não tinha capacidade para ter todas as nossas... a nossa vida toda. Eu acho que nós somos um receptor e às vezes até pensava que nós estamos iludidos que estamos aqui na terra e não estamos. O cérebro é o nosso receptor e nós recebemos informação. Como quando se liga uma televisão, a televisão está sempre a receber informação, e eu pensava o nosso cérebro deve ser só uma central, uma memória, tudo bem, o nosso cérebro tem capacidade de controlar a visão, os sentidos, o equilíbrio, os sentimentos tudo bem, o nosso estômago, o coração a trabalhar tudo bem, mas só isso, a nossa máquina motora, os movimentos, o comunicar e o falar, mas toda a nossa vida, toda a nossa... nós estamos num sítio qualquer, e nós somos uma antena que recebemos a nossa expressão, pensamos que estamos aqui mas não estamos, o nosso cérebro não teria capacidade para ter a nossa...a consciência, vem tudo de um local e nós somos...recebemos essa informação. Por exemplo, nós temos o nosso estômago, o nosso estômago tem cá comida, mas agora a comida que a gente tem no estômago não dá para a vida toda, vem de fora para dentro. O ar que temos nos pulmões...punha-me a pensar nisso, mas o ar que temos nos pulmões não dá*

para a vida toda, ele está sempre a vir de fora, e o nosso cérebro é a mesma coisa, o nosso cérebro está sempre a receber informação de qualquer lado, é como um computador ligado à internet. E eu acreditava que Deus é essa energia que nos dá vida, um centro de informação, uma energia qualquer que eu não sei. E continua a narrar a sua cosmovisão: isto é tudo uma ligação, agora se me perguntar o que é Deus eu não lhe sei responder. Não sei para mim Deus é uma inteligência, eh pá é uma energia diferente de nós, eu até costumava dizer Deus não tem mãos sequer, nós é que somos as mãos de Deus, porque, eu quando era miúdo pensava muito nessas coisas, porque Deus é uma energia, nós nascemos estamos aqui e ele não precisa de nós, nós montámos isto, (aponta para uma estante) com as mãos, nós montámos este armário com as mãos, montámos tudo com as mãos e Deus monta-nos, faz-nos tudo através de energia, porque nós não temos aqui (aponta para as articulações) parafusos, nós do nada é que nos vamos criando, temos aqui os olhos e tal mas não andou aqui ninguém a pôr os olhos. Nós somos um bocadinho...eu não tenho razão nenhuma atenção, não pertença a religião nenhuma, mas imagine que deus, Deus fez o sol, fez a Terra, fez o oxigénio, fez os átomos, o carbono, isso tudo que precisamos para viver, mas Deus já não consegue fazer isso que aí está (aponta para o gravador) já reparou? Deus não consegue fazer isso, aliás ele consegue fazer isso mas através das nossas mãos. As nossas mãos que é uma coisita que parece que a gente nem liga, é uma coisa que Deus não tem, Deus não consegue fazer um automóvel, nem nunca vai conseguir, mas nós pensamos sim, ele consegue, mas, através das nossas mãos. Quer dizer nós aqui na Terra é que conseguimos dar o requinte ao material que Deus já não consegue, nós conseguimos através das nossas mãos, se nós estivéssemos à espera de uma casa de Deus, tínhamos o quê? Uma gruta. Isto não, já fomos nós com as mãos que fizemos. Nós é que somos a continuação com as nossas mãos, de uma inteligência, as nossas mãos é que dão requinte à...fazemos coisas fantásticas, fazemos automóveis, fazemos telemóveis, mas é com a inteligência de lá de cima. Por exemplo os telemóveis, nós às vezes falamos da ciência, mas a ciência não é contra Deus, a Ciência é uma coisa de Deus. Agora como tudo, na Igreja, há padres corruptos, na Ciência, há cientistas que crêem em Deus e há aqueles que não acreditam, mas a Ciência não é nossa a Ciência vem toda de lá de cima, tudo vem da energia de lá de cima. (...) Nós não somos nada. Somos muito mas não somos nada. Nós não somos nada. Ok, tudo bem às vezes eu digo aos meus amigos, continuamos a fazer telemóveis é fantástico mas vem tudo lá de cima. Porque a gente, as descobertas é por acaso, já reparou? É por acaso, às vezes andam os cientistas e não descobrem e de repente descobrem, mas também fazem coisas fantásticas. Mas isto vem tudo lá de cima, porque repare às vezes descobrimos coisas fantásticas, há tecnologias fora de série que a gente nem controla, já andam para aí aviões que andam sozinhos, pilotos que querem apontar para ali e só pelo olhar carregam ali, só que nós continuamos a escarrar, continuamos a coçar-nos, a tirar coisas do nariz, como à cinco mil anos atrás(...)

Pensar na morte foi algo que para X o acompanhou desde criança: *Quando era miúdo, não ligava importância a quase nada por causa disso. Eu recordo-me que uma vez recebi uma boa nota mas eu não liguei, tinha sempre aquela sensação de não ligar porque sabia que ia morrer. Para quê tanta*

coisa, nós acabamos por morrer. Hoje, não ligo tanto. Porque eu acredito que a vida continua(...) Mas quando era mais novo não me dava motivação de vida, como eu sabia que um dia ia morrer, não ligava nada. Para quê? Eu vou morrer um dia. Quando eu andava ali nos doze, treze anos, uma passagem, não ligava, hoje, aprendi, já li livros acredito que nós de facto, a vida continua, a vida continua... Isto aqui é uma ilusão, já li livros que dizem, mas atenção não sou fanático por nada, tenho curiosidade mas não acredito em nada, acredito que e já li livros que podemos morrer e nem nos apercebemos, e de facto se houver essa sensação que eu tenho, como vem tudo de fora o nosso cérebro poderá não morrer, o que é que o corpo perde a energia e cai para o chão mas a nossa vida para nós está lá em cima. Nunca vi aqueles programas daquelas pessoas que estão em coma e que depois vêm o corpo em baixo? Ainda há dias me surgiu uma ideia dessas que eu tinha quando era miúdo, de que não vivíamos aqui, e é verdade eles vêm-se de lá de cima, o corpo morreu mas eles vêm-se de lá de cima, tudo bem. O nosso cérebro não tinha capacidade para...Por exemplo os egípcios, é egípcios que se diz? Eles não ligavam nenhuma ao cérebro, quando faziam as múmias, ou embalsamavam ou lá o que era não ligavam à parte interior do cérebro, deitavam num pote, eles guardavam os rins, os pulmões, guardavam tudo e o cérebro não ligavam, tiravam-no pelas narinas e deitavam fora. Diziam que estávamos aqui (aponta para o coração) que a nossa alma estava aqui. O cérebro, quando estava morto puxavam-no e tiravam-no pelas narinas, arrancavam e deitavam fora. Quando nós temos uma emoção, tudo bem pode ser uma indicação do cérebro mas quando eu tinha o pânico, era aqui (aponta para o coração e abdómen) que eu sentia ...

Quanto à percepção dos ataques diz: Horrível! Horrível! (...)Isto no fundo é uma ansiedade, a gente é que dramatiza. Por exemplo vai-se fazer um exame de condução...nós dramatizamos essas coisas, eh pa que nervos que porcaria vou fazer exame e o coração bate, nós é que dramatizamos de uma forma...interpretamos mal, como se fosse um ataque cardíaco. Eu lembro-me de ir a conduzir e começava a sentir , e pronto já me incomodava, às vezes até o cinto de segurança andava aqui com o fecho, sentia que me apertava...

1.5. O tratamento e a actualidade

X considera que está muito melhor, desde que o Professor 2 e as três psicólogas que o acompanharam nos últimos anos, de quem só tem boas coisas a dizer, entraram no processo de tratamento que quis voluntariamente fazer. Refere que este é um trabalho que tem de fazer continuamente. *A psicóloga não é com conversa, pode-se andar lá uma vida inteira mas não se aprende, é muito bom ouvir as doutoras, o Professor 2, mas temos de trabalhar eu agora todos os fins de semana vou para a estrada. Ainda no sábado fui a Leiria, todos os sábados vou a Leiria, vou a Aveiro e só assim é que nós aprendemos. (...)Já não tenho há muito tempo (os ataques de pânico), é mais a ansiedade, vou a conduzir e começo a ter medo de ter. aquele formigueiro aquela ansiedade e começo a pensar não há meio de chegar a Coimbra, mas é o medo de ter(...) Encaro bem isto, há alturas que andamos bem outras menos, as vezes ponho-me a pensar o que vou pensar, fico assim fechado na minha*

cabeça a pensar o que é que vou pensar agora? Se eu tivesse um milhão de ideias, e tivesse que escolher uma...as vezes tenho aquelas coisas mas vai-se trabalhando.

2.Estudo de caso S

Conheci S, antes da sua consulta de psicoterapia. Como ainda faltava tempo, as consultas estavam atrasadas naquele dia, S sugeriu que pudéssemos fazer a entrevista logo ali. Fomos para a frente do Serviço de Psiquiatria, na parte das consultas externas e sentamo-nos num pequeno canteiro de jardim. Estava vento e havia uma chuva muito miudinha no ar. S, à data da entrevista (21/01/2010) tinha 29 anos. É solteiro, estudante de Engenharia Informática. É também um artista, escreve, prosa e poesia, toca guitarra e canta. Teve participação em vários projectos artísticos, desde performance teatral e poética a alguns projectos musicais, conhecidos na cidade de Coimbra. Pinta também, é um amante da pintura embora ache que é péssimo pintor. S conhece os hospitais psiquiátricos bem, desde a sua infância que cedo foi paciente. Passou por vários diagnósticos clínicos. Até recentemente ter começado a ter ataques de pânico.

2.1.Os primeiros episódios

No âmbito da PP, reparei muito recentemente...foi à coisa de talvez, dois semestres, deve ser à coisa de 12 meses grosso modo... é assim eu já, antes disso tinha tido ataques de pânico, mas coisas esporádicas, situações in extremis, de estar muito eufórico e sentia realmente sintomas de pânico, mas nunca foi uma coisa persistente, agora mais recentemente estava num anfiteatro, fechado, numa aula teórica, e aconteceu-me começar a ficar com pontadas de ansiedade que eu reconheci como sendo ansiedade, e calor, o metabolismo acelerado, tudo isso, um pouco de falta de ar... Saí do anfiteatro, a meio da aula, vim cá para fora, e a coisa não passou. Comecei a ficar mais preocupado, até me passou pela cabeça que podia estar a ter um ataque cardíaco, ou qualquer coisa assim, e desde esse episódio, que a coisa ficou mais ou menos crónica não é... Crónica não é no sentido fatalista em que não vai desaparecer, mas no sentido que é periódico, tipo todos os dias tenho de combater a ansiedade, e foi esse o primeiro episódio.(...) acho que foi marcante, até se eu analisar as minhas fobias maiores, no tempo presente, tanto cinemas como anfiteatros continuam a ser das coisas que mais me incomodam, por isso acho que foi bastante marcante pelo menos nesse sentido. Até pela protecção que eu faço da coisa não é...

2.2.Trajectória e itinerário terapêutico

S teve uma trajectória, que não começou pelo pânico, começou muito cedo a viver experiências com o meio psiquiátrico. Considera a sua trajectória um pouco: (...) *um bocado esquisita porque é assim, a minha vida quase toda, desde que era miúdo e um psiquiatra me disse com as letras todas que eu tinha uma psicose maníaco-depressiva, durante a minha vida quase toda estive convencido que era isso que eu tinha, depois variou ligeiramente, chegou a ponderar-se que tinha uma*

esquizo-afectiva, que é uma mistura da bipolar ou seja bipolar é o nome mais recente para a psicose maníaco-depressiva, portanto uma mistura de bipolar com esquizofrenia, depois já se punha essa hipótese enfim, neste momento, é uma coisa muito estranha porque eu de à uns anos para cá tinha estabilizado um pouco, estou a melhorar bastante e (...) daquilo que eu consigo compreender, daquilo que eu leio das bulas dos medicamentos, que é só esse o conhecimento que eu tenho, não tenho conhecimento profissional, neste preciso momento estou a tomar dois medicamentos que cada um deles influencia pessoas que tenha uma situação bipolar, ou seja é estranhíssimo porque pelo menos um deles já estou a tomar à largos meses...(...) nunca tive psicoterapia antes, foi-me sugerido quando eu era seguido em criança, fazer coisas nesse âmbito, mas nunca tinha feito nada, nem psicoterapia nem nada com um psicólogo, portanto fui sempre seguido ou por pedopsiquiatras ou por psiquiatras mais tarde. S começou a fazer psicoterapia a partir do momento que lhe foi diagnosticada a PP: eu já sou seguido por um psiquiatra à já, pronto vários psiquiatras não é, ao longo dos tempos, e é claro que eu falei com o meu psiquiatra, que começou a medicar-me de acordo, eu por essa altura até tinha uma visão um bocado limitada da coisa, pensava que era mais uma doença que eu tinha que controlar com medicação e entretanto, ele sugeriu-me psicoterapia que é o que eu tenho feito de à pouco tempo para cá, e fez-me muita diferença porque fiquei mesmo com a noção de que é uma coisa que tem uma componente mental muito forte e isso dá-me um sentido de esperança muito grande porque quer dizer que eu com esforço e com perseverança vou conseguir até reverter por completo esta PP. O que S toma como medicação é o cipralax e o outro é não me lembro... Pronto, este último estou só a tomar à dias, o cipralax já estou a tomar à vários meses, e pode mesmo, na bula diz que realmente, a pessoas que tenham uma condição bipolar pode induzir ataques de mania, e isso de facto não tem acontecido, o que me leva a ponderar o que será que aconteceu. Porque sempre me disseram que a bipolar era uma doença crónica, tipo diabetes, vai ter isto até morrer! Mas o que se está a passar agora é um bocado estranho e julgo eu que até pode ser algum teste da parte do meu psiquiatra, estou a tomar medicamentos que em pessoas com a bipolar pode induzir ataques ou coisas características da doença, e não tem acontecido nada disso, por isso neste momento estou assim num terreno um bocado estranho (...)tomo xanax, que é um ansiolítico, tomo leponex que é um sedativo. Entre o xanax e o sedativo que tomo para dormir, deve estar por aí nessa área.

2.3.Cognições catastróficas, comportamentos de evitação, sintomas e sensações

Perguntei a S acerca dos seus medos, se morrer, ficar louco: Isso é um bocado difícil de descortinar... mas sei lá, as fobias...sei lá, é uma coisa irracional isto da PP, o que me acontece não é propriamente o medo de morrer...mas sei lá começar a hiperventilar e sair disparado, e pronto isto está muito associado a sítios onde eu esteja e que não tenha uma fuga fácil em sair de lá. O comboio. No comboio, ultimamente tem corrido melhor mas continua a ser uma das situações que me causa muita fobia. Uma pessoa está no comboio, e aquilo tem poucas paragens, inclusive isso alterou a minha vida ao ponto de quando viajo de comboio vou em primeira classe porque tem mais espaço, para não me

sentir apertado, mas é sempre aquela coisa, é só uma horita mas uma pessoa começa a focar-se, não é, começa a focar-se, a autocentrar-se e acho que o meu medo maior é mesmo perder o controlo da coisa. Porque já me aconteceu chegar ao ponto, pelo menos uma vez, em que o pânico era tão avassalador e comportei-me de uma maneira tão irracional, que foge ao nosso controlo e acho que o meu medo maior é esse, perder o controlo. Não é propriamente pensar “ai agora vou morrer, ou vou desmaiar”, é perder o controlo, e depois, o que é que eu faço? Vou sair disparado? É que parece que uma área muito primitiva do nosso cérebro toma conta de nós e é isso que me causa mais fé, é perder completamente o controlo, entrar em pânico e o que é que vai acontecer? Vou sair disparado para onde? Não é? É mais isso...

(...) na psicoterapia fiz um ranking de várias situações que me causam pânico, a ordenar por gravidade entre aspas, há situações específicas em que eu sei que posso vir a ter pânico. Várias, desde andar de autocarro, conduzir de carro, ter aulas em anfiteatros, cinemas, andar de comboio, andar de metro, comer, o próprio comer também é uma coisa que me pode perturbar, por exemplo se for num sitio publico perturba-me ao ponto de me sentir enjoado, quase com vômitos, não consigo comer mesmo, já me aconteceu até estar com outra pessoa e a pessoa estar a comer e eu só de olhar para o prato da pessoa num sitio público dá-me tanto enjoio que tenho de virar a cara. Portanto há várias situações que realmente me causam fobia... acho que tenho a agorafobia, porque segundo me explicaram a agorafobia tem aquela vertente do evitamento não é? Eu é uma coisa muito recente e de facto tenho evitamento. Eu se poder evito uma situação que eu pense que me vá causar pânico, apesar de eu saber que mais tarde ou mais cedo vou ter de encarar situações, mas acontece. Acontece-me bastante. Esses tais evitamentos acontecem-me bastante. Portanto há estas situações todas que eu descobri, e portanto a níveis de sintomas mesmo é uma coisa que não é muito típico porque eu quando comecei a ter a PP, para continuar no dia a dia tinha um leque de sintomas, agora com outra medicação já é um bocado diferente, mas o que acontece no fundo é que com esta medicação, muitos dos outros sintomas, e os sintomas passam por pontadas no peito, apertos no peito, aumento da temperatura, suores frios, hiperventilação, sentimentos de anestesia em certas partes do corpo, essa coisa toda. E o que me acontece com esta medicação mais recente, a diferença é que muitos dos sintomas mais leves desapareceram, mas quando desapareceram quero eu dizer que, julgo eu, foram abafados pela medicação que estou a tomar, que é uma medicação mais vocacionada para prevenir os ataques de ansiedade. A noção que eu tenho agora é que esses sintomas mais leves desapareceram e o que acontece é que de facto quando chega a um ponto em que eu sinto os sintomas, já não passo pelos sintomas mais leves, a tendência é quando eles me atacam serem mais fortes, ou seja, quando começo a sentir os tais sinais ou sintomas de ansiedade, são mais fortes porque a medicação bloqueará os mais leves. E só quando o ataque se torna forte é que eu tomo percepção da coisa.

2.4. Interpretações e percepções da experiência

Quando questionei S, se atribuía o aparecimento dos ataques de pânico a qualquer acontecimento, ou o que interpretava de toda esta experiência com a perturbação referiu que haviam várias coisas: *e felizmente a psicoterapia tem-me ajudado a ligar as coisas. É uma coisa que não estava nada à espera. Começamos por atacar a questão toda da PP, e ultimamente temos escavado mais para trás. Isto realmente da minha inconstância mental, vem já de muito de trás, desde os meus 13 anos se calhar, e eu estou a começar realmente a juntar o puzzle para ter uma compreensão mais profunda das coisas, porque os psiquiatras infelizmente, a maior parte deles, focam-se mais na área química do que outra coisa, agora, o que eu sempre soube, é que para já, os meus pais divorciaram-se quando eu era novo, e isso claro que é logo um factor de risco entre aspas, depois o que eu posso indicar e tenho toda a certeza, eu comecei a ficar afectado quando estava eu no básico (ensino) e tive nota máxima a tudo, que era o 5 na altura, e isso para mim criou uma espécie de situação limite, porque eu depositava muita esperança, muita energia e muita atenção à vida escolar e já se discutiu isto em psicoterapia por ter também a ver com o facto de eu querer agradar ao meu pai, pelas notas, por querer muito a aprovação do meu pai e aconteceu de facto então, porque eu tive 5 a tudo, então fiquei assim numa situação do tipo: quer dizer eu ando a centrar a minha vida, portanto, era muito novo mas já tinha estas questões existenciais, portanto comecei a questionar-me, quer dizer eu ando a orientar a minha vida toda no sentido escolar e acabei de ter nota máxima a tudo, e agora? O que é que eu vou fazer? E comecei a pensar então a minha vida vai ser o quê? Vai ser uma vida inteira a ter boas notas? Depois ter um bom emprego para quê? Comprar coisas? E isso mexeu muito comigo, e eu fiquei numa situação em que não conseguia dormir, e depois inclusive culpava-me de muita coisa, pronto uma depressão terrível e eu além de ser criança nunca tinha tido nada, e atacou-me mesmo muito a sério, fiquei uma semana ou duas que não conseguia dormir, os meus colegas vinham-se visitar, tentar me animar, os meus colegas de treze anos, mas eu estava num caco e acabei por ir ao médico de família e ele próprio ficou... viu que era demais para ele e encaminhou-me então para uma clínica de pedopsiquiatria e foi a partir daí que eu comecei a ser tratado. Porque eu chorava, culpava-me de tudo que havia no mundo, e pronto foi tudo a partir daí, foi aquele momento primeiro ao qual posso apontar com toda a certeza, é claro que já vinha um bocado de trás, o divorcio dos meus pais e tudo isso mas, esse sem dúvida foi o ponto de viragem, que eu consiga marcar nitidamente, foi isso... (...) Os meus problemas, que já vêm desde que eu era puto, tornou-se claro na psicoterapia que estão relacionados com esta perturbação (o pânico), o ter ficado deprimido e tal, mas como é claro a morte do meu pai não ajudou nada. Foi uma coisa estúpida nem sequer sabemos que doença é que era. Ele já estava reformado, andava a ir para Cabo Verde, andava lá entretido com um negócio de ouro, ele vendia ouro e tal, e deve ter apanhado lá qualquer coisa. Esteve internado chegou a sair, e depois voltou para lá, e eu lembro-me da última vez que, lembro-me de lhe ter dito, “ah depois pagas uma jantarada ao pessoal”, ele estava nos cuidados intensivos e, eu já não ia visitar o meu pai à já algum tempo, também custa ver uma pessoa assim, e eu estava precisamente, tinha acabado de fazer a barba e tal, porque o meu pai não gostava de me ver com barba, que eu era preguiçoso (ri-se), e estava eu a fazer a barba, a vestir-me e a preparar-me para sair, quando telefona à minha irmã a dizer que o meu pai tinha morrido durante a noite, e eu ia sair para ir*

visitá-lo. Foi muito, muito fodido para mim. E é a tal cena estúpida, nem sequer descobriram o que é que ele tinha. Não disseram nada. Eles basicamente estavam a dar-lhe cocktails de tudo quanto havia de antibióticos para ver se resultava porque não sabiam o que é que era.

Conversando com S, abordou-se a questão relacional, a nível da família e amigos; o que fazia quando sentia o pânico latente. *Quanto à parte da família eu comecei por ignorar um bocado, até porque eu lido com doença mental já à muito tempo, e aprendi que, não digo desde muito cedo, mas aprendi eventualmente que, infelizmente o que podemos fazer além de ter uma relação terapêutica com um profissional, é basicamente protegemo-nos, e ir lá por nós. Pela nossa própria cabeça, infelizmente as pessoas não estão assim muito bem educadas e muitas vezes sem querer dão conselhos muito ao lado, que acabam por fazer pior do que melhor. E eu aprendi ao longo do tempo a bloquear mais ou menos as coisas que não interessam, para me auto-preservar. Há certas coisas que a minha família diz do género “ah isso está tudo na tua cabeça” e não sei quê, e eu realmente tenho de lhes dar razão, mas ao mesmo tempo eu sei que sim, que está na minha cabeça, mas não é por isso que é fácil. As pessoas não têm essa noção. “Isso está tudo na tua cabeça”, “sim de facto tens razão, mas não basta falar”, é uma coisa que está tão enraizada na tua cabeça, que depois a nível psicossomático, é uma coisa que apesar de ser mental tem repercussões físicas, uma pessoa está mesmo a sentir as coisas, e é extremamente difícil uma pessoa ignorar isso. Quanto a técnicas, pequenos truques e tal, eu estou a esforçar-me ao máximo para mentalmente tentar realmente relaxar e não me autocentrar porque como é sabido uma pessoa ao autocentrar-se recrudescer os sintomas e é pior não é, mas além disso pequenos truques são ouvir música para descontraír, telefonar a alguém e conversar um bocado com a pessoa, pronto são os truquezitos que eu uso.*

Ao longo da entrevista com S, fizeram-se comentários sobre os tempos que correm e o facto de a maioria das pessoas ter um episódio psiquiátrico pelo menos uma vez na vida, sugeri-lhe a minha ideia de que via relações da perturbação e sua maior prevalência com questões mais ligadas à própria organização social contemporânea, a sociedade do consumo, mediatizada e desenvolvida do ponto de vista tecnocientífico. S referiu o seguinte: *É assim, eu já reflecti, um dos meus vícios é precisamente pensar demasiado, já quando era puto, me diziam “oh pá não penses tanto!”, e por acaso já reflecti bastante nisso e estou um bocado dividido comigo próprio, porque por um lado, eu acredito piamente que a situação no plano da doença mental nos termos de hoje em dia, é assim não só pelos tempos serem diferentes mas também porque a informação é hoje mais acessível. Ou seja, eu acredito que havia isso tudo antigamente mas as pessoas é que não sabiam. Não tinham a percepção da realidade, não é...por outro lado nos tempos modernos, o stress, o próprio isolamento electrónico que é uma coisa um bocado estranha, as pessoas têm um bocado a tendência a tornarem-se ilhas isoladas ligadas a muitas pessoas electronicamente, seja por telefone, seja pelo computador, todo esse contexto acho que contribuiu em muito para que de facto surjam coisas como esta não é...o stress que deriva daí, mas lá está, não acho que a diferença dos tempos antigos para cá seja assim tão*

dramática acho que temos de ter em conta a tal coisa que antigamente as pessoas não sabiam... e se calhar uma pessoa de uma aldeia tinha aquilo, mas olha vivia com aquilo tal como sabia, não é. Aliás um psiquiatra meu, que é uma coisa interessante, um psiquiatra que eu tive, disse-me que uma teoria corrente entre os psiquiatras é que o conhecidíssimo Jesus Cristo poderá ter sido um dos primeiros casos de bipolar. O que faz todo o sentido, o homem andar lá a dizer que falava com espíritos e Deus e não sei quê... Os tempos mudam, as percepções mudam e quiçá daqui a umas décadas vamos ter uma percepção completamente diferente disto tudo não é? Certamente e isso até é muito interessante, porque exactamente até no dia de hoje, e tu deves saber isso muito melhor do que eu, ainda existe num contexto tribal, pessoas que poderão estar de certa forma atacadas mas que não são diminuídas nem ostracizadas por isso, o que é normal acontecer é até um estatuto privilegiado, de terem uma sensibilidade de comunicar com o outro lado que sinceramente nem médicos nem ninguém até hoje podem provar se existe ou se não existe... Depois refere-se ao contexto português: Na América uma pessoa vê facilmente pela Internet que por exemplo a doença bipolar é uma doença já tão banal, que as pessoas fazem anedotas com isso. As pessoas estão educadas. Aqui em Portugal, já me aconteceu numa entrevista de emprego, porem-me a vontade “ah não tenha problemas diga, não vai ser prejudicado” e eu digo que tenho a doença e o tudo que acontece é que nem sequer me contactam, portanto eu tenho a noção que em Portugal não é bem assim. Eu acho que estamos um bocadinho atrasados e realmente até já houve algumas iniciativas até por parte de músicos de aumentar o nível de compreensão dos outros e tem que haver mais, porque infelizmente certas pessoas quando se deparam com uma outra pessoa que lhes diz que tem uma doença mental, seja ela qual for, muitas dessas pessoas reagem com medo mesmo. Uma pessoa nota na cara delas, o medo, ou o desconforto, o olhar de lado, e infelizmente acontece. E inclusivamente em empresas nota-se muito essa discriminação. E é pena que assim seja mas de facto é a realidade. Ahhh outra coisa que é terrível para a minha PP que é, eu sou, além de pensar demasiado, aquilo que à pouco também descobri através da terapeuta, um perfeccionista clínico. Ou seja, e lá está isso também tem a ver com a tal historia que eu estou a tentar desemaranhar do tal novelo, que já vem de muito de trás, de eu querer ser sempre o melhor aluno, e só tive a minha primeira negativa num teste no secundário, e sempre tive aquele brio em ter grande notas, e depois o que acontece é que uma pessoa cai numa situação em que põe a fasquia tão alta para si própria, é uma situação em que nós somos quem desgasta mais, a nós mesmos, a nós próprios. Essa pressão que uma pessoa coloca sobre si própria, é o que acaba por desgastar ainda mais, muito mais do que as coisas à volta. Eu posso até estar por casa, não estar a fazer grande coisa visivelmente, e estar extremamente cansado, e muitas vezes a minha família diz “então estás cansado de quê, não fizeste nada, o que é que tu fizeste hoje?” Mas o que é verdade é que é muito desgastante, uma pessoa pensar demasiado, impor-se padrões muito elevados a si própria, fasquias muito altas e depois acontece a tal coisa do oito ou do oitenta, ou uma pessoa está ali nos píncaros ou então desiste por completo, qual é o sentido disto? E acaba por descer para o tal oito, e isso no contexto da PP é terrível porque pessoas que tenham este perfil estão muito habituadas a sei lá...ter as coisas no sitio, as coisas controladas e precisamente, a PP não beneficia absolutamente nada do controlo, muito pelo contrario, é uma coisa que só piora não é? E uma pessoa tem que

contrariar isso, mas esse tal perfeccionismo não ajuda nada. Pensar demasiado nas coisas, tentar controlar demasiado as coisas. Pronto.

(...) eu estou a dizer isto porque acho que uma pessoa quando está a ser confrontada com sinais de ansiedade, quando tenta fazer aquilo que é do senso comum que é controlar a situação só está a fazer pior. É extremamente contra-sensual, uma pessoa tem que compreender, e porque não basta compreender ao nível teórico tem que compreender e tem que praticar esse mecanismo mental de abstracção e de relaxamento, que assim dito parece muito fácil mas é extremamente difícil. Como eu disse quando eu fui confrontado com isto na psicoterapia perguntaram-me: “Porque é que acha que isso acontece?” e eu disse precisamente isso, que é uma coisa que vem muito...muito...é uma ideia que vem desde criança. Uma pessoa tem enraizado muito aquela ideia de que se uma coisa está mal, temos de agir. E na PP é exactamente ao contrário, quanto mais tentamos agir sobre os sintomas de ansiedade, mais piorámos a situação. É horrível. Uma pessoa desde criança, se mete a mão no fogão que está quente, tira a mão não é? É o que nós aprendemos desde miúdos. Uma coisa está mal, algo está a dar a indicação de que algo está mal, e no fundo os sinais são isso. É o nosso corpo a dizer-nos através dos sintomas, que há perigo, que na realidade não existe, mas os sinais que estamos a receber são esses. De que há perigo, e tudo em nós até a um nível de subconsciente, e mesmo a um nível mais recôndito do cérebro, tudo em nós diz temos de agir, temos de fazer qualquer coisa, e é precisamente essa tentativa de controlo que vai piorar...: imaginemos que uma pessoa, não vou aqui estar a delinear um cenário hipotético e teórico, imaginemos simplesmente que uma pessoa fecha os olhos e está a sentir sinais de ansiedade, e fecha os olhos, não ouve, e está isolada dos sentidos, é exactamente a mesma coisa uma pessoa estar a sentir sinais de ansiedade, numa PP, ou seja, a única diferença de perigo real e uma situação da PP, é que numa situação de perigo real, ele de facto existe, numa situação de pânico estamos a sentir exactamente a mesma coisa mas o perigo não existe, por isso é que é terrivelmente difícil. Imaginemos, uma pessoa esta a sentir sintomas numa PP, uma pessoa fecha os olhos, tapa os ouvidos, é exactamente a mesma coisa, uma pessoa está a sentir exactamente a mesma coisa, a diferença é que não é real. E é uma coisa tão primitiva, que uma pessoa, vá lá, se a uma pessoa lhe apontam uma arma, uma pessoa fica estarecida, fica em pânico não é? Agora imaginando essa sensação de pânico mas não há lá arma nenhuma, não há lá nada não é, no entanto uma pessoa tem de lidar com a coisa, tem de se abstrair, e quanto mais uma pessoa tenta controlar, o que é o que diz toda a fibra do nosso ser, controla! Age! É exactamente isso que não devemos fazer, por isso é que ter uma PP não é assim tão fácil não é.

2.5.O tratamento e a actualidade

A psicoterapia é uma coisa muito recente, terá sido entre umas quatro consultas que eu já tive, terá sido à coisa de poucos meses, dois meses, se calhar A psicóloga faz questão até de marcar duas consultas consecutivas, portanto a periodicidade é muito mais frequente do que as consultas de psiquiatria. É uma coisa muito mais continuada. (...) Eu não só acho que a nível da PP está a ser

maravilhoso como, a partir de à cerca de duas consultas temos abordado tópicos mais antigos, mesmo do principio das perturbações mentais que eu tive, está-me a surpreender imenso pela positiva, está-me a dar uma ajuda mesmo incrível. Eu sinceramente estava um bocado céptico em relação à coisa, mas agora vejo nitidamente que me está a fazer um mundo de diferença. É mesmo muito diferente. E principalmente pela via em que me confere a capacidade para compreender o que se passa, só o facto de uma pessoa compreender o que se passa, ter um fio condutor, é muito tranquilizante, é bom. É muito bom mesmo, é a diferença entre uma pessoa saber que tem uma coisa qualquer e ter de andar medicada e pronto “estou doente, paciência vou ter de andar medicado” e uma pessoa perceber: “eu tenho isto mas isto não veio do nada! Há aqui uma causalidade, um fio condutor!”; e aquele novelo começa a destrinçar-se e começamos a compreender as coisas e isso faz mesmo uma diferença gigantesca. Eu acho que é muito bom, principalmente no caso da PP, é como já disse à bocado é a diferença entre uma pessoa que está num psiquiatra e pensar: “agora mais uma coisa que me caiu em cima, lá vou eu ter de andar a tomar medicamentos. Olha esses medicamentos não servem, vou ter de tomar outros.” É a diferença entre esse cenário e chegar a uma psicoterapeuta que nos diz: “olha isto acontece por isto, por isto e por isto, é um mecanismo tal e tal e tal, isto não é do dia para noite mas com esforço e com boas práticas e com força mental, é uma coisa que dá para vencer.” Ou seja é a diferença entre uma coisa em que lá vou ter que andar a tomar comprimidos, e uma pessoa descobrir que com esforço com trabalho pode até se calhar reverter por completo a doença. Isto é uma esperança enorme que nos dá.

Por fim S acrescenta: Acho que pronto, se este testemunho chegar a mais algumas pessoas a nota que eu deixo é que a PP é algo que está ao nosso alcance revertê-la e passando a referência à cultura pop, quando eu primeiro me apercebi que realmente isto é extremamente mental fiz logo a ligação ao Matrix, e eu lembro-me pouco depois da minha primeira consulta de psicoterapia, ter de apanhar o comboio, que é uma situação de grande stress para mim, e ir, e na minha cabeça ficar optimista e dizer “there is no spoon”, está na minha cabeça, eu consigo fazer isto. Não é impossível, essa é a nota que eu deixo para outros possíveis leitores. Eu sei que não é impossível. E é muito bom, saber que há uma saída pela simples perseverança e força mental, e isso é fantástico.

Aqui já estava tarde para a consulta, tivemos mesmo de nos despedir. S mostrou-se pronto para qualquer coisa que fosse mais necessária e pediu-me para, depois mais tarde, poder ler o meu trabalho. Ainda trocamos impressões, e ele falou de Alan Moore o mestre das *graphic novels*, que tem *insights* muito interessantes acerca do psicopoder. Descreveu uma tira que vira deste autor. Em que um homem obeso está sentado no sofá em frente a uma televisão, está na sombra e a única luz que o ilumina na penumbra é a da TV. O homem, ele relata, está com uma mão numa escara enorme que tem na barriga, mas o olhar, esse, está vidrado na TV, e relata que parece como que completamente enfeitiçado pela TV, vidrado nela como se nem sentisse a ferida.

3. Estudo de caso N

N, é um homem casado, com 36 anos e duas filhas de 7 e 2 anos à data da entrevista. Vive em Anadia, e trabalha numa empresa de purificadores de água e ar. Começou a ter ataques de pânico há cerca de 8 anos, quando também andava deprimido, após a morte do pai que morreu com um ataque cardíaco fulminante. Os ataques não começaram imediatamente após a morte, mas N acredita que o seu aparecimento está relacionado com este acontecimento. Conheci N, através de indicação da sua psicóloga, que me deu a hora da sua próxima consulta. Nesse dia, abordei-o, e mostrou-se interessado em ter a conversa e entrevista comigo. A entrevista com N, foi no dia 15 de Dezembro de 2009. Apanhei o comboio para Oliveira do Bairro, e à saída do comboio deparei-me com uma estação vazia e decrépita, tornara-se um mero apeadeiro com a estação antiga da CP em ruínas logo ao lado. À saída da estação havia uma estrada, poucas casas e tudo era circundado de campo. Entrei no único café que avistei, onde estavam três locais e o dono. Pedi informação sobre táxis, e dos dois que havia na localidade, só um se mostrou disponível para me levar à morada do local de trabalho de N, onde tínhamos combinado fazer a entrevista. Houve dificuldade em dar com o local dos escritórios da empresa onde N trabalhava, que se situava numa pequena povoação na beira da estrada nacional. Chegada reconheci a empresa, que é também conhecida do público geral. Ali funcionavam apenas os escritórios. Ficava num edifício novo, com campo e umas casas mais antigas em volta. Aquilo remeteu-me para um não-lugar um pequeno átrio de onde apenas se avistavam carros em velocidade naquela grande recta de estrada nacional. N ainda não tinha chegado, e fui fazendo conversa com um colega seu de trabalho, que me falou nomeadamente do provincianismo da capital. Eram quase 11 da manhã e N chegou, fumou um cigarro cá fora connosco e entrámos para o seu gabinete.

3.1. Os primeiros episódios

Eu trabalhava com o meu pai numa empresa de vinhos, nas caves, e eu é que fiquei a tomar conta das caves. Se eu soubesse o que sei hoje não me tinha metido nisso, mas pronto. As coisas não correram bem, eu aguentei lá durante cinco anos, com muitos problemas, e tive que fechar as caves por motivos financeiros. Nesse período de cinco anos, eu no início após a morte do meu pai eu tive pequenos ataques de pânico, não tão graves como estes que eu estou a ter agora ...naquele momento aonde eu tinha mais ataques era, e é, continua a ser no tempo em que estou sozinho, em que vou sozinho, em isolamento. Nunca fui uma pessoa muito isolado, nunca tive problemas nisso, e dá-me a conduzir, o que é grave. E então, pronto esses anos passaram. Depois após fechar as caves, fui trabalhar para Lisboa, para Sintra, para esta empresa, a sede

é lá, estive um ano e meio fora, longe da mulher, das minhas filhas, da minha família que está praticamente toda aqui em Anadia. Sempre de um lado para o outro, vinha à sexta-feira à noite e ia à segunda de manhã, sempre a conduzir, normalmente, nesse período de tempo nunca tive ataques, sempre perfeitamente normal, e agora comecei a ter ataques no início de Agosto (Agosto de 2009). O primeiro foi numa viagem que eu fiz sozinho, ao Barreiro, também temos lá um escritório que sou eu que faço, sou eu o responsável por ele; na auto-estrada, aí tive de parar e pronto, tive de parar e tive de controlar, não tinha ido a nenhuma psicóloga, não tinha ido a nada, mas consegui controlar e consegui lá chegar. À vinda para cá, já não consegui vir. Estava com muito medo do que me pudesse acontecer. Aí então veio-me a acompanhar um colega meu até aqui. Fui ao Hospital de Anadia, quando cheguei à noite, e disseram-me que isto era tudo stress e tal, receitaram-me já não sei o quê, eu realmente melhorei mas sinto que a minha melhora se deveu a, logo após uma semana, eu entrar de férias. Em férias deu-me um ataque de pânico num parque de estacionamento, do Modelo, no Algarve. Onde eu estava sozinho com a minha filha mais nova que estava a dormir dentro do carro. Aí já foi mais forte, foi mais forte, eu entrei mesmo em pânico, vamos falar assim, eh, pronto, aquilo passou e tal, continuei as minhas férias à vontade, e vim para casa. No meu primeiro dia de trabalho após férias, aí sim, foi grave, porque eu vinha a conduzir e desmaiei, ou melhor a Dra que me anda a seguir agora diz que não foi um desmaio, diz que foi uma perda de consciência, porque eu lembro-me, ah, quando eu previ que me estava a dar, porque eu já conhecia os sintomas, eu encostei e foi no momento em que eu encostei até 5, 6 segundos depois eu não me lembro de nada, ela diz que eu não desmaiei que foi uma perda de consciência pronto. Eu senti o que me estava a dar então aí eu encostei, parei e perdi a consciência durante 5, 6 segundos, a conduzir é muito perigoso e eu faço 6/7 mil Km por mês. Portanto, aí fui para a Urgência de Coimbra, onde me fizeram exames, a nível cardíaco, a nível de diabetes, pronto, fizeram-me tudo passei lá o dia todo, até que eu disse eu peço desculpa mas vocês fizeram-me estes exames todos mas eu sei o que é que tenho, e quero ser visto por uma psiquiatra.

Aqui é de notar que os locais onde N tem os ataques, são precisamente não-lugares, auto-estrada, parques de estacionamento de superfícies comerciais.

3.2. Trajectória e Itinerário Terapêutico

Como N referiu, quando chegou à urgência dos Hospitais da Universidade de Coimbra, tinha já consciência do que se passava com ele e pediu para falar com um psiquiatra. Quando o inquiri como tinha conhecimento desta psicopatologia, referiu que foi através de um familiar: *Através de uma prima que também tem. Anda numa psicóloga também. Portanto sabia mais ou*

menos o que era isto. Da ida à urgência conta: Pronto, entrei, fui atendido fizeram-me os exames todos, electrocardiogramas, tudo, tiraram-me análises, não era nada de físico, e eu pedi para ser visto por um psiquiatra. E aí aonde contei a minha história toda, e ela disse-me que o que eu tinha era ataques de pânico. O que ela me disse que era devido à minha vida passada, que o meu organismo no momento não explodiu, e estava neste momento a explodir. Os problemas todos, a nível financeiro e tudo pronto, tive um ano e meio fora de casa, agora voltei e não há problemas com a minha mulher temos um relacionamento normal, mas pronto agora é que o meu organismo está a reagir. Pronto, e depois disso eu fiquei à espera que me chamassem, e chamaram-me à mês e meio. Estou a ser seguido por aquela Doutora que vii, e já sinto melhorias em mim próprio mas não estou a cem por cento.

A nível de tratamento, N tinha programado para ele sessões semanais ao longo de uma ano: *Em cada mês tenho três ou quatro sessões portanto, ainda não estou a cem por cento nem coisa parecida. Mas sinto-me melhor, em que aspecto: segurança porque estou a ser acompanhado, descanso melhor, não tomo nada, ela retirou-me a medicação toda que eu tinha. Tem apenas ansiolítico para SOS: Tenho e anda comigo na minha carteira, mas já não tomo... à desde o início de Novembro. Só mesmo em último caso mas já á um mês que não tomo, à um mês e meio. Mas também nunca tomei assim muitos digo-lhe já. Nem sei se uma embalagem acho que são dez, uma embalagem não uma...uma carteira, vá, eu de uma primeira carteira que tem uns dez ou doze ainda tenho uns quatro. Mas dá-me segurança, sem dúvida nenhuma que dá-me segurança ... mas pronto o meu caso é este e infelizmente do que eu tenho visto é que há muita gente assim, gente com muitos medos.*

3.3. Cognições Catastróficas, comportamentos de evitação, sintomas e sensações

Como principais sintomas N começa por descrever: *O que eu noto mais é a transpiração nas mãos e nos pés, enfartamento, seja de manhã, seja à tarde, seja à noite, sinto sempre enfartamento e taquicardia. Portanto sinto o meu coração a bater muito. Isto leva-me aos meus pensamentos. Também do meu pai. E dá-me também isto tudo, eu neste momento sinto medo de andar sozinho. Eu sei que se me der alguma coisa, não há ninguém que me ajude, portanto dá e acabou, eu reconheço isso mas tenho uma segurança em mim próprio em ir sempre com alguém. Neste momento tenho ido todas as semanas para Lisboa trabalhar e tenho levado uma pessoa comigo. Vou bem, claro que isto não impede que eu não sinta de vez em quando estes sintomas, mas é uma segurança para mim. Portanto os sintomas são estes, o que lhe posso dizer mais sobre isto...depois começo a pensar em coisas que, quando começo a sentir estes sintomas, penso o que é que me vai acontecer agora?! Isso pelo que tenho aprendido na terapia, isso*

evolui e gera o ataque de pânico que é o que eu agora tenho. É o medo de ter medo, é o medo que me aconteça alguma coisa e não tenha ali ninguém, só para lhe dar um exemplo eu prefiro andar em estradas secundárias, do que em auto-estradas, ou melhor já se meteu a questão de eu poder ter medo de auto-estradas. Penso que não será bem isso, penso mais que é ter medo, como é que eu lhe vou explicar, de me acontecer alguma coisa... Aqui é clássico o medo de auto-estradas, pois como o ataque de pânico, activa a resposta fight-or-flight, o escape numa auto-estrada é mais difícil. Não se pode parar nem se pode voltar para trás. Eu era uma pessoa que convivia muito ía a bares, pronto, ía a muito lado, continuo, mesmo sozinho continuo a sair só que já não é a mesma coisa, mas eu desde sempre, desde que me conheço, eu sempre senti um bocado de claustrofobia, eu não gosto de andar em elevadores, não gosto de andar de aviões, tenho que andar e ando, mas não gosto, não gosto de ambientes onde não se respire bem, pronto tenho medo é que me falte o ar pelos vistos (risos). E é isto, aquilo que eu tenho neste momento é isto, é estes ataques de pânico.

Como comportamento de evitamento N, faz questão de, evitar estar só, nas viagens mais longas leva alguém sempre com ele, ou usa o telemóvel. *Sinto-me melhor, não estou bom, de maneira nenhuma, mas sinto-me melhor já consigo dar uns passos, só para lhe dar um exemplo, eu portanto este ataque maior que me deu de eu perder a consciência foi no dia 7 de setembro e eu no dia 8, 9 e 10 fiquei em casa com autorização do meu patrão, e eu no dia 9 estava em casa da minha mãe, e a minha mãe vive a 500 metros do centro da vila e eu quando cheguei a meio do caminho voltei para trás, porque comecei a sentir as coisas, mas fui novamente para casa da minha mãe, portanto eu agora já faço...já venho para aqui de manhã sozinho, já vou para Coimbra sozinho, trabalhar pronto já ...escapatórias para isto, o que é que eu faço, ahhh que é uma coisa que eu não gosto de fazer, falar ao telemóvel. Falo muito ao telemóvel neste momento, pois é um escape que eu tenho. (...) É um escape que eu tenho, o que é que eu faço mais, e depois não me consigo abstrair..ainda não consigo abstrair-me, claro que já estou melhor mas, continuo a abstrair-me dos pensamentos. Não consigo. Na segunda-feira, acho que fez ontem oito dias, depois destas aulas de terapia que eu tenho tido, deu-me um ataque de pânico em Coimbra dentro de um banco, onde estava gente, onde estava tudo, ahh mas se fosse à um mês ou dois meses atrás eu tinha saído do banco e tinha vindo para a rua, mas não, fiquei lá, senti-me mal, mas fiquei lá. E não se passou nada, isto é fruto dos pensamentos das pessoas, neste caso forcei. Aí foi bom para mim...agora vou tentar não este ano mas na segunda semana de Janeiro vou tentar ir a Lisboa sozinho. E é engraçado que, que eu a pensar que vou sozinho, na segunda semana de Janeiro eu já começo a pensar, a pensar sempre na mesma coisa. Pelo que me ensinaram são os pensamentos antecipatórios ou assim qualquer coisa, em que eu*

antecipo as situações que podem ou não vir a acontecer, o que muito dificilmente acontece. Há pessoas que morrem, há pessoas que tem ataques de pânico a conduzir mas é um medo meu. Para a possibilidade há uma probabilidade ínfima, muito remota, mas já começo, a sentir o que eu chamo de nervoso miudinho e estamos a falar de algo que é só daqui a um mês mais ou menos, mas já começo a sentir e isto agora é com o tempo penso eu, não sei se...tenho de combinar isto tudo. é isto.

3.4. Interpretações e percepções da experiência

N, sente que o facto das sessões de terapia o ajudarem a compreender o que se passa com ele o têm ajudado e não ajudado ao mesmo tempo: *Ajuda e não ajuda. Eu consigo identificar exactamente aquilo que se está a passar comigo, e por saber tento me controlar, portanto isso é uma ajuda. Se eu não soubesse, talvez, talvez fosse mais acompanhado, atenção que eu não estou a falar mal das pessoas de Coimbra, do hospital de Coimbra, nada disso antes pelo contrário, mas se eu não soubesse se calhar era mais acompanhado...há uma coisa que eu sinto, incompreensão das pessoas que não sabem o que é isto. Isso eu sinto. Não estou a falar da minha esposa, não estou a falar da minha mãe, as minhas filhas não percebem, mas assim de amigos, sinto-me um bocado de incompreensão. Não compreendem como é que eu que era uma pessoa e continuo a ser, uma pessoa que tinha muita facilidade a arranjar amigos, eu ia a todo o lado, e como é que isto me foi dar agora. Pronto eu isto também não consigo explicar o porquê não é...o porquê de eu me sentir assim, mas aos poucos e poucos vou conseguindo controlar as coisas e penso que mais seis meses oito meses as coisas vão ao sítio. Já me disseram também que isto é uma coisa que passa tudo na minha cabeça, portanto a minha cabeça é que tem de funcionar em condições, não é não deixar de pensar no problema, o problema vai continuar sempre, mas criar obstáculos para este problema. Portanto não é deixar de pensar, tenho muita gente que diz “pá tens de deixar de pensar nisso” e pelo que eu compreendi é precisamente o contrário, ter de viver com isto. Pronto, o que é que este tipo de doença me está a dificultar? Neste momento não me está a dificultar em nada porque tenho nesse aspecto muito acompanhamento a nível de trabalho, compreensão do meu patrão, compreensão do meu chefe e tenho tido... agora se me disserem assim é preciso que vás de ter de ir com uma pessoa para Lisboa, é verdade essa pessoa está a deixar de fazer a vida dela para me acompanhar e aí mesmo a mim próprio está-me a magoar porque eu não queria fazer isso como é obvio...mas eu tenho de ver, para já tem de ser porque me disseram que até ao final do ano tenho de andar pelo menos para Lisboa, sempre que eu poder ir sozinho, sempre que me sentir com capacidade para ir sozinho, mas sempre que sentir algum receio, que é possível ir acompanhado que é melhor que ir sozinho, e que é isso que eu tenho feito. Espero, ainda ontem*

disse à doutora, espero que nessa semana de Janeiro eu vá sozinho para Lisboa. Espero, espero eu.

Para N, o falecimento repentino do pai, e tudo que daí resultou até à falência financeira do negócio que tinham juntos foi um acontecimento central. A própria ideia de morte tornou-se um fantasma. Esteve em baixo, admitiu: *Nem foi bem o luto, foi a maneira como foi, (como o pai morreu caiu inanimado) depois eu ter sido o Director das Caves e as coisas não correrem bem, depois de fechar as caves ir um ano e um mês para fora, pronto isto tudo ajudou...Isso eu sinto que tudo isto ajudou...Agora deprimido...Triste talvez. Triste. Agora...deprimido não. Deprimido acho que não, até porque não tinha motivos para isso...Nunca me senti uma pessoa muito deprimida, eu sinto-me muito bem a trabalhar, sinto-me muito bem a trabalhar...Gosto de me sentir útil.*

Inquirido sobre o medo de morrer, tão central na perturbação N refere: *Isso sim. Isso eu tenho. Sem dúvida nenhuma. Sem dúvida nenhuma...eu gosto de viver e tenho medo, tenho medo que me aconteça alguma coisa e que não tenha ali ninguém para me ajudar. Pronto, tenho medo de morrer sem dúvida nenhuma. Sinto isso e tenho mais medo de morrer na situação em que o meu pai foi...isso tenho, tenho muito medo. A nível familiar vamos falar assim, pronto em relação às caves, eu já não recebia ordenado há já um bocado de tempo, as condições financeiras estavam a ficar degradadas e foi quando eu decidi fechar, mesmo sem receber nada... fechar, e continuando com os problemas, porque depois numa empresa os problemas não desaparecem, não é, mas preferi assim e avançar para outro lado. Neste momento a minha vida é estável já não tenho grandes problemas, posso fazer uma vida perfeitamente normal, mas durante o problema que tive nas caves isso aconteceu, e nisto depois há vários pequenos factores que são importantes para compreender melhor a minha situação. Um ano e meio em que tive de ir trabalhar para fora, devido ao encerramento das caves. Tive de vender o meu apartamento devido ao encerramento das caves, tive que alugar um apartamento agora quando vim devido ao encerramento das caves, porque senão ainda tinha outro apartamento certo que era meu, neste momento estou num alugado, isto são tudo, na minha opinião, pequenos factores que podem não dizer nada às pessoas, mas a mim diz-me.(...) Havia dívidas das caves, havia dívidas entre outras coisas que entretanto foram regularizadas, mas havia dívidas em que eu como sócio gerente sou o responsável, portanto as coisas podem vir para cima de mim...Neste momento não posso, ou melhor poder posso comprar mas não devo porque isso é meter em causa a minha mulher e as minhas filhas portanto prefiro alugar. Mas tudo isto, tudo isto, foram factores para a tal ansiedade...que não mexeu comigo naquele momento, mas neste momento está a mexer, está-se a revelar...no fundo tudo pequenas coisas tudo interligado...eu*

como disse à bocado ando neste momento 6000 a 7000 km por mês, mas antigamente fazia isso tudo na mesma mesmo nas caves...e nunca tive problemas nenhuns...nunca gostei muito de viajar sozinho, isso é verdade nunca gostei de viajar só, mas nunca tive problemas nenhuns, podia andar sozinho, fazia o trabalho todo...nunca. Neste momento, tenho muito medo. Tenho medo de estar sozinho, e se acontecer alguma coisa ninguém está ali para me ajudar.

Quando perguntei a N sobre o que interpreta desta condição que sofre, e se vê alguma relação com a sociedade que o rodeia o que refere, é o pouco conhecimento sobre estas condições de ansiedade, e que de uma forma geral há ignorância e tabu na sociedade portuguesa. *Acho que tem mais a ver com o estilo de vida dos portugueses em geral. Isto do stress continua a ser um tabu. Isto, os ataques de pânico. É como o sexo nas escolas. Agora já se fala de educação sexual nas escolas, eu acho muito bem, isto continua a ser um tabu e eu...vou falar no meu caso, sou um maluco da sociedade. Mas eu não me sinto um maluco (risos). Eu não me sinto diferente, sinto é que as pessoas olham para mim como diferente. E lá está o tabu. Agora eu conhecimento que tenha de outras pessoas tenho o da minha prima, que é diferente do meu, o pânico que ela tem é diferente do meu atenção, ela é diferente, ela neste momento não gosta muito de multidões, portanto refugia-se muito em casa, e eu tento evitar isso. No meu caso tento evitar isso. Agora tenho visto muita gente que eu nem tinha a pequena ideia e que andam em terapias em Coimbra, mas já tenho visto, vi dois ou três colegas meus e eu não sabia de nada disso. Portanto lá está o tabu, não se fala nisto, eu tenho um colega que é padrinho da minha filha que de vez em quando tem depressões, tem depressões...e toma ansiolíticos, toma isto e aquilo...e então mesmo ele, ele ainda é a pessoa que me compreende melhor, embora ele não tenha ataques de pânico mas tem depressões...e em pessoas jovens, porque eu considero-me um jovem, como nós é pior ainda, porque se fossemos pessoas dos 50/60 anos..”coitado, já passou por tanta coisa...” e nós não, nós somos novos e ainda temos muito por que passar e que ver é mesmo assim...mas é assim a sociedade portuguesa é assim, é como a educação sexual nas escolas, é como tudo...já nem vou tão longe, nem é como a educação sexual nas escolas, é como a educação sexual em casa...nisso quanto mais tabu é pior, o fruto proibido é o mais apetecido, sempre foi assim...Portanto quanto mais tabu for, pior se torna no futuro para as pessoas. Na minha opinião, e isto agora, em relação à minha doença não é marginalizar, a sociedade não está a marginalizar, porque eu também não deixo. (...) Toda a gente tem problemas, não me sinto marginalizado pela sociedade, mas sinto que certas pessoas conhecidas ou desconhecidas sabendo aquilo que eu ando neste momento a fazer, a terapia, já não, falam comigo e brincam comigo na mesma, mas já não ehheh secalhar na maneira de ser deles já me vêm com outros olhos.*

N vê-se como discreto e talvez isso tenha sido um problema, não comunicar falar dos seus problemas aliviar-se: *Nunca fui muito de falar dos problemas todos que eu tive, nunca...nunca fui. E talvez seja um dos meus males, nunca falei dos problemas das caves, só no final, nunca falei...falava mais até com pessoas com quem não tinha nada a ver, do que com pessoas que me conhecem. Não sou muito uma pessoa de pedir ajuda, sempre tentei resolver os meus problemas nas caves, tinha possibilidade de pedir ajuda e não pedi, e isso é uma das coisas que eu tenho, os meus problemas... eu não quero que as outras pessoas se preocupem com os meus problemas, e eu gosto de me preocupar com os problemas dos outros (risos)... Isto por acaso é engraçado, porque não dou aso a muita conversa sobre os meus problemas, principalmente às pessoas mais próximas, não dou. Não dou porque não quero que elas se sintam na obrigação disto, daquilo ou de acoloutro ou que se sintam preocupadas com os meus problemas...não gosto...*

3.5.O tratamento e a actualidade

N Refere que embora só esteja a ser acompanhado semanalmente há um mês e meio, sente-se muito apoiado pela sua psicóloga: *em relação à minha doença, sinto-me melhor sem dúvida, sinto-me com mais capacidade para reagir a certas coisas, não estou bom, não. Ainda não estou... (...) Sinto-me apoiado, sinto...Não tenho razão de queixa nenhuma dela. (...) Sinto-me compreendido... Eu tenho uma opinião sobre os psicólogos ehhh deixe-me explicar mais ou menos...sempre pensei que os psicólogos fizessem exactamente aquilo que ela está a fazer. Ela é uma pessoa simpática, fora das terapias, gosto muito dela, e dentro das terapias é uma pessoa um bocadinho mais agressiva. Eu sempre pensei que fosse exactamente assim. (...) Porque eles não estão ali para serem simpáticos connosco, estão ali para nos curar, entre aspas, mas pronto. Como ela me disse aqui à uns tempos nós não somos doentes, mas pronto, então acho que ela ali, depois faz perguntas que eu não lhe consigo responder e sempre pensei que isso fosse assim, e para já está a corresponder àquilo que eu esperava da Psicologia. (...) Ela já me disse que para já vamos só ver as coisas passadas, ela vai, penso que apanhar tudo, de tudo um pouco, e depois passamos para os exercícios. Já me ensinou a controlar os meus ataques, através da respiração por exemplo, pronto várias dicas, e tem-me ajudado, sem dúvida nenhuma, agora em termos de fazer algum exercício, lá, ela já me disse vamos fazer, pode demorar ainda um mês ou dois mas vamos fazer porque ela já me disse. Agora quando lá entrei, ela não me disse directamente, mas eu senti que o meu caso, não era assim tão fácil, como ela se calhar estava à espera. Não mo disse directamente mas eu senti quando ela falou em pelo menos um ano, eu senti que as coisas...até porque ela disse “os seus ataques são muito abstractos” tanto pode acontecer ali como acontecer aqui, não é só num sítio, não é só numa*

hora, não é só quando você está mal, é muito banal, vamos falar assim, portanto imagino que o problema que eu tenho seja mais difícil do que outros se calhar, como a minha prima, que tem medo de multidões, já sabem qual é o problema.

N refere que as sessões de terapia lhe têm feito bem porque ali sente que se pode expor, ao contrário do que faz com os conhecidos. *E sempre fui uma pessoa assim...À bocado disse aí uma coisa que eu gostei, que é a liderança, só para lhe dizer mais uma coisa, voltando um bocadinho atrás, quando lhe disse que deixei a minha casa, deixei outra coisa que eu gostava muito. Eu era Presidente de um Clube de Futebol, e isso sempre foi o meu hobbie, e também tive de deixar devido ao falecimento do meu pai, porque depois fiquei sozinho nas caves e deixei isso tudo. Isto tudo junto criou isto tudo. Sem dúvida nenhuma, conhecia muitas pessoas assim através do futebol, e sinto falta...sinto falta. E tinha o grupo sob a minha liderança (risos)! Está a perceber?! (risos) E então pronto o meu problema é esse, o meu problema realmente é....Agora, o que é que eu tenho mais medo no meu problema? Dentro do meu problema, do que é que tenho mais medo? É realmente, sempre disse isso e continuo a dizer, é se me der alguma coisa a conduzir tenho a minha vida e a vida dos outros, uma pessoa anda a conduzir e não sabe o que vai fazer, por isso, isso a mim mete-me muito medo. Por isso é que também levo outras pessoas comigo, para não me deixarem desmaiar, talvez seja isso também.*

4.Estudo de Caso A

A tem 24 anos, estava à data da entrevista, no dia 27 de Janeiro de 2010, a frequentar o primeiro ano da licenciatura em Antropologia. Quando a conheci no hospital, por intermédio da sua psicóloga e psiquiatra, foi muito receptível ao meu convite, estava entusiasmada por ver uma antropóloga de facto, a fazer trabalho. Tinha um ar frágil nela e delicado, no entanto um olhar firme e forte. Trocámos emails e mensagens, e decidiu-se que teríamos a nossa conversa em minha casa uma vez, que como vive com a família do companheiro, não se sentiria totalmente à vontade para conversar. Aqui vi que ela estava disposta a falar bastante sobre ela, penso que por, em parte ser com uma antropóloga. Ela chegou. Perguntei-lhe se tomava um chá ou um café. Disse que não, estava ansiosa por poder falar, garantiu-me mais tarde. Como é estudante de antropologia, trocámos algumas impressões, perguntei-lhe se estava a gostar do curso. Mas logo procedemos então à conversa e entrevista gravada. A vive na Mealhada, com o namorado, o pai dele e a madrasta; mas é originária de Sampaio de Mondego, uma aldeia a 40 km de Coimbra. Foi viver para a Mealhada com o companheiro para poder estudar e não pagar aluguer com o companheiro. Tem gosto pela leitura e diz: *Gosto muito de ler. Mas tenho problemas, porque quando começo um livro, é como se fosse uma tarefa, é um prazer e tarefa, então se*

eu não o acabar rápido, eu não consigo fazer mais nada, bloqueio até...tenho de ler o livro em dois, três dias, uma semana. Por isso é que ou tenho muito tempo livre e começo a ler, ou então, nem começo.

A teve uma forma de narrar a sua história com o pânico de uma forma diferente dos outros informantes. Ela narrava sempre a partir de uma visão biográfica sequencial, muito minuciosa e pormenorizada, narrou de certa maneira a sua história de vida. Contou os acontecimentos do pânico sempre contextualizados na sua história de vida desde que nasceu. Por isso aqui talvez se note, neste relato essa sequência, e ao mesmo tempo sempre fez interpretações dos próprios acontecimentos. Dos acontecimentos mais marcantes, e que obviamente A aponta, são o facto de ter tido uma mãe hiperprotectora, ciumenta e o suicídio do pai, enquanto muito jovem, que acredita ser fruto da relação intempestiva dos pais. O trauma toma aqui um papel central.

4.1.Os primeiros episódios

Então eu vivia com o meu pai, a minha mãe e o meu irmão. Tenho um irmão, temos oito anos de diferença. Sempre foi muito meu amigo, tínhamos aquelas birras de criança, mas sempre fomos muito amigos e muito protectores. Ele sempre foi muito protector. O meu pai, o meu pai era uma figura...muito calado. Muito introvertido, mas gostava muito de mim. Muito mesmo. Era incondicional.(...) Era complicado, ele trabalhava, a minha mãe não, sempre foi doméstica, e o meu pai era um bocadinho machista. Era o maior defeito, e era o grande defeito do meu pai, era ser machista. E ele, não tratava dos filhos, não fazia nada, nenhuma tarefa, nem dar banho, (...) E com o meu irmão, o meu irmão até costuma dizer que nunca sentiu muito carinho da parte do pai, e provavelmente é verdade. (...) ele morreu quando eu tinha dez anos. (...)o meu pai era a figura que me protegia, que me dava carinho, quando as outras pessoas não estavam a ver, normalmente era quando estávamos os dois ou assim, e a minha mãe, não. Era a controladora. E era muito controladora e hiperprotectora. Era “não vás lá para fora, cuidado!”, “vais cair, tu vais-te magoar!” Deu a ideia de que o mundo era um sitio perigoso, era a ideia que ela fazia passar inconscientemente. (...) não tinha muitos amigos,(...) eu gostava muito dos dois, só que o meu pai era aquele que compensava. A minha mãe dava-me a educação e o meu pai dava-me o carinho. Tanto que eu lembro-me de um dia, a minha mãe era muito ciumenta, tanto em relação aos filhos como ao marido, muito, e até sem motivo, e lembro-me que um dia, ela fez aquela pergunta que nenhum pai deve fazer, que é “Gostas mais do pai ou da tua mãe?” eu tinha se calhar cinco, seis anos. O que é que diz uma criança de seis anos? Diz a verdade, “gosto mais do pai”.(...) depois ficava revoltada e ameaçava: “eu não gosto mais de ti. Não trato mais de ti.” (...) A mãe não batia, era mais aquele jogo psicológico, que usou até muito tarde, o “tu vais-te arrepender, tu ainda vais ver...” e era aquele jogo assim. Fazia-o inconscientemente, não acredito que...ela nem devia ter noção daquilo que causava, do impacto de ouvir aquilo da mãe, “tu vais-te arrepender, nem sabes o que estás a fazer” e assim coisas do género. Não gostava muito que chorássemos, “porque é que estás a chorar? Comportate como uma pessoa adulta!” (...)E depois vivia-se muito o ciúme da minha mãe. O ciúme da minha

mãe, e a revolta do meu pai, porque ela não tinha motivos. E o ciúme era do género de, o meu pai às vezes andava de carro, e ela marcava o banco com graxa, para saber se alguma mulher lá se sentava, coisas assim, e esquemas desse género. Era mesmo uma obsessão. E o meu pai não compreendia, não compreendia e houve alturas que chegou mesmo a bater-lhe. Eu lembro-me de uma vez que ele lhe bateu, e eu estava presente, o meu irmão penso que não, e o que ele fez foi pegar-me ao colo, abraçou-me, levou-me para a sala, fechou-me a porta e pôs a televisão no máximo para eu não ouvir a minha mãe a falar ou a gritar, (...) E todo o afecto que eu tinha, era ele que me dava, e sempre longe da mãe. Eu não sei porquê. Não sei se era de ser introvertido, se era com medo que a minha mãe tivesse ciúmes daquele amor, podiam ser mil e uma razões. (...) aí pelos meus oito anos, ele começou a sentir-se mal, (...) eu sempre apresentei alguma ansiedade, até porque eu comecei a ter quistos, tinha momentos de raiva, (...) Mordi-me até fazer sangue, (...) tenho a lembrança que fiz sangue a mim mesma, com a minha raiva toda, e sempre fui um bocadinho ansiosa, sempre fui. Nunca tive nenhum problema de pânico, era um bocadinho ansiosa, também por causa dos gritos, e vivia-se aquela tensão, era preciso agradar à mãe, quase que os passos tinham de ser pensados, (...) e havia sempre um clima de tensão na casa, (...) a qualquer altura a mãe vai dizer qualquer coisa ao pai, e isto vai ficar aqui caótico. (...) às vezes sentia dores na barriga, e apareciam-me quistos, que passado algum tempo, desapareciam. Os médicos diziam que eram os nervos, (...) aos meus oito anos, a idade do meu pai não sei bem precisar talvez tivesse 45, ele começou a sentir-se mal, tinha muitas dores de cabeça, muito nervoso, a minha mãe dizia que ele rasgava os lençóis com a ansiedade que estava, e então com os pés, com a força rasgava os lençóis, não comia, começou a perder o apetite, começou a emagrecer, começaram a ir a médicos, médicos de medicina natural, médicos normais, não percebia o que se passava, isto foi-se agravando, e ele não podia deixar de trabalhar, ele tinha vergonha do que estava a acontecer, ele tentou responder o máximo possível, o médico passava-lhe a baixa e ele rasgava as cartas todas, depois ia trabalhar, e isto foi piorando. Ele estava cada vez mais fraco principalmente porque sabia que a figura dele, do homem que fazia tudo, que nunca fumou, nunca bebeu, era um exemplo, estava a degradar-se (...) ele foi muito abaixo, tentou suicidar-se com uma caçadeira, mas a minha mãe conseguiu encontrá-lo (...) sentou-me ao colo dele e jurou-me que nunca mais ia fazer aquilo, passados meses, enforcou-se. Lá. Na nossa casa. Eu estava... a minha mãe veio acordar-nos aos berros. Ele arranjou-se, pronto para o trabalho, e depois foi quando se suicidou. A minha mãe veio acordar-nos aos gritos, “Acho que o teu pai se matou! O teu pai...” Nisto o meu irmão estava com dezassete anos, ia fazer dezoito, foi muito mau para ele. Eu, era uma criança, com dez anos (...) Eu sabia que se passava alguma coisa, mas não me apercebi, porque a minha reacção foi ir a correr até à cozinha, da cozinha via-se, perfeitamente, mas o estore estava fechado, e então eu espreitei pelos buraquinhos e vi o braço do meu pai a abanar. Eu já não quis ver mais nada. Fui para a sala e fiquei ali. Num estado... não conseguia mexer nem falar, não percebia o que se estava a passar e acho que nem pensava em nada, não pensei em nada. (...) lembro-me de ouvir dizer que o corpo ainda estava um pouco quente (...) É aqui que A descreve o seu primeiro ataque de pânico: E depois, poucos dias depois do funeral fomos para casa de uma prima que era no Marco de Canaveses, aí correu tudo bem, fomos até lá e lembro-me, que fomos parece que era o Modelo, para

cima fomos a pé, mas o meu tio estacionou o carro no parque, e para sair com compras só podia ser pelo elevador. Entramos no elevador, eu sem medo nenhum, quando o elevador começou a descer, eu sei que a primeira sensação foi “está-me a faltar tudo”, faltou-me o ar, a taquicardia, está-me a faltar o chão, agarrei a mão da minha mãe com quanta força tinha, e penso que a mordi, eu fiquei muito aflita, quando o elevador se abriu eu corri o mais depressa que consegui dali. A partir desse momento nunca mais consegui entrar em elevadores nem em carros... (...) Eu pensei que só me tinha assustado, eles diziam “ela assustou-se, foi nervos.”. (...) Depois tínhamos de fazer uma viagem do Marco de Canaveses para aqui. E eu, eu não me apercebi que ia ter tanto medo de carros, eu quando entrei, a sensação... assemelha-se a fazer pára-queda, porque eu agarrava-me com tanta força aos bancos, e eu sabia que não tinha o controlo do carro e pensava “ele não vai parar! Eu vou morrer e ele não vai parar!” e eu não sabia o que se estava a passar, era a única sensação que eu tinha. (...) cada vez que nós parávamos, era como se eu pudesse voltar a respirar, (...) era a falta de ar, era a taquicardia, e o principal, que era a falta de controlo da situação, que é sempre aqui o meu ponto. É a falta de controlo, e as situações que me dão medo são aquelas que eu não controlo. Viemos para Sampaio, tudo bem, dormia bem, estava tudo bem, e as aulas começavam em Setembro e eu tinha de ir numa carrinha. Foi muito complicado...foi muito complicado. (...)Até à hora de chegar o autocarro era uma ansiedade, quando ele chegou foi horrível, eu gritava e gritava e gritava, e depois quando o senhor veio, lá com paciência disse aquilo que eu queria ouvir que era que parava sempre que eu quisesse, que bastava eu dizer, e eu fui, consegui entrar, fui ao lado dele, no banco ao lado dele, mas continuava a ser muito complicado, ia agarrada e cada vez que havia uma paragem de autocarro era o respirar, o aliviar (diz isto com suspiro); depois quando as portas fechavam lá se ia o fôlego, sempre muito tensa, muito tensa, e em descidas ainda era pior, em descidas era mesmo o espernear, era o “ai meu Deus é agora que eu vou morrer!” Era aquela coisa. E isto foi, os momentos foram tão difíceis, que isto me chegou a acontecer estando eu sentada no sofá. Estava sentada no sofá e era como se estivesse num carro a ir, a ir, a ir, e eu no sofá, e nem conseguia sair dali nem parar, nem largar o sofá...

(...) Depois não aconteceu mais. Porque depois é aquilo que nós aprendemos, obrigatoriamente eu tinha de andar de carro, de autocarro, era uma coisa que tinha que ser. E aquilo começou, comecei a perceber que aquilo não era assim tão mau. Que aquilo até dava para ir. E começou, e eu com a obrigatoriedade...eu não sei quanto tempo é que isto ainda demorou, no mínimo um mês em que ainda tive algum sofrimento, e depois às vezes aparecia, aparecia e desaparecia, até que actualmente, há já muitos anos não há qualquer problema. Se calhar já à 10 anos que garantidamente ando de carro, e de autocarro sem problema e nunca mais aconteceu. No entanto, ainda hoje tenho algum receio em andar de táxi. Por causa de eles acelerarem imenso nas descidas, e faz-me um bocadinho de impressão, mas se tiver de ir vou... Na escola: era e sempre fui muito introvertida, tinha poucos amigos, um ou dois, pessoas com quem falava, nunca tive grandes amigos. Mas as notas eram boas (...)O perfeccionismo sempre esteve muito presente. A minha letra, eu lembro-me de começar a escrever numa folha, e se errava, e tivesse de apagar com o corrector, eu começava a escrever tudo de novo. Para a folha não

ficar imperfeita. A organização dos livros, era assim por escadinha...(...) Mas sempre esteve presente (perfeccionismo). E curiosamente a minha mãe não é nada perfeccionista, a minha mãe tem é o problema da higiene, lava imenso as coisas, a loiça, a roupa, tudo. Tudo tem que ser super bem lavado. Perfeccionismo não, mesmo quando eu ando a ajeitar as coisas, que ainda hoje eu faço, sem querer às vezes, os chinelos por exemplo, quando me deitava, punha os chinelos muito alinhados ao pé da cama, para quando me levantava estavam ali os chinelos, medidos até ao pormenor. E a minha mãe, às vezes dizia-me: “Para que fazes isso?” Então, eu sentia-me bem assim, se eles não estivessem alinhados eu não conseguia adormecer. O perfeccionismo sempre esteve presente, mas nunca me atrapalhou muito, quer dizer eu se calhar podia estar a estudar mais uma hora do que estar a compor a roupa toda ou os cadernos (risos) mas fora isso estava tudo bem.

(...) Chego aos 17 anos, fui estudar para Penacova, (...) então tive uma turma inteira de 11º ano de rapazes, com as vistas postas em mim. Eu pesava na altura 58/59 kg, era cheia de curvas, era muito bonitinha, e toda a gente queria conhecer-me, mandavam cartas a dizer que me queriam conhecer, que gostavam de mim, ofereciam-me coisas, cd's, coisas assim...parecia que tinha chegado ali a princesa...Mas isso acho que contribuiu para baixar a minha auto-estima, comecei a ficar mais exigente. Aos dezassete anos, achei que estava gorda. Meti na cabeça que estava gorda, então as minhas refeições baseavam-se na sopa, deixei de comer a refeição e comia só sopa. Por esta altura A desenvolve uma anorexia nervosa. Durante este período, nunca ninguém se apercebeu, e também nunca teve assistência médica, nem psiquiatras nem consultas de psicologia. (...) a única vez mais aproximada a isso, foi o médico, o meu médico desde que eu era pequenina, que fui por causa daquela ansiedade, e na altura esse médico tinha-me receitado xanax, ou meio xanax para quando me sentisse mais nervosa. Foi a única aproximação que eu tive de um medicamento desse género. De resto nem psicanalista, nem psiquiatra nem terapia, nada.

Da relação com a mãe:(...) assim que o meu pai morreu, houve a ideia de eu e o meu irmão termos de proteger a minha mãe, a minha mãe ficou muito dependente, não sabia passar um cheque, não tinha carta de condução, não sabia...não foi trabalhar, isolou-se em casa, tem estado sempre assim, isolada em casa, sai connosco e para sair é muito difícil, sempre no seu mundo e é ali que ela diz que se sente bem. Mas quando sai sente-se bem. Mas para sair é muito complicado, não é a perguntar, é chegar lá e “vamos embora!”, só assim é que ela sai. É uma mulher com 55 anos, mas é extremamente nova, está muito bem a todos os níveis físico, e não se justificava, mas recusa-se. Recusa-se a ir a um médico. A começa a desenvolver interpretações sobre a mãe, que ela própria também sofreu, antes de casar com o pai de A. Contou que tinha casamento marcado com outro homem, quando era jovem, e que foi abandonada por este que cedo casou com outra. Soube-o por um anúncio local do casamento dos dois: O meu avô foi logo lá, e era verdade. Os pais não conseguiram explicar vieram cá, pediram desculpa, mil perdões porque não souberam o que se passou. Disseram feitiçaria negra, bruxaria, disseram mil e uma coisas, e a minha mãe nunca mais foi a mesma foi a partir daí que

ela começou a ter as crises de ansiedade, deixou de comer, e teve alguns problemas, mas lá está as crises dela eram como as do meu irmão, parecia que iam desmaiar, ela parecia que ia desmaiar, perdia a noção de tudo e mais alguma coisa, só queria estar quietinha. Eu é mais, deitar tudo abaixo se for preciso, queremos é sair dali, eles não. Eles isolam-se.

*(...) Continuando então nos 18 anos, o meu irmão tinha o meu actual namorado como um dos melhores amigos. Esse rapaz, o meu namorado, tinha ficado sem carta, tinha sido apanhado 3 vezes em excesso de velocidade, ele vendia leitões e não podia parar, porque ganhava à comissão, não podia conduzir, pedia ao meu irmão mas ele já trabalhava, e eu já tinha tirado a carta, era uma coisa que eu queria muito, comecei logo aos 17 anos a fazer o código, fiz 18 anos em Junho e em Agosto já tinha a carta, e o meu irmão disse-me “não queres ir conduzir tu para ele, ganhas qualquer coisa, fazes um favor a ele, ganhas qualquer coisa e é bom para ti, é trabalho, uma coisa sem papéis, mas sempre ganhas alguma rotina...” e eu disse que estava bem, o que eu queria era independência, sair daquele ambiente. E foi mais para sair dali do que propriamente por outra coisa qualquer. E depois ele é que foi ter a minha casa, e foi mesmo engraçado, porque ele diz que já gostava mesmo de me conhecer pelo que lhe descreviam de mim... (...) a minha mãe não gosta muito dele, por birra e ciúme, também não gosta nada da namorada do meu irmão. Passado uns tempos, A começou a namorar, e teve imensos problemas com a mãe, tendo depois saído de casa para ir viver com ele. Por esta altura começa outra vez a ter ataques de pânico, os medos voltavam, nos elevadores, etc. Aí contou-lhe todos os seus medos. A ansiedade tinha voltado em força por esta altura, já quando viviam juntos. Sofria mais à noite, no final dos dias, que as suas cognições catastróficas surgiam: *era sempre muito pior à noite. A partir das 7 ou 8 da noite, era nessa altura que eu me sentia sempre mais ansiosa, quando me sentia com mais medo, porque depois há uma série de pensamentos que nós nem associamos a nada, são pensamentos únicos, da nossa cabeça, mas que às vezes são muito comuns, como estar-me a sentir sufocada por este espaço, este espaço é muito pequenino para mim, e que não vou conseguir respirar aqui. E a noite, torna esse espaço ainda mais pequeno, e depois não há tanta agitação, parece que todas as pessoas estão a descansar e se eu preciso de ajuda não vai estar ali ninguém para me ajudar. A mim traz-me muita dificuldade, mesmo. E à noite sentia-me sempre muito mais ansiosa, por isso de manhã, não custava tanto, a noite era um bocadinho mais complicada.* Os principais medos refere eram o medo da morte, de enlouquecer, o escuro: *associava o ataque de pânico sempre ao medo da morte, está sempre o medo da morte, do “vou morrer a qualquer momento”, ou que vou ter um ataque cardíaco, ou que vou enlouquecer que também é um medo muito constante e muito comum, vou enlouquecer, vou perder a noção, vou ser como um qualquer doidinho que está internado e que não tem noção de nada, era esse o grande medo. A noite, também é um medo, põe-me a pensar em coisas que me amedrontam muito, primeiro é assim, também já devia ter referido, tenho pânico do escuro, é o único pânico que até hoje não consegui recuperar, é o escuro. É aquele escuro completo, por exemplo se estiver escuro e tiver um telemóvel a carregar com uma luzinha não faz mal, agora a perda de visão completa é o meu maior medo até hoje, que eu ainda espero vir a superar. Porque nisso sem saber o que**

é, sempre tive aquela coisa de “eu tenho de controlar a coisa, senão a coisa vai-me controlar a mim”, portanto nunca me deixei ficar quieta, nunca me acomodei muito e não vou experimentar porque..., não. Vou experimentar, até deixar de ter medo senão nunca mais o vou conseguir fazer. Nunca mais vou conseguir superar aquilo. E esta força de vontade tem-me ajudado muito, tem ajudado a ultrapassar e a superar os medos todos senão estava quase como a minha mãe, fechada e isolada, sem andar de carro, sem falar e sem conviver. E a noite põe-me a pensar em coisas, eu não sei se é comum a muita gente que é ... a Terra está muito distante no Universo, às vezes ponho-me a pensar “E se a Terra cai?” são coisas que secalhar...

4.2. Cognições catastróficas, comportamentos de evitação, sintomas e sensações

A conta o exemplo de quando teve um acidente e cortou um tendão, acontecimento que depois de algum tempo sem ter ataques de pânico, estes voltaram. (...) *foi a partir do momento em que cortei o tendão já não conseguia mexer o dedo por isso alguma coisa se passava, e fiquei um bocadinho tonta, mal disposta, estava a sangrar muito, mas o que me assustou foi estar ali internada e ficar sozinha. Depois vim para casa na segunda-feira, dormi em casa da minha mãe, sempre estive com a minha mãe, sempre vivi com a minha mãe, aí já saía com o meu namorado, no outro dia de manhã, estava a tomar o pequeno-almoço, normalíssima, e de repente levanto-me, porque foi talvez o meu primeiro ataque de pânico em consciência, porque aí revelam-se todos os sintomas. Todos. Foi a vontade de fugir dali, não saber o que estava a acontecer, perder a noção da realidade, não fazia ideia do que se estava a passar por milésimos de segundo pensamos que não sabemos onde estamos nem quem somos, há uma busca em tentarmo-nos encontrar e perceber que ainda sabemos quem somos e como nos chamámos, isto é tudo feito em segundos, não saber o que se está a passar, palpitações, vontade de ir à casa de banho, suores, era todos os sintomas de um ataque de pânico, foram todos. Queremos pôr paredes abaixo, queremos sair dali, socorro, que nos tirem dali, uma vontade de gritar, de sair, é inexplicável, só quem passa é que consegue perceber realmente a aflição, porque como algumas pessoas às vezes dizem se um só sintoma já é assustador o que será ter todos. Mais que os sintomas, mais que as palpitações, eu costumo dizer que o meu maior medo num ataque de pânico é aquela sensação de “ai meu Deus o que é que se está a passar tirem-me daqui depressa, ai socorro!”*, aquela aflição, aquela vontade de correr, de fugir de qualquer coisa, foi uma situação horrível, inexplicável. E depois, a minha mãe não sabia o que se estava a passar com estes problemas, ficou super assustada, ficou em pânico não sabia o que se estava a passar comigo, eu só dizia: “Deixa-me eu estou bem. Afasta-te de mim”. Nunca antes quis que se afastassem de mim, quer-se é espaço, porque todo o ar é pouco. Sentimos muita falta de ar, muitas palpitações, muita aflição mesmo. Pensamentos associados a isto: antes, se algum foi eu não me apercebi; no momento é vou morrer, vou enlouquecer, ai meu Deus o que é que se está a passar. Pronto, são os pensamentos.

(...) *não deve haver comparação com o sofrimento que nós passámos, e depois o contínuo sofrimento, o termos de explicar às pessoas e elas não perceberem porque é que nós estamos assim. E*

vêm com aquilo do “acalma-te está tudo bem!” mas como é que nos acalmámos com toda a gente a olhar para nós! É muito difícil explicar às pessoas... E depois é uma mistura de sentimentos tão grande e tão rápida, parece-nos uma eternidade e passaram um ou dois minutos e nós ali num sofrimento que junta tudo... Depois não sei como é que isto passou, eu tinha xanax, porque tinha lá caixas, sei que tomei meio xanax, depois o meu corpo acalmou, como não estava habituada à medicação aquilo foi espontâneo, acalmou-me logo, foi imediato. E depois, a primeira coisa que nos surge quando sentimos uma coisa destas, é o medo que volte a acontecer.

Quando perguntei a A se encontrava um padrão nos ataques, e nos sintomas descreveu da seguinte maneira: *o primeiro sintoma, mesmo o primeiro é uma espécie de formigueiro muito lento que começa e um descolar da realidade. Primeiro sinto o formigueiro e depois tudo que está à nossa volta acabou, morreu. Somos só nós, o corpo e o formigueiro. Depois os sintomas vão surgindo, a taquicardia, a vontade de ir à casa de banho, depois é quanto mais nos concentramos nos sintomas mais eles começam a surgir. (...) O primeiro é aquela sensação de, parece que (com a mão no peito diz) “ah tou a sentir qualquer coisa”, depois é o formigueiro, o suor e depois outra e depois outra coisa, é uma bola de neve e depois aquilo vai-se tornando mais intenso e depois primeiro é nos pés depois o formigueiro já está no corpo todo e é este centrar nos problemas que vai despontar os ataques de pânico e, eu podia associar os ataques de pânico a um, e surgem, tem de surgir sempre de um pensamento, mas eles foram associados pelos médicos, ou seja foram considerados ataques espontâneos porque eu passei a acordar a fazer ataques de pânico, eu acordava já a fazer um ataque de pânico. Acordava e tinha um ataque de pânico. Quando A fala da mudança de ter ido viver com o namorado, também conta a mudança que houve nas suas rotinas: *Nessas noites, o que é que acontecia, nós não tínhamos uma rotina, eu não tinha uma rotina, eu estive sem trabalhar algum tempo, comecei a isolar-me um bocadinho em casa, comecei a viver só para aquela organização, só para a casa, só para mim, não sei bem explicar porquê. Primeiro foi um bocado viver aquilo tudo, o sair de casa, livrar-me daquela tensão, depois foi conciliar as coisas da mãe, ao sair de casa os ciúmes foram enormes, e eu tinha que lhe dar muita atenção para compensar e foi viver para aquilo, para a casa, para a família e para desfrutar um bocadinho daquela liberdade, só que estava a isolar-me sem perceber muito bem. Como eu não tinha uma rotina não saía muito de casa. Outro dos problemas, não sei se acontece com outras pessoas, é não conseguir dormir quando a noite chega. A noite começa e o sono não vem. Na cama viro-me para um lado e para o outro e depois é “ai meu deus eu hoje não vou conseguir dormir!”. Deixa-me cair na cama e esperar que venha o sono. (...) eu olho para as horas vejo que devia estar a dormir e não estou e começa tudo. Começa o formigueiro e começam os ataques de pânico e como eu não aguentava o sofrimento comecei a ganhar um vício que é ir para as urgências, quando tinha um ataque de pânico ia para as urgências. Cheguei a ir tantas que já me conheciam. Não foram cem vezes nem dezenas mas foram umas dez vezes mas muito seguidas (...) Nas urgências foi quando tive um primeiro contacto com um psiquiatra que me disse o que eu tinha. Que tinha ataques de pânico que me ia começar a receitar medicação, e que esta ia fazer efeito e que depois ia ser acompanhada por um psiquiatra. O que é que**

acontece quando tomamos uma medicação para os ataques de pânico, eles ficam mais fortes, normalmente os sintomas até a medicação fazer efeito andamos muito mais sensíveis e muito mais susceptíveis a ter ataques de pânico, mas isso é perfeitamente normal, é a medicação a fazer efeito. O que é que acontecia, eu sentia-me mal, depois chegou uma altura que eu passei a entrar nas urgências e já me sentia bem já nem precisava de mais nada.

4.3. Interpretações e reflexões do mundo moral interno de A

A pensa em questões filosoficamente vastas, aqui deixo também discorrer a sua própria narrativa como tenho vindo a fazer no seu caso. Há momentos que o espaço para mim é pequeno, Coimbra já é pequeno para mim, sinto-me muito melhor em Lisboa, que nem é o meu ambiente, nem a minha casa mas já é muito maior. Há muito mais espaço, enquanto Coimbra já percorro num instante. Lisboa já não. E porque é que me dá vontade de ir ainda mais para fora, para perceber, meter na minha cabeça que o mundo é grande. Que eu não preciso de ter medo porque não vou ser abafada por terras pequenas ou meios pequenos, porque às vezes ponho-me a pensar em galáxias e espaço, e da mesma maneira que em alivia a imensidão, também me mete medo pelo facto de estar suspenso. "E se isto cai?" Ponho-me a pensar em questões que nem lembram a muita gente, e certas coisas do Universo e das galáxias, não sei porquê sempre me interessei muito por isto, sempre gostei muito de ser astrónoma, quando eu era pequenina, era uma coisa que eu gostava de ser...gostava muito de olhar para as estrelas, e ver que elas estavam ali, e que ganhavam formas, e que não caíam, suscitava-me muita curiosidade e lia muito sobre isso, sobre os planetas, como estavam alinhados, e como é que as coisas aconteciam, as órbitas que tinham porque é que não caíam, porque é que não saíam da órbita e sempre foi uma coisa que eu gostei de estudar. Além da Terra, ajuda-me, sempre com o contra-senso de que um dia cai e se um dia isto cai, porque cai sem parar. (risos) É aquela coisa que não lembra a muita gente, mas lembra-me a mim. E a noite fazia-me isso, causava-me isto, pensar nestas coisas.

4.4. Trajectória e itinerário terapêutico

Quando começa a ir às urgências, A tem o primeiro contacto com um psiquiatra. Na primeira consulta disseram-me logo, diagnosticaram logo os ataques de pânico, receitaram logo medicação, há dois tipos de medicamentos, mas eu confundo sempre os ansiolíticos com os antidepressivos, continuei com xanax, mas o primeiro que eu tomei, de todos, foi o paxpar que é um medicamento fortíssimo, esse foi o primeiro porque eu tomei quatro diferentes, o que também foi uma coisa que causa muito sofrimento porque a mudança de medicação é quase tão difícil como o desmame, os sintomas aparecem com mais frequência, anda-se mais ansioso, também é o medo de um medicamento novo, é uma série de pensamentos e de reacções físicas porque estamos a mudar realmente o medicamento e o corpo ressent-se com isso. Mas claro, apesar de tomar a medicação continuei a ir às urgências. Houve alturas que me medicavam mesmo, uma altura até me deram uma injeção na nádega que dói muito, mas que é daquelas que eles dizem que fazia logo efeito. Eles diziam vou-te dar isto e daqui a meia hora estás a dormir, e eram umas três horas, quatro horas depois e eu prontinha

para ir até Lisboa e vir a correr. (...) Era só eu e o meu namorado, eu não trabalhava e cada ida às urgências ainda era caro, e eu comecei a pensar não vamos às urgências, quando eu me sentir mal passamos por lá para ver, e assim foi. Nas últimas vezes eu passava pela triagem e já estava boa, já tinham desaparecido os tremores, já tinha desaparecido a taquicardia, tudo, estava perfeitamente normal, eu chegava a ir lá e ficava a conversar com as enfermeiras ou com quem estivesse ao lado, e às vezes pessoas a morrer de dores, com braços ao peito, que é outro problema vamos ali para as urgências e vamos ali como se fossemos os mais desgraçados e vemos pessoas acamadas, pessoas com oxigénio, com pernas e braços partidos e nós sentimo-nos tão insignificantes, tão injustos de estarmos ali a ocupar tempo a uma pessoa que podia estar a ajudar outra e nós estamos ali a ser um empecilho que estamos ali só a atrapalhar, porque comparados a outras pessoas não somos nada não é, temos é de dar graças a Deus por estarmos como estamos, o nosso sofrimento nessa altura já passou e se calhar foi muito superior ao daquelas pessoa (...) Há muitos médicos que dizem mesmo que este sofrimento é muito superior a qualquer um que se possa imaginar, tanto que como me explicaram um certo dia, há a curva da ansiedade, que não sei se já viste, é mesmo uma curva de um gráfico, a curva da ansiedade (e faz o desenho com a mão), quando os sintomas começam e quando chegam ao pico obrigatoriamente tem de descer porque o cérebro já não aguenta tanto sofrimento, só para termos a noção do que isto é. (...) O máximo que o cérebro aguenta, senão dávamos um crash... E então o cérebro, como é um sintoma só psicológico, ele obrigatoriamente começa a descer. Quando nós fugimos do sítio onde estamos a ter o ataque de pânico cortámos a curva, nunca vamos dizer ao cérebro que aquilo não representava nenhum problema, e esse é que é o problema de fugirmos do sítio. A terapia é muito boa para nos ensinar essas pequenas coisas, que quem não está ligado à medicina obviamente não sabe, é a teoria da nossa prática. A começou a ser acompanhada semanalmente nas consultas de terapia cognitivo-comportamental, e a ser vista mensalmente pelo psiquiatra. Acerca da terapia, A considera em que só tem beneficiado com esse apoio. Que após uma terceira consulta conseguiu correr a curva de pânico de uma forma muito eficaz só com os conselhos das terapeutas. Fez também uma reflexão de como a médica de família lhe aconselhava as consultas de psiquiatria, mas que foi por grande insistência dela, e pela sua crença que a psicoterapia a ajudaria, que acaba por começar a ser seguida com as psicólogas clínicas dos HUC.

Capítulo V

Corpo e *self* seccionados

1. Corpo e *self* contemporâneos

“Para compreender como sintomas e doenças têm significado, temos de primeiro, compreender concepções normativas do corpo em relação com o *self* e o mundo. Estes aspectos integrais dos sistemas sociais locais informam como nos sentimos e como compreendemos processos corporais mundanos, e como interpretamos estes sentimentos e processos” (Kleinman, 1988a: 13).

A história do corpo na antropologia é uma história de noções como *self*, pessoa, e sujeito. Isto também significa que os diferentes corpos que os académicos distinguem e analisam reflectem as suas preocupações com questões sociais, políticas, epistemológicas ou metodológicas mais abrangentes (Van Wollputte, 2004: 252). Durante os últimos anos o corpo humano evoluiu num sentido de se tornar uma noção de central importância para a antropologia. Recentes estudos focam-se na experiência ou ameaça de finitude, limitação e vulnerabilidade, levantando também questões relacionadas com a individualização do *self* enfatizando o seu carácter fragmentário, que se concentra nas incertezas incorporadas da existência humana no Ocidente, nesta era moderna pós-moderna. Isto é particularmente pertinente para os casos explorados aqui.

A questão da natureza do corpo levanta a da natureza do *self*. Há autores que consideram que o *self* na sociedade moderna é o próprio projecto do corpo. Giddens (1991) fala do *self* reflexivo associando-o à ideia de que o corpo pode ser moldado na sociedade moderna de modo a exprimir as narrativas auto-reflexivas. Por exemplo, Douglas distinguiu entre o corpo social e o corpo natural. Sendo cada um, uma entidade física mas também uma representação; um meio de expressão, mas que é controlado e restrito pelo sistema social. Estes dois corpos constituem arenas diferentes de experiência, espelham o físico no social e causam a experiência do físico em termos sociais. O corpo social seria então um corpo de representação simbólica, uma realidade representacional que “abrange a forma como o corpo físico é percebido” (Douglas, 1978 *in* Van Wollputte, 2004). Embora esta afirmação de Douglas reafirme o dualismo corpo/mente e a supremacia da mente sobre o corpo, seria o que Scheper-Hughes e Lock se referem como “uso representacional do corpo enquanto símbolo natural com o qual se pensa acerca da natureza, sociedade e cultura” (1987: 7). Scheper-Hughes e Lock (1987) distinguiram três tipos de corpo segundo três abordagens antropológicas: o *corpo individual*²⁷, o

²⁷ Que se refere a um domínio de análise fenomenológica, na medida em que estuda as experiências vividas, ou incorporadas que as pessoas têm dos seus corpos (Scheper-Hughes e Lock 1987).

*corpo social*²⁸ e o *corpo político*.²⁹ Estes três corpos constituem três níveis diferentes de experiência e análise. O que lhes serve de mediador, e que de acordo com as autoras articula também natureza, sociedade e o indivíduo, são as emoções (Scheper-Hughes e Lock 1987). Um conjunto de autores como Haraway (1991) têm questionado a unidade, universalidade e objectividade do organismo humano, assim como a suposta continuidade, transcendência e individualidade do *self* e suas evidências de corporeidade e incorporação. Van Wolputte, fornece um tipo de “fenomenologia social” em que a premissa básica é a ideia de que intersubjectividade está assente na corporeidade ou na corporalidade (2004: 252). É possível dizer que as formas dominantes com que as culturas ocidentais vivem as suas experiências de doença, consistem em tomá-las como *diseases*, coisas que os médicos sabem. Mas recentes transformações nos cuidados de saúde, e a responsabilização dos pacientes pela sua própria saúde, estão em vias de desfazer estas divisões. (Mol, 2002:17) As categorias das pessoas não reflectem uma natureza acessível. São antes uma prática específica para lidar com a vida, sofrimento e morte (Mol, 2002: 22). Mol conclui que mesmo a experiência vivida do corpo é mediada. Não é o caso de o “corpo moderno ocidental” preceder a medicina, e subsequentemente ser objectificado por ela, ambos têm uma história que podem estar ligadas. Isto é particularmente visível nos discursos dos informantes, em que vemos o próprio idioma médico-científico incorporado nas suas narrativas. As histórias incluem fisicalidades, e as histórias de pânico são o exemplo disso. É com esta estratégia etnográfica que a doença se torna algo de que os etnógrafos podem falar. Desde que as praticidades de fazer a doença são parte da história, isto torna-se assim uma história sobre práticas, uma praxiografia (Mol, 2009). Dizemos então que a doenças são performadas. Mas Mol (2009) sugere um melhor termo que performar, que é *actuar*³⁰. É possível dizer que na prática, então, a PP é actuada. Há também a necessidade de ter-se uma noção incorporada do ser humano como agente social e das funções do corpo no espaço social; compreender como a incorporação é fundamental para os processos de reciprocidade e troca, enveredando pelo estudo da cultura de consumo, mostrando como o *self* moderno é representacional, mas tendo em conta também a análise dos afectos, emoções e imagem corporal (Almeida, 1996; Giddens, 1991).

2.A experiência do corpo em sofrimento

²⁸ Em contraste com o corpo individual, relaciona-se com as formas como o corpo opera enquanto símbolo natural e como ferramenta para pensar e representar as relações sociais (Scheper-Hughes e Lock 1987).

²⁹ Refere-se a uma dimensão em que o poder e o controlo são também incorporados; o corpo político é o corpo humano como ferramenta de domesticação e de disciplina, de identificação, sujeição e resistência (Scheper-Hughes e Lock 1987).

³⁰ Do inglês *enact*;

A experiência de quem sofre tem sido também uma preocupação dos antropólogos médicos, ou seja a maneira como a pessoa com a perturbação manifesta a sua doença ou angústia. Scheper-Hughes e Lock (1987) criticaram a dualidade corpo-mente que está impregnada a teoria biomédica. Estas autoras contribuíram em muito ao desenvolver o conceito de “corpo consciente”³¹. A imagem de um indivíduo do seu corpo, seja num estado de saúde ou de angústia ou doença, é mediada por significados particulares do ser-se humano, tal como definido pelo sistema cultural local. O corpo também serve aos indivíduos em sociedade, como um mapa cognitivo das suas concepções do natural, sobrenatural, sociocultural e relações espaciais. Isto é visível nas expressões e metáforas pessoais empregadas pelos informantes. Os corpos individuais e sociais expressam as relações de poder tanto numa sociedade específica como no sistema mundo. A experiência de quem sofre pode ser compreendida como um produto social, construído e reconstruído na acção, entre categorias de significado socialmente constituídas e forças político-económicas que moldam a vida diária (Scheper-Hughes e Lock, 1987). A doença, segundo Becker, quebra o conhecimento incorporado; quando uma doença ocorre a sensação de todo corpóreo desintegra-se e os indivíduos lutam para recriar a sensação de continuidade corpórea de forma a restaurar o significado da vida. O sofrimento surge não só da experiência de ruptura corpórea, mas também do esforço de articular essa ruptura (2004: 129). Como por exemplo X, quando fala da dualidade que sentia em si, como se o cérebro não lhe pertencesse.

3. A cultura, as emoções e os processos de incorporação

A incorporação como um aspecto da fenomenologia, pode ser construída tanto como método assim como uma perspectiva teórica emergente na antropologia. Merleau-Ponty via a fenomenologia como um método, e sendo a incorporação um aspecto desse método. A incorporação refere-se ao ser, ao viver através do corpo, ao estado de ser incorporado, ou seja, o corpo como base para a constituição do mundo humano, uma forma culturalmente constituída de *ser-no-mundo* (Becker, 2004). Inspirando-se em Csordas e Bordieu, Becker (2004) reflecte o corpo como o *locus* de prática social, e a necessidade de ver o corpo como a base existencial da cultura. Para isto é necessário tomar a experiência incorporada como ponto de partida para analisar a participação humana num mundo cultural. Formando a incorporação, a intersecção entre a experiência individual e colectiva.

A cultura fornece um léxico para compreender e descrever sensações e experiências. Tal compreensão nem sempre dá prioridade a estados emocionais distintos, mas pode referenciar

³¹ Do inglês “mindful body” (cf. Scheper-Hughes e Lock, 1987)

sensações corporais particulares ou apontar a posição de uma pessoa no mundo social. Como resultado os sintomas de pânico, podem ser pensados como acontecimentos corporais primários, uma indicação de que algo está errado com o corpo, sendo os domínios cognitivos e afectivos concomitantes, compreendidos como reacções ou respostas secundárias ao facto de se estar doente. Em alternativa, nas explicações socioossomáticas o pânico pode estar directamente ligado a preocupações sociais, que por sua vez ganham manifestação no corpo. Num artigo, Young (1981 *in* Mol, 2002) menciona que os antropólogos não deviam esperar que os pacientes tenham modelos explanatórios. A conversa das pessoas doentes é mais complexa do que os esquemas do “*homem racional*”, e a conversa não é apenas cognitiva, assim como a cognição não está confinada ao discurso. Existe o *conhecimento incorporado*, que não pode ser deduzido da conversa das pessoas, está incorporado em esquemas não-verbais, em procedimentos clínicos, em aparatos (p.14). Almeida reflecte a partir de Csordas (1990 *in* Almeida, 1996), que o corpo não é um objecto para ser estudado em relação à cultura mas é antes um sujeito de cultura. Assim, com o paradigma da incorporação anulam-se as dualidades mente/corpo e sujeito/objecto. A incorporação torna-se assim um princípio metodológico para abolir estas dualidades. Almeida reflecte também sobre o facto de a percepção ser considerada pelos antropólogos, uma função da cognição, mas raras vezes a têm colocado em relação com o self e as emoções. Portanto o estudo da percepção deverá estar ligado ao da prática social. Vários autores têm em comum a ideia de que o corpo abre um universo moral e que frequentemente esquece o discurso social simbólico. Desta perspectiva a incorporação não é somente uma fonte do *self* e de subjectividade, mas uma pré-condição para a intersubjectividade. Esta troca entre corpos está empossada de uma multiplicidade inerente e indeterminação dos corpos que temos e somos. A mudança na antropologia social e cultural do símbolo para metáfora, do signo para significado, diz Van Wollputte: “marca a possibilidade de fornecer ambiguidade e indeterminação, mutabilidade e falta de direcção, ironia e paradoxo, ou contradição e ambivalência, ou seja elementos que não servem uma ordem simbólica ortodoxa, um lugar na teoria e na *praxis*. E implica também o abandono de um foco quase exclusivo em comunidades localizadas e delimitadas em detrimento de processos mais abrangentes de globalização e marginalização, construção de identidade, crioulização, contra-hegemonia mercantilização ou violência. Esta mudança traz também uma ênfase renovada no quotidiano e na experiência diária das pessoas comum” (2004: 259-260). Vários autores contemporâneos, têm reflectido sobre a viragem para o *self*, nas sociedades ocidentais pós-modernas. Um crescente individualismo, a que Gilles Lipovetsky (1983) por exemplo chamou de *processo de personalização*. Como reflecte Furedi (2004) hoje vivemos numa cultura em que as emoções/sentimentos³² são levadas

³² Do inglês *emotions* (cf.Furedi, 2004)

muito a sério. Ao ponto de virtualmente qualquer desafio ou contratempo que confronte as pessoas é representado como uma ameaça directa ao seu bem-estar emocional, estando a linguagem das emoções³³ impregnada na cultura popular, o mundo da política, o local de trabalho, as escolas, universidades e o quotidiano, nas várias dimensões da sociedade contemporânea. A importância que a cultura contemporânea põe em fazer sentido do mundo através do prisma das emoções é ilustrado na forma como a linguagem e as práticas terapêuticas se expandiram na vida de todos os dias. O vocabulário da terapêutica já não se refere apenas a problemas invulgares ou estados de espírito exóticos. Termos como ansiedade, stress, adicção (vício), compulsão, trauma, sentimentos ou emoções negativas, tratamento, síndrome, crise de meia-idade ou terapia³⁴ são usados para referir episódios normais da vida quotidiana, tendo-se também tornado parte da nossa imaginação cultural (Furedi, 2004: 2).

4. Pânico: emoções e a interpretação de mundos sociais

As noções mais complexas de emoção referem-se a sequências ou padrões culturais de interacção que ocorrem em contextos sociais específicos. Assim, disposições específicas de relações íntimas, de vida familiar e dinâmicas de poder reflectem mundos sociais culturalmente moldados. A proeminência do mundo social na compreensão das emoções pode levar as pessoas a experienciar o pânico não exclusivamente como um acontecimento corporal, mas como uma sensação de se estar preso num predicamento social sem saída. O grau a que um *idioma de sofrimento* é compreendido e experienciado como sintomas reais, pode variar não só entre indivíduos num contexto cultural específico, mas para o mesmo indivíduo em diferentes cenários (Kirmayer e Blake, 2009: 39). A interpretação cognitiva das sensações e dos sintomas tem um papel chave em gerar clusters de sintomas que as pessoas reportam em cenário clínico. Porque as mudanças corporais associadas com o medo são propagadas e as sensações são muitas vezes ambíguas, os indivíduos podem focar-se em diferentes aspectos (X focava-se muito no pensamento por exemplo, N na iminência da morrer só, A tinha medo do escuro e da calma da noite, de espaços como elevadores e carros, e S dos espaços fechados e em movimento). Esta atenção selectiva e sua subsequente interpretação é guiada pelos esquemas cognitivos, que por sua vez reflectem conhecimento cultural acerca do corpo (Kirmayer e Blake, 2009: 41). Como refere Mol (2002) tem de haver uma abordagem semântica quando falamos quer de fisicalidades quer de emoções, pois paciente e médico ou psicólogo, estão todos num mundo de significado. A doença ou perturbação pode estar no corpo, mas o que se diz delas não. Não são apenas os

³³ Do inglês *language of emotionalism* (cf. Furedi, 2004)

³⁴ Do inglês *counselling* (cf. Furedi, 2004)

pacientes que têm uma perspectiva, médicos e psicólogos também, pois têm que atribuir sentido, interpretar o que acontece aos corpos e às vidas dos outros

5. Corpo e agência

Almeida (1996) enfatiza o legado de Merleau-Ponty em que o corpo é um agente e é a base da subjectividade humana. Em que a percepção é vista como uma experiência incorporada. A percepção não é uma representação interna de um mundo exterior, ela ocorre no mundo e não na mente. Por outro lado Merleau-Ponty rejeita a ideia de que a mente seja uma substância separada do corpo (cf. Almeida, 1996: 11). A incorporação não é experienciada, ela é a base da própria experiência. O nosso corpo é o nosso modo de ser e de estar no mundo, como exemplifica Almeida: "...quando dizemos que nos dói o pé: o corpo é o terreno da experiência e não objecto dela" (1996: 12). Atribuições de agência têm também um papel importante no pânico. O paradoxo fundamental do pânico é que a pessoa sente que os sintomas são evidências de um processo que está fora do seu controlo, enquanto esforços para reafirmar o controlo levam a uma maior sintomatologia (Kirmayer, 1990 in Kirmayer e Blake, 2009:42). Esta qualidade de *estar fora de controlo* pode aplicar-se a um comportamento específico, a um processo psicológico ou ao sentido do *self* e à auto-representação social. Por isso, os danos ao sentido de agência da pessoa podem ser focais e limitados, ou mais difusos (como quando o pânico se generaliza à agorafobia e leva a um mundo social contraído, limitado). No que diz respeito a tratamento são necessárias visões construtivistas do *self* como uma narrativa de estratégias retóricas. Aprender estas novas narrativas de agência pode reduzir o pânico se o indivíduo conseguir reduzir também a luta interior e aumentar a tolerância à incerteza (Kirmayer e Blake, 2009 :51), que é tão típica para quem sofre ansiedade aguda, o pânico que é o seu limite, instilado por medos, que são abstractos, *irracionais*. Por isso a terapia cognitiva-comportamental tem-se mostrado uma mais valia, pois fornece novos mapas cognitivos e discursivos para a interpretação da experiência, ensinando a aceitar, viver com, e ultrapassar através de técnicas e novas percepções, as experiências de pânico.

6. Interpretar as sensações de pânico

Os termos *sensação* e *sintoma somático* são muitas vezes confundidos; o primeiro enfatiza a experiência sensitiva, uma experiência corporal emergente, enquanto o segundo refere-se à interpretação médica da sensação, o acontecimento somático como sintoma de uma dada perturbação, para além disto Hinton e Good (2009b) argumentam as sensações não são pré-

culturais, mas pelo contrário estão em muito imbuídas na cultura³⁵ (p.57). O termo sensação serve para indicar uma variedade de formas somáticas de experiência, desde sensações de calor no corpo a tonturas e palpitações. Para investigar a experiência das sensações Hinton e Good (2009b) sugerem dez perspectivas analíticas³⁶, que são úteis para evitar cometer uma falácia de categorias, e com elas examinam as sensações, tanto as que dão origem como as que ocorrem durante os ataques de pânico. Estas perspectivas delineiam características chave das sensações no pânico, tanto em como surgem, como são interpretadas e levam a experiências de pânico, e a estrutura de significados associados com essas sensações. São de salientar algumas destas perspectivas, incluídas durante o trabalho de campo e na construção das narrativas dos informantes e na própria narrativa da presente dissertação, nomeadamente as perspectivas descritiva, fisiológica, a das cognições catastróficas, da memória e a histórica. Num ataque de pânico certas sensações são proeminentes. Estas perspectivas servem de lentes com as quais podemos examinar as sensações. Em cada cultura, e para cada indivíduo, o significado das sensações varia. Não há uma tontura simples, quando se analisa através destas perspectivas. As diferenças emergem a nível dos indivíduos. Ao olhar as sensações através destas perspectivas tanto o investigador como o clínico pode evitar suposições etnocêntricas de equivalência de significados e pode compreender melhor o ataque de pânico ou os sintomas de um paciente (Hinton e Good, 2009b: 73-4). Num ataque de pânico, há sensações mais intensas e de maior preocupação. A razão para as preocupações pode variar: a sensação pode por exemplo causar medo de morte e evocar angústias actuais através de ressonâncias metafóricas, ou buscar memórias de traumas passados. E vários destes processos podem levar a uma amplificação das sensações. Como demonstrado nas histórias dos informantes. Podem ser vários os significados associados com um sintoma somático, por exemplo a taquicardia: pode gerar cognições catastróficas acerca do estado do funcionamento corporal; pode ser a somatização de angústia; ou evocadora de acontecimentos traumáticos passados (como no caso de N, a memória do

³⁵ Análises transculturais de experiências de pânico e sua perturbação, dependentes como são da experiência e da interpretação de sensações particulares, requerem um quadro explícito para a análise das sensações. Hinton e Good (2009b) criam esse quadro para ilustrar a utilidade de compreender-se o pânico e a perturbação numa perspectiva cultural.

³⁶ 1) Perspectiva Descritiva, as sensações mais proeminentes durante o pânico; 2) Perspectiva fisiológica, como a biologia local pode gerar sensações específicas de pânico; 3) Perspectiva etnofisiológica, as teorias locais de como a fisiologia produz sensações; 4) Perspectiva das cognições catastróficas; 5) Perspectiva das metáforas; 6) Perspectiva do som e do simbolismo cinético; 7) Perspectiva da paisagem, como o ambiente despoleta e dá sentido às sensações; 8) Perspectiva da memória; 9) Perspectiva sociosomática; 10) Perspectiva histórica; O argumento dos autores é que uma comparação transcultural séria da experiência de pânico, e da PP, requer uma atenção destas perspectivas analíticas.

ataque cardíaco fulminante do pai e a relação com os seus cognições catastróficas). Ao observar os significados associados às sensações, do ponto de vista terapêutico, promove-se a empatia e fornece-se informação valiosa para uma etnografia do corpo. Há uma complexidade nas sensações que podem emergir, quer do ponto de vista semiótico, quer seja na acumulação de significados desde as metáforas usadas aos próprios contextos sociais e biográficos. As sensações agem como símbolos multi-referenciais (Myerhoff, 1974 in Hinton e Good, 2009) simultaneamente enraizadas na biologia do corpo.

7. Corpo e trauma

O social torna-se uma parte do que o corpo em doença³⁷ performa, nas suas tentativas sintomáticas de comunicar. Para Orr (2006) falar do corpo em pânico envolve a inclusão da ideia de trauma. De facto analisando os relatos e histórias de vida dos informantes, vários acontecimentos foram sem dúvida traumáticos. A vivenciou tentativas de, e o eventual suicídio do pai, a natureza castradora da própria relação com a mãe; N a morte repentina do pai, e o peso de não ter conseguido manter o negócio de família; todos os informantes, em maior ou menor escala sofreram traumas, que vivem marcados nos seus corpos biográficos, quanto mais não seja a própria experiência dos ataques de pânico, com toda a sua intensidade de morte e loucura iminente, são só por si acontecimentos marcantes. Se os corpos traumatizados, em pânico ou histéricos marcam um local sintomático (a que Foucault chama de “conhecimentos subjugados”) então como ouvir tais corpos falar? Que métodos podem fazer sentido de tais corpos e o seus arquivos de emoções, sensações não escritos? Como escavar esta memória? Se o pânico incorpora memórias históricas de luta, de batalhas infundáveis não documentadas contra os movimentos estratégicos do psico-poder, como ouvir o que reside no excesso de comunicações ordeiramente pronunciadas em nome das perturbações de pânico? Pergunta Orr (2006: 19-20). Orr responde a esta questão reflectindo que estes corpos “são mundos contraditórios, talvez loucos do ponto de vista da razão, inaudíveis a quem quer que os ouça” citando Irigaray, (1977 in Orr, 2006). Os corpos traumatizados tornam-se “um sintoma de uma história que não podem possuir inteiramente, uma história impossível que assombra com toda a força que se assoma por se estar fora do alcance fiável da memória” (Caruth, 1995 in Orr, 2006). A possibilidade de falar de corpos imersos em emoções em espiral, experiências inarticuladas e histórias que são múltiplas torna-os histórias muitas vezes impossíveis, que um corpo em pânico conhece bem, mas que no entanto falha em contar a partir da teia de emoções e sensações limitadas pela própria linguagem. “O trauma³⁸ é imprecisamente, uma imagem vertiginosamente relacional

³⁷ Orr, 2006 usa o termo *dis-eased body*.

³⁸ Para saber mais sobre trauma ver *Genealogy of Trauma* (2000) de Ruth Leys.

com o choque, a violência, a imagem da morte ou a sua ameaça, que desfaz a arquitectura psíquica de fora e de dentro, desfazendo ao mesmo tempo um sujeito coerente que pode de forma confiante e consciente lembrar e dizer o que aconteceu. A possibilidade de memória do trauma, de uma descrição não fragmentada da sua história, torna-se difícil para não dizer impossível quando relatado num presente” (Orr, 2006: 21-2). Histórias incorporadas do abstracto, acerca desta perturbação e doença social de pânico é do que se trata ouvir aqui. Se o trauma marca um momento no qual os sistemas sociais abstractos podem de facto ser sentidos nos corpos, o que segundo vários autores significa seguir fantasmas que carregam traços sentidos de tal social sistematizado, talvez o corpo em pânico seja um desses fantasmas. E são estes fantasmas que deixei falar por si. A memória não só reflecte a experiência subjectiva, pessoal, como é construída socialmente e orientada no presente, reformulando a experiência. Podem assim ser vistas como interpretações incompletas e reformuladas feitas numa tentativa de criar um mundo que faça sentido (Becker, 2004: 131). As memórias traumáticas obrigam a uma revisão do mundo que as pessoas experienciam, como um lugar indizível, hostil e guiado pela morte; o corpo que experiencia torna-se um sítio de memórias em conflito, abrangendo a necessidade de lembrar assim como o desejo de esquecer (Becker et al., 2000b *in* Becker, 2004).

8. Cognições catastróficas e o impacto no corpo

Em *Panic and Culture Disorder*, Hinton e Good (2009a) demonstram ao longo do livro, como as perturbações e etnofisiologias de pânico, variáveis histórica e culturalmente, dão origem a cognições catastróficas que produzem pânico, demonstrando também a natureza híbrida deste, ligando-o aos sintomas de trauma. Esta abordagem fornece um modelo para tornar os processos psicológicos e culturais como centrais às investigações da cultura e da PP. Como sugerem, a abordagem das cognições catastróficas pode ser integrada com uma compreensão interpretativa das práticas através da qual modos distintos de realidade são constituídos assim como uma fenomenologia cultural e uma antropologia das sensações para o pânico. Uma abordagem antropológica assume que as cognições catastróficas são baseadas em diversas formas simbólicas, ligadas exteriormente aos domínios social e político, e interiormente à experiência corporal e psicológica. Elas são um tipo de prática interpretativa. Também Miguel Vale de Almeida reflecte sobre as posturas cognitivistas e fenomenológicas. Dá o exemplo de antropólogos como Toren (1993 *in* Almeida, 1996: 9-10) que demonstram como os processos cognitivos implicam a localização da pessoa no mundo, cujo sentido é mediado pelo seu envolvimento nas relações sociais, podendo assim a cognição ser entendida como um processo histórico. E acrescenta que para sabermos o que o mundo significa para as pessoas temos de prestar atenção às representações mentais.

Os estudos etnográficos sugerem que uma antropologia das sensações pode contribuir significativamente para perceber as características essenciais dos ataques de pânico e da perturbação (Good e Hinton, 2009b: 23). Sintomas críticos aos ataques de pânico, a fenomenologia da experiência de pânico, e a ligação a memórias de trauma variam a nível de história individual (assim como culturalmente). Isto tem grande relevância para o desenvolvimento de formas culturalmente apropriadas de tratamento clínico, assim como para os debates na investigação sobre a ansiedade. Os indivíduos com PP sofrem um estreitamento da atenção e focam-se nas sensações corporais que resultam da excitação do sistema nervoso autónomo, excitação esta que pode ser despoletada por sinais externos ou internos. Esta excitação é mal interpretada, como sendo perigosa, indicando um potencial de ameaça ou desastre. Esta má interpretação serve então para intensificar e manter a excitação fisiológica, que leva à exacerbação dos sintomas de pânico, e deste modo reforça os medos da pessoa. Uma vez interpretadas as sensações corporais catastroficamente, o pânico pode ser despoletado através de uma hipervigilância persistente no que diz respeito ao corpo (Kirmayer e Blake, 2009: 32). A PP também reflecte influências sociais mais vastas. Acontecimentos de vida stressantes podem ser responsáveis pela excitação fisiológica, ou aumentar os esquemas cognitivos de incontrolabilidade e apreensão às sensações corporais. As crenças e expectativas dos indivíduos acerca da sua competência e poder pessoal claramente têm um papel importante nas suas percepções da capacidade que têm de se manter seguros. Certas experiências de vida podem estar relacionadas com o desenvolvimento da PP, tal como as advertências de pessoas próximas (por exemplo pais demasiado protectores como narra A) acerca dos perigos mentais e físicos de certas sensações corporais, ou acontecimentos de vida negativos, imprevisíveis e incontroláveis (por exemplo a morte em A, N e S). Medos de catástrofe pessoal são centrais no pânico. A interpretação de sensações ou acontecimentos específicos como evidências de catástrofe iminente depende de informação cultural específica. As consequências catastróficas podem ser físicas (ataque cardíaco como N e X), psicológicas (perder a cabeça como X), ou sociais (embaraço público devido a comportamento inapropriado como S, N, A e X). Os medos de catástrofe são frequentemente ligados a preocupações acerca de uma sensação corporal específica, ou seja, aquelas que são aumentadas pela ansiedade e a activação autonómica (dormências, sensações de desmaio, falta de ar, palpitações). Tais expectativas criam um ciclo vicioso: ao aumentar a ansiedade aumentam os sintomas físicos, e o aumento dos sintomas físicos de preocupação por sua vez levam a uma maior convicção que algo de mau está para acontecer, o que resulta numa maior ansiedade. A hiperventilação regra geral tem um papel chave neste *loop* porque pode ser iniciada pela ansiedade ou por sensações de que não se está a

ter o ar suficiente o que leva a que muitas sensações físicas se tornem a causa da ansiedade (Kirmayer e Blake, 2009; Gouveia et al. 2004; Nesse, 1997; Orr, 2006).

9. Corpo e identidade

*"Cada um de nós tem uma história de vida, uma narrativa interior cuja continuidade e sentido são a nossa vida. Pode dizer-se que cada um de nós constrói e vive uma narrativa, e que esta narrativa é a nossa identidade. Se queremos conhecer uma pessoa, perguntamos-lhe qual é a sua história, porque cada pessoa é uma biografia, uma história. Cada pessoa é uma narrativa única que é construída por cada um de nós, dentro de nós, através de cada um de nós, das nossas percepções, sensações, pensamentos, acções e também através dos nossos discursos...Biológica e fisiologicamente não somos assim tão diferentes um dos outros; historicamente como narrativas, cada um de nós é um ser único. Para sermos nós próprios, precisamos de nos ter a nós próprios, possuir e se necessário repossuir, as nossas histórias de vida. Precisamos de nos recordar e recolher os pedaços da nossa história, o drama interior, a nossa narrativa. Cada ser precisa da sua narrativa, de uma narrativa contínua e interior para manter a sua identidade..." (Oliver Sacks, 1985 em *O homem que confundiu a mulher com um chapéu*)*

Segundo Giddens (1991) há necessidade de nos engajarmos no momento histórico em que vivemos, momento esse que apela a uma política da vida, em que o corpo é terreno privilegiado para novas identidades pessoais, quer da preservação das identidades históricas, quer de híbridos culturais ou contextualizações locais de tendências globais. O corpo não é apenas uma entidade física que possuímos, é um sistema-acção, um modo de *praxis* nas interacções quotidianas, essencial para a narrativa da auto-identidade. Com a invasão do corpo pelos sistemas abstractos, o corpo como *self* torna-se um local de interacção, apropriação e reapropriação, sendo a corporalidade a matriz fundamental para a produção da noção de pessoa, e de identidade social nas sociedades ocidentais contemporâneas. O corpo preencheu o vácuo criado pela evacuação do conteúdo social, cultural e político da teorização da condição humana na era moderna pós-moderna (Giddens, 1991). A experiência, e não só a cognição, mas as expectativas, os sentimentos não se traduzem apenas verbalmente, mas em imagens. A experiência reporta-se a um *self* activo, em situações de intersubjectividade. Segundo Bruner (1986) os *selves*, organizações sociais e as culturas estão em constante produção, e a mudança social, cultural, a continuidade, a transmissão ocorrem simultaneamente nas experiências e expressões da vida social. Tudo são processos interpretativos em que o sujeito se descobre a si próprio.

Inspirando-se no trabalho de Butler em que a identidade não é dada mas praticada, não é algo que se dá no tempo e fica lá como um pedaço inerte de linguagem (1990 in Mol, 2002),

para Mol então performar identidades não é uma questão de ideias e imaginações desprovidas de materialidade. Os corpos não se opõem às performances sociais mas são parte delas; as performances são sociais mas também materiais. Tomam parte na forma como as pessoas encenam as suas identidades. Mas uma vez que os objectos estão no palco podemos investigar as suas identidades também (2002: 40).

Capítulo VI

Fragmentação, Multiplicação e Vulnerabilidade na Sociedade Contemporânea

1. Os múltiplos *selves* e a cultura terapêutica

Enquanto no ocidente múltiplos *selves* têm sido associados tradicionalmente com patologias como a esquizofrenia, ou perturbação de múltipla personalidade, o registo etnográfico documenta muitos casos em que a ideologia dominante promove um *self* múltiplo (cf. Schepper-Hughes e Lock, 1987: 15-16). Nas sociedades ocidentais contemporâneas, ideias e experiências relacionadas com o indivíduo e o *self* estão sujeitas a mudanças profundas. Jameson (1991) argumenta que a alienação e destruição trazida pelo capitalismo mais recente resultaram numa consciência fragmentada no Ocidente. A cultura pós-moderna, diz o autor atesta este *self* “esquizofrénico” caracterizado pela sobrecarga de informação e a ausência de uma narrativa abrangente. O fim de um *self* coerente, ou de um sujeito centrado também significa o fim da expressão individual e dos sentimentos e emoções (Jameson, 1991: 26). De uma forma semelhante Littlewood (1997) sugere que a pós-modernidade e a globalização instigaram uma epidemia da perturbação de personalidade múltipla no Ocidente. A questão que este autor levanta é se este pluralismo do *self* reflecte um novo “idioma de angústia”³⁹, do qual o pânico seria a sua manifestação física mais extrema; uma patologia do pós-modernismo, informada e inspirada pelas tecnologias de informação e o ciberespaço, que incorpora um novo discurso e uma crescente fragmentação no *self* e seus sub-múltiplos, sob a influência do colapso das grandes meta-narrativas. Jackie Orr (2006) desenvolve também neste sentido, a noção de uma *epistemologia paranóide*⁴⁰ para o estudo do pânico, situando-o num “teatro dramático, onde os mass media, os sistemas militares, o capital corporativo, o estado, a psiquiatria e as ciências sociais são o elenco nos papéis principais, como às vezes, em semelhança aos agentes secretos de um poder político que tenta produzir a estruturação psíquica e emocional de – alguns muito nervosos – sujeitos sociais” (p.17)

O corpo/*self* contemporâneo é fragmentário, frequentemente incoerente e inconsistente precisamente porque surge de experiências contraditórias e paradoxais, de tensões individuais e sociais, conflitos que são reais, ou seja, experienciados, vividos. Assim a antropologia do corpo não pode focar-se só no corpo abstracto ou idealizado, mas nos momentos durante os quais os corpos e a sua corporeidade são questionados, quando a experiência ou ameaça de finitude, limitação, transitoriedade e vulnerabilidade os inscrevem. Muitas das incertezas, traduzidas em

³⁹ Do ingles *idiom of distress* (cf. Littlewood, 1997)

⁴⁰ Ver Orr (2006: 17-18)

medos e ansiedades, são incorporadas desafiando a autonomia do indivíduo na medida em que já não se apresentam como uma carência ou deficiência neuroquímica, uma doença exclusivamente de causa fisiológica, mas como uma característica existencial da condição humana contemporânea. Como Jameson (1997) põe a questão, estaremos a lidar com um novo paradigma académico e discurso social sobre o *self* no Ocidente? Reconhecer a excentricidade existencial, a subjectividade descentrada, e o carácter fragmentário do *body-self* juntamente com a ideia de um núcleo físico ou psicológico inalienável, põe sem dúvida em perigo o discurso e ideologia modernista dominante com as suas divisões. Haraway (1991) por exemplo põe o cyborg como um desafio às relações de poder estabelecidas. O homem-máquina, como híbrido, que mistura natureza e civilização, organismo e tecnologia, masculino e feminino; portanto o cyborg é também uma crítica aos temas e arquétipos do discurso modernista. No contexto de hoje o corpo já não é dado. “Por um lado é uma tela onde mudanças culturais, sociais e políticas são projectadas. Por outro lado é o principal alvo e objectivo destas mudanças. No ocidente, tal como em todo o lado, as fronteiras tradicionais (entre indivíduo e sociedade, público e privado, natureza e cultura, masculino e feminino) tornaram-se inseguras...” (Van Wolputte, 2004: 264). Tentar fazer sentido dos problemas que enfrentamos numa sociedade moderna complexa é um desafio carregado de dificuldades. Muitas das forças importantes que moldam as nossas vidas, a globalização, a dinâmica dos mercados, as instituições políticas e culturais, têm um carácter abstracto e quase invisível. Consequentemente a maior parte do tempo não estamos conscientes das forças que moldam os nossos comportamentos e influenciam as decisões que tomamos (Furedi, 2004: 24).

Furedi (2006) argumenta que o que mudou, foi a imaginação cultural de trauma: “Hoje em dia tememos que os indivíduos não tenham a resiliência necessária para lidar com sentimentos de solidão, desapontamento e falhanço. Através da patologização de respostas emocionalmente negativas às pressões da vida, a cultura contemporânea involuntariamente encoraja as pessoas a sentirem-se traumatizadas e deprimidas por experiências previamente vistas como rotineiras” (p. 10). Este autor defende que há hoje uma “tendência a reinterpretar não apenas as experiências mais incómodas ou perturbadoras, mas também as experiências normais através de um *script* emocional, que pode ser visto através da expansão fenomenal dos rótulos psicológicos e dos termos terapêuticos. Na década de 1980 as pessoas raramente ouviam falar de termos como perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de ansiedade social (ser tímido), fobia social (ser mesmo muito tímido)” (p.2). O expansivo uso *idioma da terapia* (Furedi, 2006) comunica novas atitudes culturais e expectativas. Muitas experiências que até então eram interpretadas como uma parte normal da vida foram redefinidas como prejudiciais

para as emoções das pessoas, tornando-as propensas a perturbações psicológicas, tais como a depressão e doenças relacionadas com o stress, de que o pânico é expoente máximo. O discurso do *deficit emocional*⁴¹ patologiza os sentimentos negativos e torna uma variedade de experiências em locais onde a sobrevivência emocional se torna uma questão. Esta perspectiva actua de forma a persuadir as pessoas a verem-se elas próprias como doentes e frágeis; a vulnerabilidade emocional é produto da tendência de objectivar certas incertezas da vida e a remodelá-las na forma amplificada de risco. Ao objectivar as incertezas em riscos, que estão além do controlo individual, cultiva-se uma sensação de impotência e de desamparo. A *cultura terapêutica* (Furedi, 2006) fornece um *script* através do qual os deficits emocionais e um *ethos* terapêutico entram no vernáculo cultural, e influenciam a construção da realidade quotidiana. O *ethos* terapêutico tem um impacto significativo na educação, no sistema judicial, na provisão dos serviços de assistência social, na vida política e na medicina, etc., parece ter colonizado todas as profissões e instituições da sociedade. A sua invasão nas formas de autoridade é particularmente notável, tendo-se tornado um sistema de sentido para o nosso tempo. Segundo Furedi (2006), esta cultura terapêutica posiciona o *self* de uma forma distintamente frágil e débil. A elevada preocupação com o *self* é sustentada pela ansiedade e apreensão, ao invés de uma visão positiva sobre o potencial humano. A cultura terapêutica ajudou a construir um sentido do *self* diminuído, que sofre e possui uma consciência de vulnerabilidade. A característica mais significativa da cultura terapêutica não é tanto a promoção, mas o distanciamento do *self* em relação aos outros, cristalizando-se o estado de espírito contemporâneo de individuação. Assim, esta *cultura terapêutica* reflecte e promove a tendência para a fragmentação e alienação. A cultura terapêutica oferece hoje uma visão distinta acerca da natureza dos seres humanos. Tende a ver o estado emocional dos indivíduos como peculiarmente problemáticos e ao mesmo tempo como definindo a sua identidade. Mas a cultura terapêutica não deve ser equiparada com a totalidade da cultura ocidental, hoje em dia as pessoas são confrontadas com o que foi cunhado por “cacofonia de reivindicações culturais em competição” (Berger e Luckman, 1967 in Furedi, 2004). O declínio da tradição, sem dúvida levou à fragmentação da vida social e da construção

⁴¹ A crença de que os indivíduos sofrem de um deficit emocional informa discussões acerca de termos como inteligência emocional e literacia emocional. A convicção de que as pessoas não conseguem lidar emocionalmente com uma crescente variedade de experiências, conflitos e relações informa sobre a maneira como a cultura terapêutica faz sentido da condição humana. Segundo Furedi uma visão mais aproximada da “cultura terapêutica”, termo que enuncia, indica que se trata mais do problema do “deficit emocional”, do que as emoções *per se*. Ou seja, a preocupação com a auto-estima das pessoas está a baixo nível, e de que a baixa auto-estima é invariavelmente interpretada como uma doença invisível que mina a capacidade de as pessoas controlarem as suas vidas. (Furedi, 2004)

de uma existência privada intensamente individualizada. Mas para além das fragilidades e ansiedades que isto criou, o clima cultural prevalecente forneceu um terreno para o crescimento da crítica terapêutica do capitalismo. A sua orientação para os danos psicológicos causados pelas forças sistémicas foi algo pronto para ser acomodado, também, pela maneira de estar individualista (Furedi, 2006).

Considerações finais

Uma vez estabelecida como uma entidade “real” no DSM-III a perturbação de pânico criou um espaço para as agendas da investigação biologicamente orientada e dos tratamentos farmacológicos que só recentemente foram suplantados pela agenda mais psicologicamente orientada favorecida nesta dissertação, que envolve analisar a perturbação de um ponto de vista psicossocial e em particular a das *cognições catastróficas*. Esta perspectiva ajuda a perceber como certas sensações são particularmente significativas e ameaçadoras e como se tornam amplificadas num *loop* de pânico. A investigação a nível dos processos cognitivos e dos contextos culturais, tem um papel chave nesta perturbação e dá um apoio considerável para estratégias de tratamento direccionadas para alterar as cognições de quem sofre de pânico. Nesta dissertação pode verificar-se que o pânico pode estar associado a memórias de trauma, e que os sintomas de pânico são uma parte conspícua da experiência psicológica de pessoas que sofreram nas suas histórias de vida, nem que fosse com o incessante martelar na procura de respostas que não são fáceis, potenciando angústias vividas no corpo, manifestadas em sintomas físicos, traduzidas em episódios consecutivos de terror e catástrofe pessoal. Falar do pânico é parte de uma mais vasta ideologia cultural da pessoa que enfatiza o auto-controlo, a contenção emocional e o auto-direccionamento racional (Gaines, 1992 in Kirmayer e Blake, 2009:42).

O idioma do pânico fornece às pessoas formas de compreender sentimentos intensos de angústia e sofrimento, mas também marcam estas formas de angústia como distintas e dignas de atenção médica. Perceber o problema como pânico pode ser reconfortante para os pacientes, descobrir que outras pessoas sentiram exactamente o que eles sentem, e que há um motivo para aquela condição. Naturalmente este conforto é vastamente maior se estiver acoplado à promessa de um tratamento eficaz. Quando se fala da PP, fala-se também de emoções, de como se constrói significados. Pudemos ouvir os informantes como se fossem os seus próprios etnógrafos, no sentido do que é viver com a condição, ouvir um corpo com a condição na prática, como diria Mol (2002) do que se sente na carne. “O que as pessoas contam não revela apenas a sua perspectiva, mas conta o que viveram de facto” (Mol, 2002: 15).

Com esta dissertação pretendeu-se fornecer um contributo antropológico crítico, um exercício de abrangência para o fenómeno do pânico. Como diz Kleinman sobre o contributo da antropologia: "a contribuição da antropologia (...) pode libertar o psiquiatra das vendas de um modelo profissional demasiado estreito, encorajando uma perspectiva mais alargada, integradora, flexível e sensível à diversidade, pluralismo e aspiração das experiências individuais. A antropologia, portanto, oferece à psiquiatria uma imagem mais crítica, mas

também mais humana, sobre a condição humana (Kleinman, 1988a:153). O trabalho de Kleinman está repleto de sugestões para mudanças a nível de mudanças de políticas no que diz respeito ao ensino médico e outros profissionais de saúde, e que a Psiquiatria devia adoptar o estudo das determinantes sociais do comportamento, de forma a não estar totalmente subordinada à investigação e terapêutica biomédica. Frequentemente defensores de uma escola de psiquiatria desvalorizam ou desconsideram resultados desenvolvidos por outras escolas. Os psiquiatras biológicos raramente se interessam em descobertas dos psicanalistas ou dos psiquiatras sociais, assim como alguns behavioristas ignoram aspectos fisiológicos das perturbações mentais. Também a perspectiva evolutiva pode envolver linhas das diferentes escolas da psiquiatria e ajudar a integrar aspectos e explicações adicionais. A psiquiatria biológica foca-se em predisposições genético-fisiológicas e mecanismos próximos como contribuindo para as perturbações, a psiquiatria social foca-se nas contribuições do ambiente social e ambiental, a psiquiatria behaviorista em comportamento atípico e a psicanálise em pensamentos e sentimentos, emoções. Cada uma destas disciplinas juntas podem explicar certas características, embora diferindo entre, e transversalmente nas perturbações, no entanto será importante reconhecer bases múltiplas para o conhecimento psiquiátrico das perturbações de ansiedade, em particular a de pânico e as restantes perturbações mentais em geral (McGuire et al., 1997). Por fim, tentou-se explorar também aqui como a existência e incidência desta “realidade psicopatológica de pânico” reflecte complexas forças, tendências e dinâmicas sociais do que é viver-se nas sociedades modernas pós-modernas globalizadas, reflectindo as alargadas condições do desafio que é ser-se humano hoje.

Anexo I

Características de acordo com o DSM-IV

A Perturbação do Pânico, por ser considerado também um estado de Ansiedade Paroxística Episódica, encontra-se classificado tanto no DSM-IV (American Psychiatric Association 2002) como no CID-10 (manual equivalente ao DSM para o contexto Europeu) dentro das Perturbações da Ansiedade. Os ataques de pânico recorrentes e inesperados, caracterizam essencialmente esta Perturbação. A característica essencial de um ataque de pânico é um período distinto de desconforto ou medo intensos, acompanhados de pelo menos quatro de um conjunto de treze sintomas somáticos ou cognitivos, descritos no DSM-IV como os seguintes:

- 1.palpitações ou ritmo cardíaco acelerado;
- 2.sudorese;
- 3.estremecimentos ou tremores;
- 4.dificuldades em respirar;
- 5.sensação de sufocamento;
- 6.desconforto ou dor no peito;
- 7.náusea ou desconforto abdominal
- 8.sensação de tontura, de desequilíbrio, de cabeça oca ou desmaio
- 9.desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (sentir-se desligado de si próprio)
- 10.medo de perder o controle ou enlouquecer
- 11.medo de morrer
- 12.parestesias (enturpecimento ou formigueiro)
- 13.sensação de frio ou calor

O ataque tem início súbito, atingindo o seu pico rapidamente, em regra em 10 minutos ou menos, e é frequentemente acompanhado por uma sensação de perigo ou catástrofe iminente e por um impulso para a fuga. Os ataques que preenchem todos os critérios, mas que têm menos de 4 sintomas cognitivos ou somáticos, são designados no DSM-IV de *ataques de sintomas limitados*.

Existem segundo este manual, três tipos característicos de ataques de pânico: *inesperados*, sem pistas de alerta, sem um estímulo que o accione; definem-se como aqueles a cujo início, o sujeito não associa qualquer desencadeador situacional, ou seja o sujeito considera que ocorre espontâneamente, "vindo do nada"; os *situacionais*, com pistas de alerta, ou seja um estímulo, definem-se como aqueles que ocorrem quase invariavelmente logo após a exposição a, ou na antecipação a, um desencadeador ou estímulo situacional, por exemplo uma pessoa com fobia social que tem um ataque de pânico ao iniciar ou ao pensar numa situação em que tem de falar em público; e os *situacionalmente predispostos*, que são semelhantes aos ataques de pânico situacionais mas não estão invariavelmente associados com o estímulo e não ocorrem necessária ou imediatamente após exposição, por exemplo os ataques que têm maior probabilidade de ocorrência ao conduzir, mas existem alturas que o sujeito conduz e não tem um Ataque de Pânico ou alturas em que este só ocorre depois de conduzir meia hora.

Segundo o DSM-IV, a ocorrência de ataques de pânico inesperados é exigida para diagnóstico de Perturbação de Pânico, com ou sem agorafobia. Os ataques situacionais e situacionalmente predispostos são frequentes na Perturbação da Pânico, mas também ocorrem no contexto de outras perturbações de ansiedade e outras perturbações mentais, como na Fobia Social, ou em outras fobias específicas. Enquanto que o ataque de pânico situacionalmente predisposto ocorre com maior tipicidade na Perturbação de Ansiedade Generalizada, por exemplo depois de assistir a um telejornal em que se anuncia uma diminuição da actividade económica, a pessoa fica subjugada por preocupações com a sua própria situação financeira e entra numa escalada de ataque de pânico. Já na Perturbação de Stress Pós-Traumático, também uma perturbação de ansiedade, uma vítima de violação por exemplo, experimenta ataques de pânico quando enfrenta recordações do evento traumático, como ao ver um homem que se assemelhe ao agressor.

Outra questão que o DSM-IV alerta para se ter atenção aquando do diagnóstico, é a importância de avaliar cuidadosamente o foco da ansiedade associada aos ataques de pânico, pois o diagnóstico pode ser induzido em erro, o DSM-IV dá o exemplo seguinte para ilustrar: uma mulher tem um ataque de pânico antes de um compromisso em que tem de falar em

público, se ela referir que o foco de ansiedade se centrava no facto de poder morrer de um ataque cardíaco iminente, ela poderia ter uma Perturbação de Pânico, mas se por outro lado, o foco da ansiedade se centrar não com o próprio ataque mas com o facto de se sentir embaraçada e humilhada, então será mais provável que tenha uma Fobia Social.

Outra característica importante é a agorafobia. Uma vez que a agorafobia ocorre no contexto da Perturbação de Pânico. A perturbação de pânico pode ou não ser acompanhada de agorafobia. Assim temos Ataque de Pânico com Agorafobia, e também, como refere o DSM-IV também pode dar-se o caso de Agorafobia sem História de Perturbação de Pânico, inserindo-se também a descrição de Agorafobia dentro da secção dirigida ao Distúrbio de Pânico. A Agorafobia tem como característica fundamental a ansiedade por estar em locais ou situações onde a fuga possa ser difícil, ou embaraçosa, ou nas quais o indivíduo possa não ter ajuda no caso de ter um ataque de pânico ou sintomas semelhantes ao pânico. Esta ansiedade conduz tipicamente a um evitamento global de uma variedade de situações que podem incluir estar sozinho fora de casa, ou em casa, estar no meio de multidões, viajar de automóvel, autocarro ou de avião, entrar num elevador ou passar uma ponte. O diagnóstico diferencial para distinguir a Agorafobia das Fobias Sociais e específicas da Perturbação da Ansiedade de Separação, quando intensa pode ser difícil porque todas estas condições são caracterizadas pelo evitamento de situações específicas. No DSM-IV as questões de diagnóstico para os casos que se situam nas fronteiras são discutidos nas secções de “Diagnóstico Diferencial” do texto das perturbações nas quais o comportamento de evitamento é uma característica essencial ou associada.

Anexo II

Características de Diagnóstico

Para a Perturbação de Pânico ser diagnosticada, tem de haver presença de ataques de pânico inesperados e recorrentes seguidos pelo menos por um mês de preocupação persistente a propósito de ter outro ataque, preocupação acerca das possíveis implicações ou consequências dos ataques de pânico ou uma alteração comportamental significativa relacionada com os ataques. O DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002) enfatiza que os ataques não são provocados por efeitos fisiológicos directos de uma substância, por exemplo a cafeína, ou por um estado físico geral, como o hipertiroidismo. Finalmente os ataques de pânico não são melhor explicados por outra perturbação mental (por exemplo, Fobia Social ou Específica, Perturbação Obsessiva-Compulsiva, Perturbação Stress Pós-Traumático ou Perturbação da Ansiedade de Separação). A frequência e a intensidade dos Ataques de Pânico têm uma grande variação. Por exemplo alguns sujeitos relatam ataques mais frequentes (uma vez por semana), que ocorrem com regularidade por períodos de meses. Outros relatam ataques mais frequentes durante períodos mais reduzidos (por exemplo ataques diários durante uma semana) separados por semanas ou meses sem ataques ou com ataques menos frequentes (por exemplo dois ataques por mês) durante muitos anos. Os ataques de sintomas limitados (com menos de 4 dos 13 sintomas) são muito comuns em sujeitos com Perturbação de Pânico. Apesar de a distinção entre Ataques de Pânico completos e ataques limitados ser de algum modo arbitrária, os completos estão associados com mais morbilidade (como maior recurso aos cuidados de saúde, maior défice funcional, pior qualidade de vida).

Os sujeitos com Perturbação de Pânico apresentam os atributos ou preocupações características acerca das consequências ou implicações dos Ataques de Pânico. Alguns receiam que os ataques indiquem a presença de uma doença não diagnosticada e ameaçadora da vida, como doença cardíaca, perturbação compulsiva. Apesar dos repetidos exames e diagnósticos médicos negativos continuam assustados e não estão convencidos de que não têm uma doença ameaçadora. Outros receiam que os ataques sejam indicadores de que vão “enlouquecer” ou perder o controlo, ou que são emocionalmente fracos.

Alguns sujeitos com ataques recorrentes alteram significativamente o seu comportamento, chegando até a deixar de trabalhar ou a evitar esforços. Preocupações acerca do próximo ataque, ou das suas implicações, estão frequentemente associados com o

desenvolvimento do comportamento de evitamento e podem preencher os critérios para a Agorafobia, sendo nestes casos diagnosticada a Perturbação de Pânico com Agorafobia.

Anexo III

Comorbilidades da Perturbação de Pânico e Estudos Epidemiológicos

Para além das preocupações acerca dos ataques de pânico e suas implicações, muitos sujeitos com a Perturbação de Pânico descrevem igualmente sentimentos de ansiedade constantes e intermitentes que não estão centrados em nenhum acontecimento específico. Outros ficam extremamente apreensivos acerca dos resultados das suas experiências ou actividades de rotina. Frequentemente antecipam um resultado catastrófico a partir de um sintoma físico ligeiro ou de um efeito secundário da medicação, por exemplo se têm uma dor de cabeça, facilmente acreditam que se pode tratar de um tumor cerebral. O DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002) enfatiza, que nalguns casos, a perda ou a deficiência de um relacionamento interpessoal importante (sair de casa para viver só, ou um divórcio) estão associadas com o início ou com a exacerbação da Perturbação. A desmoralização é uma consequência comum, ficando muitos sujeitos desencorajados, envergonhados e infelizes com as dificuldades que têm em desempenhar as suas rotinas. Atribuem com frequência este problema à falta de “força de vontade” ou de “carácter”, o que muitas vezes pode levar ao desemprego ou abandono dos estudos.

O DSM-IV, relata que as taxas de comorbilidade (existência de perturbações em simultâneo) com Perturbação Depressiva Major variam entre 10% e 65% em sujeitos com Perturbação de Pânico (já o CID-10 cita que muito frequentemente, um distúrbio depressivo coexiste com o Transtorno do Pânico. Mas na opinião de muitos autores e médicos, o síndrome de Pânico é uma forma atípica de doença depressiva). Em aproximadamente um terço dos sujeitos com ambas as perturbações, a depressão ocorre simultaneamente ou a seguir ao início da Perturbação de Pânico, como reporta o DSM-IV. Um subgrupo destes sujeitos trata a sua ansiedade com álcool ou medicamentos e alguns deles podem, como consequência, desenvolver uma Perturbação Relacionada com Substâncias.

A comorbilidade com outras Perturbações de Ansiedade é igualmente comum, especialmente nos sujeitos que se apresentam para tratamento e nos que têm níveis mais intensos de Agorafobia. A Fobia Social e a Perturbação de Ansiedade Generalizada são também no DSM-IV descritas em 15%-30% de indivíduos com Perturbação de Pânico, Fobia específica em 2%-

20% e Perturbação Obsessiva-Compulsiva em até 10%. Embora a literatura sugira que a Perturbação de Stress Pós-Traumático tenha sido relatada em 2%-10% de sujeitos com pânico, o DSM-IV sugere que talvez sejam mais elevadas. A Perturbação da Ansiedade de Separação na infância foi associada com esta perturbação. A co-morbilidade e sobreposição de sintomas como a Hipocondria também são comuns.

No que diz respeito a dados de exame somático e estados físicos gerais associados, o DSM-IV relata que pode ocorrer taquicardia transitória e elevação moderada da pressão sanguínea sistólica durante alguns ataques de pânico. Alguns estudos demonstraram a co-morbilidade de certos sintomas e estados físicos gerais como tonturas, arritmias cardíacas, hipertiroidismo, asma, doença pulmonar obstrutiva crónica e doença do cólon irritável.

Quanto ao padrão familiar de prevalência desta perturbação, o DSM-IV relata que os familiares biológicos de primeiro grau têm uma taxa até oito vezes mais elevada de poderem desenvolver uma perturbação de pânico, contudo nas amostras clínicas, cerca de metade a três quartos dos sujeitos com perturbação de pânico não tem um familiar biológico em primeiro grau afectado, o que nos sugere uma influência ambiental, ou sócio-cultural na manifestação da doença, embora também como é relatado no DSM-IV, estudos de gémeos indicam uma contribuição genética para o desenvolvimento da perturbação.

1. Tipos de comorbilidade

A comorbilidade consiste na “existência ou ocorrência de mais do que uma doença no indivíduo” (Campbell, 1989 in Gouveia et al., 2004). Esta noção, de co-morbilidade abre novas perspectivas na investigação dos mecanismos que levam ao desenvolvimento de doenças diferentes no mesmo indivíduo. Porque em Psiquiatria o desconhecimento da causa das perturbações psíquicas é uma regra, o conceito é então muito útil. O que se compreende na concepção de comorbilidade, deve não só considerar a doença ou perturbação bem definida, como também qualquer síndrome orgânico ou funcional como sintomas físicos ou psicológicos (Gouveia et al., 2004). Assim podemos falar de co-morbilidade *patogénica*, como o primeiro subtipo (Kaplan e Feinstein, 1974 in Gouveia et al., 2004), neste caso a segunda doença ou perturbação está etiologicamente associada à primeira. O segundo subtipo é a comorbilidade *diagnóstica*, que envolve a noção de co-ocorrência sintomática, aqui uma síndrome não é específica ou não pode ser explicada por uma só doença ou perturbação ou distúrbio, como é exemplo uma síndrome cognitiva provocada por uma depressão e uma perturbação de ansiedade (Maser e Cloninger, 1990 in Gouveia et al., 2004). Na co-morbilidade prognóstica, uma

perturbação ou síndrome favorece o aparecimento de outras diferentes da primeira. São exemplos todas as perturbações de risco. Este é o tipo de co-morbilidade mais investigado em psiquiatria.

2.Comorbilidade da Perturbação de Pânico com outras perturbações psíquicas

Os pacientes com perturbação de pânico apresentam frequentemente sintomas de outro tipo de perturbações. A comorbilidade psíquica na perturbação de pânico sejam perturbações do Eixo I, como a *depressão*, a *somatização*, as *perturbações por uso de substâncias*, as *perturbações do comportamento alimentar*, *fobias* ou *perturbações obsessivas*; sejam do Eixo II, por exemplo, as *perturbações da personalidade dependente*, *evitante*, *compulsiva* ou *passiva-agressiva*, são um fenómeno recorrente (Gouveia et al, 2004). O DSM-IV considera dentro das perturbações de ansiedade 12 categorias, e a ICD-10 (o equivalente europeu ao DSM-IV) dentro das perturbações de ansiedade e fóbicas inclui 11 categorias. Naturalmente quanto maior o número de categorias diagnósticas mais provável é a co-morbilidade.

Num estudo com a ADIS-R, Anxiety Disorders Interview Schedule, 45% dos doentes com perturbação de pânico e agorafobia e 46% dos doentes com perturbação de pânico preenchiem os critérios para serem efectuados diagnósticos adicionais. Tanto num grupo (os com perturbação de pânico e agorafobia) como noutra (só com a perturbação de pânico) foi feito um segundo diagnóstico, mas nalguns doentes foram feitos 2, 3 e 4 diagnósticos complementares (Dinardo e Barlow, 1990 in Gouveia et al., 2004). Os diagnósticos secundários mais frequentes foram fobia simples, distímia, fobia social, perturbação obsessivo-compulsiva, perturbação da ansiedade generalizada e depressão major. Estes resultados foram semelhantes aos encontrados por Argyle e Roth (1989 in Gouveia et al.,2004), como mostra o quadro seguinte da co-morbilidade psíquica em 90 doentes com perturbação de pânico (Argyle e Roth, 1989 in Gouveia et al.,2004):

Diagnóstico	n.º	(%)
Perturbação da ansiedade generalizada	88	(97)
Agorafobia	56	(62)
Fobia Social	37	(41)
Episódio Depressão Major	35	(38)
Fobia Simples	24	(26)

A Regra para a perturbação de pânico com ou sem agorafobia, parece ser sempre a coexistência desta, com outras perturbações, sejam ansiosas (como a perturbação de ansiedade generalizada, agorafobia, fobias simples ou social) ou depressivas.

Em relação às perturbações de ansiedade, a perturbação de pânico pode ocorrer juntamente com todo o tipo de fobias, com a perturbação de ansiedade generalizada, com a perturbação obsessivo-compulsiva ou com a perturbação de pós-stress traumático.

Em 126 doentes com perturbação de pânico verificou-se co-morbilidade em 51% : com ansiedade generalizada 33%, com fobia social 14%, com depressão 13% (Brown, Antony e Barlow, 1995 in Gouveia et al., 2004). Um estudo verificou uma associação excessiva entre perturbação bipolar e perturbação de pânico; esse facto ocorre em 20,8% dos doentes bipolares, 10% nos unipolares e 0.8% no grupo de controlo normal (chen e Dilsaver, 1995 in Gouveia et al., 2004) esta hipótese levou a que os estudos genéticos que apontam para uma agregação familiar de comorbilidade genética e clínica entre perturbação bipolar e perturbação de pânico num subgrupo de doentes. Esse facto parece estar relacionado com uma alteração de um gene no braço longo do cromossoma 18 (18q) (Mackinnon et al., 1998 in Gouveia et al.,2004). Quanto à co-morbilidade entre esquizofrenia, ataques de pânico e perturbação de pânico, a maioria dos estudos encontra também uma associação significativa (Gouveia et al.,2004).

Num estudo relativo às características da personalidade, os doentes com perturbação de pânico não parecem distinguir-se dos doentes com perturbações depressivas. Contudo os dois tipos de doentes são diferentes dos sujeitos sem perturbação psiquiátrica. Quanto aos traços de personalidade avaliados, os doentes quer com pânico quer com depressão, diferiam dos normais de controlo no sentido de maior desajustamento da estabilidade emocional, oralidade, objectividade, confiança emocional noutra pessoa e sociabilidade. Este estudo parece indicar que não existe uma personalidade prévia específica ou predisponente para o desencadeamento da perturbação de pânico. Poderá sim existir uma personalidade que seja factor de vulnerabilidade para o desencadeamento das perturbações da ansiedade e depressivas (Reich et al.,1987 in Gouveia et al., 2004).

3.Comorbilidade da perturbação de pânico com doença física

A comorbilidade de pânico está associada a numerosos sintomas físicos, perturbações funcionais e doenças médicas (Zaubler e Katon, 1998 in Gouveia et al., 2004). a forma como estão ligados e relacionados os sintomas, perturbações funcionais e doenças é essencialmente uma incógnita.

Porém podemos supor uma posição chave do *locus coeruleus* entre os sintomas emocionais e afectivos, a tensão arterial, a pO₂, alguns aspectos funcionais do estômago, cólon e recto. Esta posição fundamental tem sido de grande interesse, tendo havido várias tentativas de colocar o *locus coeruleus* entre os sintomas psíquicos e a perturbação psíquica por um lado e os sintomas físicos e a doença física por outro (Walker et al., 1990 in Gouveia et al., 2004). Os dados apontam para o papel fundamental da amígdala, particularmente no seu núcleo central, que parece ser um verdadeiro centro psiconeuroendocrinológico. Este centro recebe aferências do córtex, tálamo, hipotálamo, hipocampo e ínsula, e envia eferências através do seu núcleo central para o núcleo parabraqueal, núcleo lateral do hipótalamo, núcleo paraventricular do hipótalamo, área cinzenta periaqueductal, *locus coeruleus*, córtex pré-frontal e hipocampo. Perante a percepção de perigo e ameaça, envia mensagens às diversas estruturas que medeiam as respostas fisiológicas e comportamentais (como se vê no quadro). Faz a modulação das funções vegetativas, como o controlo dos aparelhos respiratório, circulatório ou digestivo. Controla a actividade do factor de libertação de corticotrofina (CRF) que tem por função activar o eixo hipotálamo-hipofisário. Compreende-se cada vez melhor como as crises de pânico e a perturbação de pânico podem resultar e manter-se pela acção de situações médicas, sintomas ou doenças, através de círculos viciosos (Clark, 1988 in Gouveia et al., 2004).

4. Comorbilidade com perturbações cardiovasculares

A dor *anginosa atípica* (também conhecida por angina pectoris, é uma dor culturalmente associada à morte e ao sofrimento) é um dos mais complexos problemas que se podem encontrar nos doentes com perturbação de pânico. Um interessante estudo de Beitman e colaboradores (1978 in Gouveia et al., 2004) em doentes com dor anginosa atípica, revelou que quer havendo a doença coronária quer isso se não verificasse, em mais de 50% dos doentes foi diagnosticada a perturbação de pânico. Na clínica de *doença coronária*, após angiogramas com alterações, verifica-se que 5% a 23% dos doentes sofrem também de perturbação de pânico. Um dos maiores problemas na avaliação clínica dos doentes com sintomatologia cardíaca e perturbação de pânico prende-se com o facto de ser difícil o diagnóstico diferencial. Com frequência a doença cardíaca é subdiagnosticada, ou então o contrário, fazem-se demasiados ECG (ecocardiogramas), exames Holter ou angiogramas que nada acusam (Bridges e Goldberg, 1985 in Gouveia et al., 2004).

Os doentes com perturbação de pânico após controlo de variáveis, têm um excesso de mortalidade por doença cardíaca 2 a 3 vezes superior aos do grupo de controlo. Isto parece

dever-se ao facto dos pacientes de perturbação de pânico terem um tónus vagal diminuído, o que impede que a frequência cardíaca diminua durante a expiração, facilitando a ocorrência de arritmias ventriculares. Esta característica parece ser um marcador dos doentes de pânico (Zaubler e Katon, 1998 in Gouveia et al., 2004).

Em clínica médica as *palpitações* são um sintoma presente em 16% das pessoas (Kroenke et al., 1990 in Gouveia et al., 2004). Destas 31% sofrem de perturbação de pânico ou ataques de pânico (Weber e Kapoor, 1996 in Gouveia et al., 2004).

O prolapso da válvula mitral ocorre em 5 a 21% da população. As relações entre prolapso da válvula mitral e perturbação de pânico têm sido objecto do maior interesse. Uhlenhuth e colaboradores (1987 in Gouveia et al., 2004) relataram uma prevalência de 30 a 50% em várias séries de doentes com perturbação de pânico. Igualmente relacionaram pânico, prolapso da válvula mitral e doença autoimune da tiróide. Noutro estudo, 1,8% dos doentes com perturbação de pânico com ou sem agorafobia e em 1% dos dos controlos, diagnosticou-se prolapso de válvula mitral (Margraf et al., 1986 in Gouveia et al., 2004), porém as relações entre estas duas entidades não estão definitivamente esclarecidas.

A *cardiomiopatia idiopática*, que se apresenta com hipertrofia e dilatação do miocárdio, está associada à perturbação de pânico em 51% dos doentes (Kahn et al., 1987 in Gouveia et al., 2004) em 20% a 23% dos doentes com a perturbação de pânico foi encontrada cardiomiopatia subclínica.

Os doentes de perturbação pânico apresentam taxas de *hipertensão arterial* superiores aos doentes sem a perturbação de pânico (Gouveia et al., 2004)

5. Comorbilidade com perturbações digestivas

A *síndrome do cólon irritável*, caracterizada por períodos de diarreia, obstipação, e dor abdominal, mostrou estar fortemente associada a perturbação de pânico como confirmam estudos relatados por Gouveia et al. (2004). A diminuição do tónus vagal, alterações do controlo da musculatura lisa visceral de vários órgãos, por exemplo, a hipomotilidade do antro gástrico, alterações do ritmo cardíaco (inspiração/expiração) parecem estar ligadas e serem prognosticadas por alto neuroticismo, ansiedade e depressão (Haug et al., 1994 in Gouveia et al., 2004).

6. Comorbilidade com perturbações neurológicas

Os doentes com cefaleias são os mais bem estudados de todos os doentes. Em estudos de base populacional 15% das mulheres e 13% dos homens com cefaleias têm perturbação de pânico associada, como provaram alguns estudos em Gouveia e colaboradores (2004). Os doentes com enxaqueca mostraram ter 12 vezes mais probabilidades de desenvolver perturbação de pânico no ano seguinte ao diagnóstico da enxaqueca em comparação com controlos sem enxaqueca (Merikangas et al., 1990 in Gouveia et al., 2004). O estudo ECA mostrou que os indivíduos com história de perturbação de pânico tinham duas vezes mais probabilidades de ter um acidente vascular cerebral do que os outros doentes psiquiátricos ou sem história psiquiátrica (Weissman, 1990 in Gouveia et al., 2004).

Anexo IV

Genética da Perturbação de Pânico e da Ansiedade

1. Perturbação de Pânico

Barlow et al.(1994) e Smoller e Tsuang (1998 *in* OMIM <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/dispomim.cgi?id=167870>) apontam que devido aos critérios de diagnóstico serem meramente clínicos, a nosologia das perturbações de ansiedade, tais como a de pânico, é controversa e está em desenvolvimento. Por isso são difíceis os estudos genéticos devido à dificuldade em delinear fenótipos que se sobrepõem nos variados contextos das perturbações de ansiedade. Por exemplo pode haver sobreposições de diagnósticos de pânico com fobias específicas, associações variáveis do pânico com ansiedade ou depressão, ou fenocópias entre a família. Os termos “neurose de ansiedade” e “neurose fóbica” foram usados no passado (antes da edição do DSM-III em 1980) para abranger estes distúrbios. Smoller e Tsuang (1998 *in* OMIM [id=167870](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/dispomim.cgi?id=167870)) sugeriram que características dimensionais de personalidade, tais como timidez, inibição comportamental e neuroticismo, podem ser usadas para definir um fenótipo de ansiedade.

1.1Herança

Há evidências consideráveis de uma componente familiar para as perturbações de ansiedade em geral e para os ataques de pânico em particular. Noyes et al. (1978 *in* OMIM [id=167870](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/dispomim.cgi?id=167870)) reportou que o risco para “neurose de ansiedade” entre parentes de primeiro grau

com o distúrbio era de 18% enquanto que com os de grupo de controlo era de 3%. Pauls et al. (1980 in OMIM [id=167870](#)) analisaram 19 parentes consanguíneos com perturbação de pânico e concluiriam que a segregação sugeria herança autossómica dominante. Sete dos 19 parentes que foram analisados, tinham prolapso da válvula mitral conjuntamente com a perturbação de pânico. Mas a herança dominante autossómica foi igualmente confirmada pelos que não tinham o prolapso, os restantes 12 pedigrees.

Num estudo de gémeos adultos cujos pares eram do mesmo sexo, 32 monozigóticos (MZ) e de 53 dizigóticos (DZ), Torgersen (1983 in OMIM [id=167870](#)) descobriu que a frequência das perturbações de ansiedade era duas vezes maior nos MZ do que nos pares DZ. A Perturbação de Pânico e a Agorafobia com ataques de pânico eram cinco vezes mais frequentes nos gémeos MZ do que nos DZ. Os factores genéticos não eram aparentes para a Perturbação da Ansiedade Generalizada. Num estudo familiar de 40 pacientes com agorafobia e 40 pacientes com perturbação de pânico, Noyes et al. (1986 in OMIM [id=167870](#)) mostraram que o risco para a perturbação de pânico era maior entre parentes de pacientes com agorafobia (8.3%) e com os parentes de pacientes com a perturbação de pânico (17.3%). O risco de agorafobia era também maior entre parentes de pacientes com agorafobia (11.6%), mas não nos parentes de pacientes com perturbação de pânico era menor (1.9%). Nenhum grande risco para distúrbios afectivos foi encontrado entre os parentes. Os autores sugeriram que a agorafobia poderá ser uma variante mais severa da perturbação de pânico.

Num estudo genético familiar 117 indivíduos com o perturbação de pânico, Hopper et al (1987 in OMIM [id=167870](#)) descobriram que a presença de um parente ou irmão afectado pelo problema apresentava aproximadamente cinco vezes mais o risco de desenvolver a perturbação de pânico. Embora tenham notado que a agregação familiar era consistente com uma hipótese genética, sugeriram que também podia explicar-se pelos factores ambientais familiares em comum. Sket et al (1993 in OMIM [id=167870](#)) sugeriram uma contribuição genética na etiologia da perturbação de pânico, na perturbação de ansiedade generalizada e na perturbação de stress pós-traumático entre 20 pares de gémeos MZ e 29 DZ. Entre 120 pares de gémeos, Perna et al. (1997 in OMIM [id=167870](#)) encontraram uma significativamente mais alta concordância entre gémeos MZ do que entre DZ para a perturbação de pânico (73% vs 0%), mas não para os ataques de pânico espontâneos (57% vs 43%), confirmando assim o papel dos factores genéticos na perturbação de pânico. Noutro estudo genético familiar de 152 indivíduos com perturbação de pânico, Goldstein et al. (1997 in OMIM [id=167870](#)) concluiu que o risco para desenvolver perturbação de pânico em parentes adultos de primeiro grau desses indivíduos com incidência antes dos 20 anos ou depois dos 20 anos de idade era mais elevado 17 vezes e 6

vezes respectivamente. Os autores definiram assim que a idade para o aparecimento da perturbação podia ser útil no sentido de diferenciar subtipos familiares de perturbação de pânico.

Num outro estudo de 2,287 gémeos e irmãos australianos e 1,185 Holandeses, Middeldorp et al. (2005 in OMIM id=[167870](#)) encontraram uma correlação de 0,20 para a perturbação de ansiedade generalizada e 0,25 para a fobia social dando uma estimativa mais alta para possibilidade de herdar de 40% e 50% respectivamente. A correlação para a perturbação de pânico com ou sem agorafobia era de 0.23, sendo a estimativa da possibilidade hereditária de 46% só para irmãos do mesmo sexo, sugerindo diferentes factores familiares para homens e mulheres.

1.2.O Mapeamento

Tal como muitas outras características comportamentais complexas, a perturbação de pânico é possivelmente causado por uma interacção de múltiplos *loci*, do que por apenas um *loci*. Vários estudos genéticos foram realizados para identificar regiões de interesse específicas.

Num scan genómico de famílias com a perturbação de pânico, Knowles et al. (1998 in OMIM id=[167870](#)) identificaram um *locus* no cromossoma 7p15 que dava uma marcação de 1.71 no marcador D7S435 sob uma forma herança ressessiva autossómica. Crowe et al. (2001 in OMIM id=[167870](#)) também encontraram um potencial *locus* de susceptibilidade para a perturbação de pânico no 7p15 num scan genómico de 23 famílias. Usando uma abordagem alternativa Bayesiana para ligar análises baseadas em medições directas da probabilidade posterior de encadeamento (PPL), Logue et al. (2003 in OMIM id=[167870](#)) reanalisaram os dados e informação recolhida por Crowe et al. (2001 in OMIM id=[167870](#)). Reportaram provas muito mais claras para um locus da perturbação de pânico no cromossoma 7p (80% probabilidade de ligação ao marcador D7S521). Também havia a sugestão de um segundo locus no cromossoma 16 proximo do marcador D16S749. Hamilton et al.(2002 in OMIM id=[167870](#)) apresentaram evidências sugerindo um locus para a perturbação perto do gene COMT no cromossoma 22.

1.3.Perturbação de Pânico e o cromossoma 13q

Weissman et al. (2000 in OMIM id=[167870](#)) sugeriram que a perturbação associado com problemas da bexiga representará um subtipo da perturbação de pânico. Análises a esta ligação feitas em famílias afectadas com este fenótipo específico tiveram um 'score' máximo de 3.6 no marcador D13S779 no cromossoma 13q, quando o pânico era considerado como sendo o fenótipo afectado. Um valor de 4.2 foi obtido quando os indivíduos com um mais sintomas do

síndrome da bexiga, eram considerados os afectados. As 15 famílias neste estudo apenas com perturbação de pânico, tiveram 'scores' negativos nos mesmos locus.

O mesmo grupo (Hamilton et al., 2003 in OMIM id=[167870](#)) identificou 41 famílias adicionais cujos membros tinham a perturbação de pânico associado com o síndrome da bexiga. Ao usar métodos de locus isolados (single-locus) e métodos analíticos multi-direccionados, encontraram uma ligação significativa ao cromossoma 22 ('score' = 4.11 no D22S445) e no cromossoma 13q ('score' = 3.57 no D13S793) sob um modelo genético dominante e uma definição fenotípica vasta. As análises multi-direccionadas não confirmaram a observação no cromossoma 22. O encontrado no cromossoma 13 foi corroborado por várias observações, e extendido às observações anteriores em 19 famílias. Os resultados sugerem que há genes no cromossoma 13q, e possivelmente no cromossoma 22 também, que influenciam a susceptibilidade para este síndrome pleiotrópico.

1.4.Genética Molecular

Woo et al. (2002 in OMIM id=[167870](#)) estudaram 51 pacientes que apresentam os critérios do DSM-IV para a perturbação de pânico e 45 sujeitos saudáveis para comparação. Chegou-se à conclusão que a perturbação de pânico estava significativamente associado ao alelo met (38% vs 18%). Os pacientes com a perturbação que tinham um genótipo met/met tinham uma pior resposta ao tratamento do que aqueles com outros genótipos. Woo et al. (2002 in OMIM id=[167870](#)) concluiu que a actividade do gene COMT poderá estar relacionada com a susceptibilidade a perturbação de pânico assim como à resposta à medicação para o tratamento.

No entanto entre 108 pacientes japoneses com perturbações de ansiedade, entre os quais 29 com a de pânico, Ohara et al. (1998 in OMIM id=[167870](#)) não encontrou associação com o polimorfismo do COMT V158M.

1.5.Locus de susceptibilidade da perturbação de pânico associada ao cromossoma 9q

Para localizar genes que predisõem as perturbações de ansiedade, Thorgeirsson et al. (2003 in OMIM id=[607853](#)) usaram extensivos dados genealógicos e a relativa homogeneidade da população Islandesa, num estudo cujos participantes foram recrutados em duas fases: numa primeira, fez-se uma identificação através de um 'screening' da população de forma a encontrar perturbações de ansiedade, e depois, através um trabalho de diagnóstico mais detalhado encontrar ansiedade nos parentes próximos desses sujeitos. Usaram 976 marcadores de micro-satélite para fazer o genótipo de 62 famílias afectadas com ansiedade. A análise da ligação dos

afectados num conjunto de 25 famílias extendidas, nas quais pelo menos um dos indivíduos afectados tinha a perturbação de pânico, resultou num 'score' de 4.18 no marcador D9S271 no cromossoma 9q31. Thorgeirsson et al. (2003 in OMIM id=[607853](#)) concluíram que os resultados da ligação podem ser relevantes para a ansiedade em geral, e não apenas para a perturbação de pânico.

1.6.Locus de susceptibilidade da Perturbação de Pânico relacionada com o cromossoma 4q

Kaabi et al. (2006 in OMIM id=[609985](#)) conduziu um scan genómico autossómico de ligação 10-cM num conjunto de 19 pedigrees americanos determinado através de probands (indivíduos, cujos estudos familiares genéticos partem) com a perturbação de pânico. Várias perturbações de ansiedade, incluindo Fobia Social, Agorafobia e Fobia Simples, em associação com a Perturbação de Pânico segregado nestas famílias. Dada a substancial co-morbilidade entre as Perturbações de Ansiedade e a sua provável responsabilidade genética partilhada, Kaabi et al. (2006 in OMIM id=[609985](#)) propuseram uma nova abordagem que considera a perturbação de pânico, a fobia simples e a agorafobia como expressões da mesma característica genética multi-variável. Usando o método Haseman-Elston, identificaram a região no cromossoma 4q31-q34 no marcador D4S413 que mostrou fortes evidências de ligação. A mesma ligação é o sítio de um gene receptor de neuropeptídeo Y, NPY1R, o qual está relacionado funcionalmente com a neurotransmissão relacionada com a ansiedade, e que esteve também relacionado com estudos sobre os efeitos de ansiolíticos em ratos (Sorensen et al., 2004 in OMIM id=[609985](#)). A descoberta desta ligação era consistente com, mas de uma forma mais firme, resultados previamente reportados e foi considerada promissora devido ao papel funcional desempenhado pelo NPY (Heilig et al., 1989 in OMIM id=[609985](#)) e, por consequência, o seu papel em modelar a ansiedade. Kaabi et al. (2006 in OMIM id=[609985](#)) apoiam a noção de que a maioria das perturbações de ansiedade, são características complexas que partilham pelo menos um locus de susceptibilidade.

2.Ansiedade

A personalidade humana é formada por factores genéticos e por factores ambientais, e evidências sugerem que essa componente genética é altamente complexa, poligénica e epistática. Pensa-se que os factores genéticos contribuem entre 40 a 60% para a variância dos traços de personalidade. A Genética Molecular tentou identificar genes específicos para traços

quantitativos, chamados de *loci* de traços quantitativos (do inglês QTLs). O conceito de QTL sugere que características ou dimensões de personalidade complexas não são atribuíveis a genes individuais e únicos, mas antes a múltiplos genes interactuantes (Reif and Lesch, 2003 in OMIM id=607834).

Fullerton et al. (2003 in OMIM id=607834) afirma que os psicólogos estão de acordo no que diz respeito à grande variação nas personalidades humanas poder ser explicada por um pequeno número de factores de personalidade, que incluem o neuroticismo (uma medida de estabilidade emocional), que se manifesta no seu extremo como ansiedade, depressão, melancolia, tristeza, baixa autoestima e difidência. Citam um número de estudos que descrevem a relação entre altos graus de neuroticismo e perturbação depressiva major. Também concluíram que os estudos teóricos sugerem que, grandes amostras de parentescos determinados ao acaso podiam ser usados para determinar fenótipicamente indivíduos susceptíveis, e assim aumentar o poder para detectar ligações genéticas em traços complexos de personalidade.

2.1. Mapeamento

Fullerton et al. (2003 in OMIM id=607834) reportaram um teste de ligação genética, usando 182 pares de parentes (sibs) extremamente discordantes e 379 pares altamente concordantes, retirados de 34,580 pares da zona Sudoeste de Inglaterra, e que completaram um questionário de personalidade. Eles realizaram um teste genómico para QTLs (*loci* de traços quantitativos) que influenciavam a variação no neuroticismo e encontraram 5 *loci* que vão de encontro em excedem a significância mínima de 3.8 (logaritmo negativo do valor de P) nos cromossomas 1q, 4q,7p, 12q e 13q. Os QTLs nos cromossomas 1, 12 e 13 pensa-se serem específicos do sexo feminino. O locus no cromossoma 1 era sinténico com o QTL de um rato emocionalmente influenciável, um modelo de neuroticismo, sugerindo assim que alguns QTLs animais e humanos que influenciam a estabilidade emocional possam ser homólogos.

Cloninger et al. (1998 in OMIM id=607834) realizou um teste genómico em 758 pares com parentesco (sibs, do inglês) em 117 famílias nucleares de alcoólicos. Os traços de personalidade foram acedidos ao usar o Questionário de Personalidade Tridimensional (TPQ). Uma ligação significativa entre a medida de propensão à ansiedade, chamada de evitação do mal ou dano (do inglês harm avoidance), e, o locus no cromossoma 8p23-p21, explicavam 38% da variância desta característica. Também havia significativa evidência de epistasia entre o locus no 8p e outros locus no cromossoma 18p, 20p, e 21q; estas interações explicaram na sua maioria a variância de “harm avoidance”.

Em 384 pares de parentesco (sibs) recrutados da população em geral, Zohar et al. (2003 in OMIM id=[607834](#)) encontrou ligação entre “harm avoidance”, tal como no TPQ, e, um locus no cromossoma 8p23-p21. A pontuação nos marcadores aumentava cerca de 2.9, quando se considerava apenas o sexo feminino.

Nash et al. (2004 in OMIM id=[607834](#)) exploraram variantes genéticas para a susceptibilidade para a depressão e para a ansiedade numa grande amostra baseada numa comunidade de 34,371 indivíduos. Um index compositivo de susceptibilidade (G) foi construído e usado para seleccionar uma amostra mais pequena mas estatisticamente mais fiável para recolha de DNA (757 indivíduos, 297 'sibships'). Estes indivíduos foram genotipados com mais de 400 marcadores de micro-satélite. A análise de ligação revelou 2 potenciais loci de traços quantitativos (QTL) : um no cromossoma 1p (lod = 2.2) cerca de 64cM perto do D1S2892 e outro no cromossoma 6p (lod = 2.7) cerca de 47cM perto do D6S1610. Os autores concluíram posteriormente, que estes QTLs poderiam ter efeitos limitativos quanto ao sexo.

Neale et al. (2005 in OMIM id=[607834](#)) analisaram genoma para estudar o neuroticismo numa amostra de 129 famílias de pares de parentesco (sib pair) contendo um total de 201 possíveis pares de parentesco, determinados para se chegar a concordância quanto à dependência de nicotina. O estudo replicou picos de neuroticismo descritos por estudos prévios nos cromossomas 1q (137 cM) com lod scores de 2.52 e 1.97 (p=0.003 e 0.0014, assim como evidências para um novo achado no cromossoma 12(45.5 cM) com lod score de 2.85 (p = 0.0014).

2.2. Genética Molecular - Transportador de Serotonina

O transporte de serotonina está implicado na ansiedade nos modelos humanos assim como animais e é o sítio de acção dos vários antidepressivos e ansiolíticos. Lesch et al. (1996 in OMIM id=[607834](#)) descobriu que a transcrição do gene que codifica o transportador de serotonina, é modelado por um polimorfismo comum na sua região regulatória. Descobriram que a pequena variante do polimorfismo, designada de 5-HTTLPR, reduz a eficiência de transcrição do gene que o promove (SLC6A4), o que resulta na baixa expressão do transportador de serotonina, e da absorção reduzida da mesma nos linfoblastos.

Em estudos de familiares de dois grupos recolhidos independentemente (505 sujeitos no total), Lesch et al. (1996 in OMIM id=[607834](#)) descobriu que o neuroticismo (o factor de personalidade composto por subfactores de ansiedade e subfactores relacionados com a depressão) era significativamente associado com o promotor de polimorfismo SLC6A4. O

Polimorfismo estava também associado com traços relacionados com a ansiedade, incluindo tensão, desconfiança e 'harm avoidance', em 2 outros modelos de personalidade acecidos. Lesch et al. (1996 in OMIM id=[607834](#)) determinou que o polimorfismo causa 3 a 4% da variação total, e 7 a 9% da variância das características de personalidade relacionadas com a ansiedade, herdadas. Os autores concluem que, poderão existir mais 15 genes envolvidos.

Mazzanti et al. (1998 in OMIM id=[607834](#)) encontrou uma relação entre o promotor de polimorfismo SLC6A4 e 2 subdimensões relacionadas com a ansiedade de 'harm avoidance' em pares de parentesco, mas não encontrou associação entre o polimorfismo e 'harm avoidance' em outros. Entre 759 indivíduos, Jorm et al. (1998 in OMIM id=[607834](#)) não encontrou associação entre polimorfismo e traços de personalidade, que incluem neuroticismo, ansiedade, depressão e alcoolismo. Em 14 pares do mesmo sexo, Osher et al. (2000 in OMIM id=[607834](#)) encontrou uma associação entre 5-HTTLPR e 'harm avoidance' e neuroticismo. A análise de ligação de pares de parentesco mais tarde suportou o papel do polimorfismo nos traços de personalidade relacionados com a ansiedade.

Para arranjar medidas estatísticas para a força da relação entre fomentadores (grandes ou pequenos) de polimorfismo do gene transportador de serotonina e de traços de ansiedade, Schinka et al. (2004 in OMIM id=[607834](#)) conduziram uma meta-análise de 26 estudos de vários grupos étnicos. Os resultados não concluíram suporte para a relação entre ansiedade e a presença de uma forma pequena do fomentador de polimorfismo; contudo, houve forte evidência para a presença de variáveis moderadoras, e análises subsequentes revelaram que a escolha da medida para o traço de ansiedade era significativa. Estudos usando a escala de neuroticismo baseada no modelo de 5 factores de personalidade, mostrou que produzia um pequeno efeito positivo.

Savitz and Ramesar (2004 in OMIM id=[607834](#)) reviram a questão de que os alelos do transportador de serotonina e que o impacto dos genes DRD4 influenciavam as variações na personalidade. Argumentaram a existência de um efeito genuíno: a relação gene-personalidade capitulada periodicamente através de epistasia genética, interações gene-ambiente, variação no background genético e a presença de outras variáveis.

Sen et al. (2004 in OMIM id=[607834](#)) concluiu que pelo menos 26 estudos investigaram a associação putativa entre o transportador funcional de serotonina fomentador de polimorfismo 5-HTTLPR, e, os traços de personalidade relacionados com a ansiedade, mas com resultados inconsistentes. Conduziram uma meta-análise destes estudos, que incluíam 5,629 indivíduos, e encontraram evidências sugestivas para uma associação entre o alelo pequeno (S) e os

significativos 'scores' de traços de personalidade relacionados com a ansiedade ($p = 0.087$). A análise de heterogeneidade revelou que uma variação substancial era introduzida pelos inventários usados; quando as análises eram estratificadas pelo tipo inventário, havia significativa associação entre 5-HTTLPR e neuroticismo, tal como este é medido pelo inventário de personalidade NEO ($p = 0.000016$), o que não acontecia quando se usavam outras escalas. Sen et al. (2004 in OMIM id=[607834](#)) concluíram que há uma forte associação entre a variante do fomentador de transportador de serotonina e o neuroticismo, e que as não-replicações se devem em grande parte ao pequeno tamanho da amostra e ao uso de diferentes inventários.

Nash et al. (2005 in OMIM id=[607834](#)) concluíram que a susceptibilidade genética para a depressão e para a ansiedade, se sobrepõe em ambas e é também dimensional. Para compreender esta susceptibilidade genética comum, criaram um fenótipo quantitativo a partir de várias medidas relacionadas com a depressão e ansiedade. A partir de uma amostra de 34,371 indivíduos, seleccionados por terem altas marcações no que diz respeito a esta característica. Um estudo baseado num gene candidato, examinaram 5 marcadores micro-satélite localizados entre, ou próximos de cinco genes que codificam sistemas serotoninogénicos, que são os HTR2C, HTR1D, HTR1B, TPH1 e MAOB. A análise estatística usando TDT quantitativo acusou significativa associação com um micro-satélite a jusante do TPH1. Quando análises posteriores incluíram um compósito de acontecimentos de vida como uma co-variável, uma associação ainda mais forte com o TPH1 foi observada.

Consultas da OMIM:

Black, J. L. et al, Phobia, Specific, In OMIM, Internet, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/dispomim.cgi?id=608251> revisto em 2004, consultado em 08/02/08

McKusick, V. A. et al., *Panic Disorder 1; PAND1* In OMIM, Internet, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/dispomim.cgi?id=167870> revisto em 2006, consultado em 08/02/08

McKusick, V. A. et al., *Panic Disorder 2*, In OMIM, Internet, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/dispomim.cgi?id=607853> revisto em 2005, consultado em 08/02/08

McKusick, V. A. et al., *Panic Disorder 3*, In OMIM, Internet, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/dispomim.cgi?id=609985> revisto em 2007, consultado em 08/02/08

McKusick, V. A. et al., *Neuroticism, anxiety included*, In OMIM, Internet, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/dispomim.cgi?id=607834> revisto em 2007, consultado em 08/02/08

Breve História Clínica da Ansiedade e Pânico

De uma forma mais geral, todos os cenários clínicos, são abstrações altamente selectivas de realidades pré-existentes sociais, psicológicas e culturais, as perturbações de ansiedade e pânico não são excepção. Embora as neuroses de ansiedade e distúrbios de pânico sejam arrivas comparativamente a outras nosologias clínico-psiquiátricas, tanto a ansiedade como o pânico figuraram proeminentemente em narrativas tanto históricas como de ficção, enquanto que num campo muito mais estreito como o da psiquiatria, a ansiedade e o pânico fizeram parte da sintomatologia de uma variedade de condições comuns tais como melancolia, hipocondria, neurastenia e distúrbios obsessivos, muito antes de Freud ou qualquer outro terem proposto a criação de distintas neuroses de ansiedade ou distúrbios de pânico (Oppenheim, 1991 in Clark, 1995). Desde os tempos bíblicos, testemunhas e outras explicações quase documentais dos efeitos psicológicos da guerra, de pragas ou da fome continham muitas descrições de ansiedade aguda e de estados de pânico. Muitos destes episódios, eram reacções individuais ao stress prolongado ou ao descrito medo de morte iminente, acessos violentos de histeria em massa e pânico na forma epidémica, como manias, tarantismo, auto-flagelação e outras práticas que acompanhavam frequentemente revoltas religiosas, políticas, económicas e sociais na Europa pré-moderna e medieval (Rosen, 1962 in Clark, 1995). Embora um dos aspectos constantes da vida da maioria, numa época de quase incessante guerra, pragas e fome, a ansiedade a nível individual não tinha a proeminência, ou a preocupação que ela tem hoje na era moderna. A ansiedade continuou a ser tanto um assunto de teólogos e moralistas assim como dos médicos, e algumas das suas expressões mais características podem ser encontradas nas artes e literatura do período, mais do que na medicina. No século XVIII, e coincidindo com as chamadas "queixas nervosas", especialmente a hipocondria e a histeria, a ansiedade aguda e crónica começaram a ter um papel cada vez mais proeminente na sintomatologia burguesa dos distúrbios mentais e nervosos, ao passo que as ansiedades individuais, as quais inicialmente pertenciam aos cuidados dos confessionários e teólogos morais e pastorais, tornou-se cada vez mais como fazendo parte dos médicos com responsabilidades psicológicas. Com o advento da industrialização e o aparecimento dos governos dos estados fortemente nacionalistas, muitas das tradicionais causas da ansiedade aguda e do pânico começaram a retroceder, mas na opinião de muitos observadores, o efeito do aparecimento da sociedade industrial, foi criar novas ambições e paixões e multiplicar muitos dos casos de ansiedade a nível individual, de tal forma que, como observou Theodore Zeldin, em referência ao fim do século XIX e princípios do século XX em França, o termo "Era do Progresso" podia também ser chamado de "Era do Medo", o que pode ser traduzido em "Era da Ansiedade" (Zeldin, 1977/81 in Clark, 1995). Zeldin sugere que, pode

ser que como certos perigos à vida mais sérios e imediatos diminuíram, os homens passaram a ter mais tempo de lazer para se preocuparem com os menos imediatos. A ansiedade, certamente adquiriu durante este período, um carácter mais médico, social e cultural. Como nota Clark (1995), durante a segunda metade do século XIX, os neurologistas e psiquiatras assim como cirurgiões certificados, foram forçados a lidar com um número crescente de casos de *neurastenia traumática*, nas grandes nações industrializadas, na qual as expectativas ansiosas de incapacidade, mesmo sem danos físicos, tornaram-se justificáveis. Com a viragem do século, neurologistas e psiquiatras como Freud, Beard e Janet, não só atribuíram importantes papéis à ansiedade enquanto geradora de neurastenia, de "neuroses de ansiedade" e "psicastenia"; estas e seus respectivos conceitos de doença tornaram-se representativos arquétipos das suas sociedades e culturas respectivas, interpretando os males dos seus pacientes como simbólicos e sintomáticos deste tipo de sociedade em geral. Nas primeiras décadas do novo século, a condição de guerra estava prestes a entrar num processo similar de transformação cultural, tornando-se o soldado um poderoso símbolo do estado destruído e exausto da civilização ocidental como um todo, como resultado da Primeira Guerra Mundial (Showalter, 1985/87 in Clark, 1995) A Ansiedade e Pânico são trazidas juntas para a fábrica da história e da cultura, e embora o seu reconhecimento clínico e elevação a duas "doenças" ou síndromes psiquiátricos distintos seja historicamente significativo, qualquer pesquisa histórica cujos termos de referência estejam limitados à clássica designação de "neurose de ansiedade" e "perturbação de pânico" está em perigo de perder muito do seu interesse e importância para a história da psiquiatria no sentido mais alargado, assim como a história da sociedade e da cultura. Na segunda década do século XIX, formas graves de ansiedade foram incluídas com as insanidades, mas a visão que predominou foi a de que a ansiedade era uma forma de stress social e uma potencial causa para a insanidade (Berrios & Link, 1995). Nas próximas décadas, os sintomas somáticos foram repetidamente considerados como doenças separadas, por exemplo os ataques de pânico típicos foram considerados por Krishaber como resultantes de patologias cardiovasculares, e por Benedikt como resultante da doença do ouvido interno. Foi neste contexto que o conceito de agorafobia foi desenvolvido por Benedikt, Westphal, Cordes e du Saulle (in Berrios & Link, 1995). Em 1980, Brissaud (in Berrios & Link, 1995) propôs que a ansiedade generalizada e o ataque de pânico (*angoisse*) eram sintomas separados. Por uns tempos, uns acreditavam que todos os sintomas de ansiedade faziam parte da neurastenia, a nova doença que durante a década de 1880 ameaçou deitar num abismo a maior parte das neuroses. Em 1895, Freud propõe que a neurose de ansiedade, necessita ser separada da neurastenia e ser considerada como uma doença independente; e também afirma que fobias e obsessões eram diferentes categorias. Em 1902, Hartenberg apresenta ambos os conceitos de perturbação de pânico (que vai ser confirmado mais tarde por

Heckel) (Berrios & Link, 1995). Contudo o poder integrativo da visão Freudiana tendeu a predominar, e todos as formas de sintomas foram juntos debaixo do constructo "ansiedade" e em 1920, já não era um sintoma mas tornara-se um explicação completa. Enquanto a história das neuroses, da hipocondria e do distúrbio obsessivo-compulsivo em particular, receberam atenção histórica, a evolução do que hoje em dia é conhecido como "perturbação de pânico" tem sido negligenciado. Isto pode dever-se à sua relativa novidade, ou ao facto de os modelos históricos usados para definir as *perturbações nervosas* tradicionais serem inapropriados para as *novas neuroses* como a do pânico. Isto não quer dizer que os sintomas individuais agora incluídos sob a categoria de *perturbações de ansiedade* sejam novos. De facto têm sido observados desde tempos imemoriais. A única diferença é que dantes seriam apresentados sob diferentes designações psicossociais. A noção de que estes sintomas poderiam ser uma manifestação do constructo chamado "ansiedade" era nova, pelo menos até à Psiquiatria pré-Freudiana. Tais sintomas podiam ser encontrados em diagnósticos tão díspares como os cardiovasculares, do ouvido interno, gastrointestinais ou da neurologia. Basicamente, cada sintoma foi acreditado e tratado como sendo uma queixa física real. Outros sintomas subjectivos podiam apresentar-se como doenças físicas como epilepsia do lobo temporal. Se os sintomas subjectivos são mais ou menos contínuos são chamados de perturbação de ansiedade generalizada, se forem paroxísticos são designados de ataque de pânico, o qual normalmente é espontâneo, e quando são despelotados por um estímulo concreto (alturas, aranhas, ou sair de casa) são designados de fobias dependentes do nome do estímulo. A corrente visão de que as "crises de ansiedade" ou da "perturbação de pânico" constituem uma doença separada é muito nova. Desde o início do século XX, tais ataques têm sido considerados como parte da neurose de ansiedade, antes disso eram associados a condições como a neurastenia e psicastenia, ou até antes como cardiovasculares (Krishaber, 1873 in Berrios e Link, 1995) ou distúrbios do ouvido interno (Benedikt, 1870 in Berrios e Link, 1995). Portanto a ansiedade perseguiu através dos últimos cem anos de história médica, uma galeria imensa de nosologias clínicas que se revelaram erradas, muitas delas mais somáticas que psicológicas, incluindo "coração irritável", síndrome Dacosta, "coração de soldado", neurose cardíaca, "síndrome do esforço" e ataque de pânico (Nemiah, 1985 in Clark). Mas já em de 1895 Freud descreveu uma condição clínica especial, na qual persistentes e severas "expectativas ansiosas" ou "ansiedade neurótica" foram encontradas em conjunto com uma variedade complexa de sintomas físicos, incluindo perturbações cardíacas e respiratórias, tremores, suores, hiperestesia auditiva, parastesia, terrores nocturnos, insónias e irritabilidade, e argumentou fortemente em ambos os campos etiológico e clínico para separar este síndrome da neurastenia, por um lado, e da histeria por outro. Ainda hoje as suas descrições do síndrome continuam uma referência para os clínicos, e a sua influência pode ser discernida

na descrição das "Perturbações de Ansiedade" e de "Perturbação de Pânico" do DSM-IV TR⁴² (American Psychiatric Association, 2002). A ansiedade em particular, tornou-se cada vez mais associada à depressão, e aos diversos graus de sobreposição entre o diagnóstico de perturbações da ansiedade e aos de depressão revelados por vários estudos clínicos e epidemiológicos, o que levantou questões sobre a validade da separação tanto da ansiedade, como da perturbação de pânico, em relação à depressão.

⁴² Ver anexo 1

Bibliografia

- Almeida, M.V. 1996. Antropologia do Corpo e da Incorporação. In Almeida, M.V. (ed.) *Corpo Presente*. Oeiras, Celta: 1-22.
- American Psychiatric Association. 2002. *DSM-IV-TR Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, 4ª edição, Lisboa, Climepsi Editores
- Barlow, D.H. 2002. *Anxiety and Its disorders: The Nature and treatment of Anxiety and Panic*. New York, Guilford Press.
- Barlow, D.H. 2009. Foreward. In Hinton, D.E.; Good, B.J. (eds). *Culture and Panic Disorder*. Stanford, California, Standford University Press: xiii-xvi
- Baron-Cohen, S. 1997a. *The Maladapted Mind, classic readings in evolutionary psychopathology*. Hove and New York, Psychology Press.
- Baron-Cohen, S. 1997b. Preface: Why Evolutionary Psychopathology. In Baron-Cohen, S. 1997. *The Maladapted Mind, classic readings in evolutionary psychopathology*. Hove and New York, Psychology Press: ix-xiii.
- Becker, G. 2004. Phenomenology of Health and Illness. In Ember, C.R.; Ember, M. *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*. Springer: 125-136
- Berrios, G. E.; Link, C. 1995, Anxiety Disorders-Clinical Section. In Berrios, G. E.; Porter, R. *A History of Clinical Psychiatry: The Origin and History of Psychiatric Disorders*, New York University Press
- Bruner, E., 1986. Experience and its expressions. In: Turner, V.; Bruner, E. (eds). *The Anthropology of Experience*. Chicago, University of Illinois Press: 3-30.
- Clark, M. J. 1995. Anxiety Disorders- Social Section. In Berrios, G. E.; Porter, R. *A History of Clinical Psychiatry: The Origin and History of Psychiatric Disorders*, New York University Press
- Denzin, N.; Lincoln, Y. 2000. *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, SAGE
- Faubion, J.D.; Marcus, G.E. 2009. *Fieldwork is not what it used to be: Learning Anthropology's Method in a Time of Transition*. Ithaca and New York, Cornell University Press
- Faubion, J. D. 2009. The Ethics of Fieldwork as an Ethics of Connectivity, or the Good Anthropologist (isn't what she used to be). In Faubion, J.D.; Marcus, G.E. 2004.

Fieldwork is not what it used to be: Learning Anthropology's Method in a Time of Transition. Ithaca and New York, Cornell University Press: 145-166.

- Foucault, M. 1975. *The Birth of the Clinic: An Archeology of Medical Perception.* New York, Vintage Books
- Foucault, M. 1978. *The History of Sexuality, Volume I.* New York, Vintage Books.
- Franklin, S. 1995. Science as Culture, Cultures of Science. *Annual Review of Anthropology*, 24: 163-84
- Furedi, F. 2004. *Therapy Culture: Cultivating vulnerability in an uncertain age.* London and New York, Routledge.
- Geertz, C. 1973. *The Interpretation of Cultures.* New York, Basic Books.
- Giddens, A., 1991, *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the late Modern Age.* Cambridge: Polity Press.
- Good, B. J. 1994. *Medicine, rationality and experience.* Cambridge: Cambridge University Press.
- Good, B.J.; Hinton, D.E. 2009. Introduction: Panic Disorder in Cross-Cultural and Historical Perspective. In Hinton, D.E.; Good, B.J. (eds). *Culture and Panic Disorder.* Stanford, California, Stanford University Press: 1-31.
- Gluckman, P.; Hanson, M. 2006. *Mismatch: Why our world no longer fits our bodies.* New York, Oxford University Press.
- Gouveia, J.A.P.; Carvalho, S.; Fonseca, L. 2004. *Pânico. Da Compreensão ao Tratamento.* Lisboa, Climepsi Editores.
- Groleau, D.; Young, A.; Kirmayer, L. J. 2006. The McGill Illness Narrative Interview (MINI): An Interview Schedule to Elicit Meanings and Modes of Reasoning Related to Illness Experience. *Transcultural Psychiatry*, 43(4): 671–691.
- Hahn, R. A. 1983. Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and Directions. *Annual Review of Anthropology*, 12: 305-333
- Hahn, R. 1995. *Sickness and Healing: An anthropological perspective.* Ann Arbor, University of Michigan Press
- Haraway, D. 1991. *Simians, Cyborgs and Women: The reinvention of Nature.* New York, Routledge.
- Hinton, D.E.; Good, B.J. (eds). 2009a. *Culture and Panic Disorder.* Stanford, California, Stanford University Press.

- Hinton, D.E.; Good, B.J. 2009b. A Medical Anthropology of Panic Sensations: Ten analytic Perspectives. In Hinton, D.E.; Good, B.J. (eds). *Culture and Panic Disorder*. Stanford, California, Stanford University Press: 57-81.
- Jackson, M. 1989. *Paths towards a clearing: Radical Empiricism and Ethnographic Inquiry*. Bloomington, Indiana University Press.
- Jameson, F. 1997. *Postmodernism or the cultural logic of late Capitalism. Post Contemporary Interventions*. Durham, Duke University Press.
- Kirmayer, L.J.; Blake, C. 2009. Theoretical Perspectives on the cross-cultural study of Panic Disorder. In Hinton, D.E.; Good, B.J. (eds). *Culture and Panic Disorder*. Stanford, California, Stanford University Press: 31-56.
- Kleinman, A. 1988a. *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human condition*. New York, Basic Books.
- Kleinman, A. 1988b. *Rethinking Psychiatry- From Cultural Category to Personal Experience*. New York, The Free Press.
- Kleinman, A.; Kleinman, J. 1991. Suffering and its professional transformation: towards an ethnography of interpersonal experience. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15: 275-301
- Kleinman, A.; Good, B. 1985. *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. Berkeley, University of California Press
- Lambert, H. 1996. Medical Anthropology. In Barnard, A.; Spencer, J. (eds.). *Encyclopedia of Social and Cultural Anthropology*. London and New York, Routledge: 358-361
- Lévi-Strauss, C. 1963. The Sorcerer and his magic and the effectiveness of symbols. In: Lévi-Strauss, C. *Structural Anthropology*. New York, Basic Books: 167-205
- Lipovetsky, G. 1983. *A Era do Vazio: Ensaio sobre o individualismo contemporâneo*. Lisboa, Relógio de Água.
- Littlewood, R. 1997. Agency and its vicissitudes: The pathologies of the future. *Transcultural Psychiatry*, 34 (1): 78-90
- Loewe, R. 2004. Illness Narratives. In Ember, C.R.; Ember, M. *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*. Springer: 42-49.
- Marcus, G.E. 2009. Introduction: Notes toward an Ethnographic Memoir of Supervising Graduate Research through Anthropology's Decades of Transformation. In Faubion,

- J.D.; Marcus, G.E. (eds). *Fieldwork is not what it used to be: Learning Anthropology's Method in a Time of Transition*. Ithaca and New York, Cornell University Press: 1-32.
- Marks, I.; Nesse, R. 1997. Fear and Fitness: An evolutionary analysis of anxiety disorders. In Baron-Cohen, S. (eds) *The Maladapted Mind, classic readings in evolutionary psychopathology*. Hove and New York, Psychology Press: 57-72
 - McElroy, A. 2004. Evolutionary and Ecological Perspectives. In Ember, C.R.; Ember, M. *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*. Springer: 31-37
 - McGuire, M; Marks, I.; Nesse, R.; Troisi, A. 1997. Evolutionary Biology: A Basic Science for Psychiatry? In Baron-Cohen, S. (ed) *The Maladapted Mind, classic readings in evolutionary psychopathology*. Hove and New York, Psychology Press: 23-38.
 - Mol, A. 2002. *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham and London, Duke University Press.
 - Monks, J.; Frankenberg, R. 1995. Being ill and being me: self, body, and time in multiple sclerosis narratives. In: Whyte, S.; Ingstad, B. (eds). *Disability and Culture*. Berkley, University of California Press: 107-134
 - Nesse, R. 1997. An evolutionary perspective on panic disorder and agoraphobia. In Baron-Cohen, S. (ed) *The Maladapted Mind, classic readings in evolutionary psychopathology*. Hove and New York, Psychology Press: 73-84
 - Nesse, R. 1999. Testing evolutionary hypotheses about mental disorders. In S. Stearns (Ed.), *Evolution in Health and Disease*. New York, Oxford University Press
 - Nesse, R.; Williams, G. 1997. Are Mental Disorders Diseases? In Baron-Cohen, S. 1997. *The Maladapted Mind, classic readings in evolutionary psychopathology*. Hove and New York, Psychology Press: 1-22.
 - Orr, J. 2006. *Panic Diaries: A Genealogy of Panic Disorder*. Durham and London, Duke University Press.
 - Quartilho, M. 2001. *Cultura, Medicina e Psiquiatria: Do sintoma à experiência*. Coimbra, Quarteto.
 - Sacks, O. 1990 (1985). *O Homem que Confundiu a Mulher com um Chapéu*. Lisboa, Relógio de Água.
 - Singer, M. 2004. Critical Medical Anthropology. In Ember, C.R.; Ember, M. *Encyclopedia of Medical Anthropology: Health and Illness in the World's Cultures*. Springer: 23-31

- Schepper-Hughes, N.; Lock, M. 1987. The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1 (1): 6-41
- Turner, Edward e Bruner, Edward, 1986, *The Anthropology of Experience*. Chicago: University of Illinois Press