

DA TEORIA A PRÁTICA: MANEJO DE UM CASO CLÍNICO DE FOBIA

Prof.^a Dr.^a Kathy Amorim Marcondes

Nessa III Jornada Junguiana ficamos muito contentes de podermos compartilhar com outros profissionais a satisfação de debater a psicologia clínica na modernidade e, dessa forma, quem sabe contribuir para a formação dos jovens terapeutas. Congratulamos os organizadores dessa reunião tão profícua! Agradecemos, por nossa vez, o convite para trazer um estudo de um caso clínico de fobia.

Nossa abordagem é caracterizada/adjetivada de “junguiana”. Lembremos que é comum nas ciências que aqueles investigadores que se dedicam e constroem modelos teóricos passem a fornecer uma espécie de “escola” ou “tendência” que as gerações muitas vezes petrificam como arcabouços teóricos definitivos e fechados quando, o próprio pesquisador, originalmente, jamais concebeu sua teoria como um modelo intransigente e pronto. Ao contrário, frequentemente pensadores esperam e estimulam continuidades, rompimentos e aperfeiçoamentos, mas acabam historicamente aprisionados na nomenclatura de seu próprio nome como um pensamento acabado sobre o mundo.

Particularmente nós, que estudamos Jung, o vemos fazer, sistematicamente, em seus próprios textos, menções aos seus fundamentos filosóficos e teóricos anteriores aos seus e aos seus contemporâneos. Jung estudava seus pares, absorvia e criticava a partir de seu próprio ponto de vista e isso pode nos deixar seguros que, ao construir seu modelo teórico, estava aberto a todas as contribuições que a cultura consolidara para que ele estudasse, vindo do passado, mas também as que lhe eram simultâneas no tempo.

Jung não só citava outras “escolas” (como convencionamos atualmente chamá-las), admitia-lhes as contribuições, como também apontava partes de suas inquietações para as quais só o tempo traria mais pesquisas para compreender e elucidar. “Um homem em diálogo com seu tempo” nos parece uma boa definição desse grande estudioso, pesquisador resolutivo, observador e metódico na formulação de hipóteses de trabalho clínico. Então, numa jornada junguiana, apresentar sobre as formas de manejo clínico da fobia, por meio da análise de um caso clínico, é também procurar – no nosso tempo – perceber todos os

materiais disponíveis para elucidar nosso caso e garantir nossa adequada postura terapêutica. Iniciemos com a etimologia da palavra fobia, do grego *phóbos*, ou seja, medo. Mas a fobia não é um medo qualquer, mas um medo terrível, imenso e com consequências desastrosas na vida de quem o possui. “[...] esta instância da nosografia psiquiátrica já consta na lista das categorias médicas que fazem parte do uso corrente da língua e da linguagem popular” (MAGALHAES, 1997, p. 151).

A linguagem já popularizou o termo fobia e é comum que as pessoas associem essa nomenclatura a um medo devastador. Até aqui há uma coincidência entre a compreensão leiga e a compreensão científica (aquela que deve ter o psicólogo psicoterapeuta): uma fobia é um medo especial, incomensurável e perturbador da ordem interna. Mas, daí para frente, é preciso conhecer os domínios da linguagem leiga e da linguagem científica para que saibamos a que nos referimos no âmbito clínico quando nomeamos ou diagnosticamos um caso como “fobia”.

Há mais de 375 diferentes terminologias com o sufixo “-fobia” designando o entendimento das mais diversas formas de medo perceptíveis e discerníveis. Esses nomes complicados sempre se tornam socialmente engraçados e, não raro, os pacientes já chegam se autodenominando com essa nomenclatura leiga, correta – do ponto de vista da linguagem –, mas imprecisa ao nível do diagnóstico e do laudo psicológico. Assim, dizer ablutofobia (medo de tomar banho), aeroacrofobia (medo de lugares abertos e altos), aerofobia (medo de ventos), aeronausifobia (medo de vomitar em avião), bananafobia (medo de bananas), basifobia (medo de cair), cacomorfbia (medo de pessoas gordas), cinofobia (medo de cachorros), gefirofobia (medo de pontes), hagiofobia (medo de santos ou coisas santas), lepidopterofobia (medo de borboletas), numerofobia (medo de números e cálculos), ornitofobia (medo de pássaros), tafofobia (medo de ser enterrado vivo), tanatofobia (medo da morte) ou virginitifobia (medo de estupro) pode dizer de nosso conhecimento linguístico, mas não dos requisitos básicos que temos de reconhecer numa apresentação de sintomas para diagnosticar um caso como sendo de fobia.

Para tanto podemos iniciar com a útil classificação do “Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais”, o famoso DSM-5. Consideremos que damos essa orientação inicial sem desconhecer que para a Psicologia Analítica a pessoa que está sofrendo com um sintoma

será abordada e privilegiada de forma prioritária a sua categorização nosográfica. Jung nos lembra textualmente que “[...] um problema pessoal não pode se enquadrar em uma norma coletiva, requerendo uma solução individual do conflito (JUNG, 1984, p. 5). A Psicologia Analítica é a mais singularizada forma possível de pensar um tratamento psicológico. Contudo, não podemos olvidar a necessidade de cautela para não deixarmos o difícil trabalho da psicoterapia nas incautas mãos de quem não conhece e não distingue psicopatologias. Esse trabalho de diagnóstico diferencial primário é fundamental, pois há patologias para as quais é necessário a coparticipação da avaliação psiquiátrica e, até mesmo, algumas vezes, do uso de psicofármacos para a estabilização da condição psíquica do paciente como condição de estabilização do paciente; só após essa etapa iniciada se pode alcançar os melhores benefícios dos procedimentos psicoterapêuticos não-medicamentosos típico da abordagem dos psicólogos clínicos. Então é preciso conhecer e reconhecer psicopatologias e esse trabalho pode ser alicerçado no DSM-5 (até o lançamento do próximo).

Nesse compêndio podemos perceber que na classificação das doenças, na parte reservada aos Transtornos de Ansiedade, há uma variedade muito grande de fobias descritas. Na listagem abaixo podemos perceber como a nomenclatura “fobia” aparece em grandes subgrupos classificatórios. Esses grupos serão as bases de um correto diagnóstico de fobia, do ponto de vista profissional, na fase de diagnóstico de um problema apresentado pelo paciente – base do tratamento que podemos oferecer. A codificação é, obviamente, estatística, normativa e limitada, porém, por ser codificada e comum a comunidade científica, permite que comuniquemos corretamente nosso entendimento profissional da patologia de nosso paciente. (disposição sintomatológica ligada ao quadro geral da Ansiedade).

Nenhum profissional regulamentado pode furtar-se a saber comunicar entre seus pares da comunidade científica e para familiares e pacientes, caso peçam o laudo psicológico, de forma precisa, usando a linguagem comum, a adequada a classificação de um transtorno ou sintoma de doença mental. Isso é bastante válido porque nem toda psicoterapia versará, necessariamente, sobre “doença psiquiátrica” classicamente assim normatizada. Há muitos casos de trabalho onde os sintomas não se encaixarão em nenhuma categoria nosográfica do DSM5. Mas sempre será preciso distinguir se estamos ou não frente a uma patologia classificada como doença no DSM5, ou seja, pelo mundo acadêmico.

Devido à grande popularidade de nomenclaturas associadas à palavra “fobia” e devido ao efeito do “já vi no Google que tenho fobia”, é importante ao psicólogo saber distinguir se os sintomas que chegam com o pré-julgamento de “fobia” por parte do paciente estão de acordo com os sintomas que tecnicamente poderíamos nomear como realmente fobias. Se o fizermos, é porque os sintomas estarão sendo abordados como pertencentes a um Transtorno de Ansiedade. Longe de querer dizer “tudo” sobre o paciente, seu sintoma e sobre sua doença, o DSM5 nos dá uma classificação por onde podemos nos comunicar corretamente sobre o caso do paciente, seja em que ambiente ou em que medida isso for necessário. Observemos a proximidade associativa entre a ansiedade e o medo humano no DSM5:

F.93.0 - Transtorno de Ansiedade de Separação **F.94.0** - Mutismo Seletivo

(__.__) - Fobia Específica **F.40.218** - Animal

F.40.228 - Ambiente natural

(__.__) - Sangue-injeção-ferimentos **F.40.230** - Medo de sangue

F.40.231 - Medo de injeções e transfusões **F.40.232** - Medo de outros cuidados médicos

F.40.233 - Medo de ferimentos

F.40.248 - Situacional **F.40.298** - Outro **F.40.00** - Agorafobia

F.40.10 - Transtorno de Ansiedade Social (Fobia Social) **F.41.0** - Transtorno de Pânico

F.41.1 - Transtorno de Ansiedade Generalizada

(__.__) - Transtorno de Ansiedade Induzido por Substância/Medicamento **F.06.4** - Transtorno de Ansiedade devido a outra condição médica ^[1]_[SEP] **F.41.8** - Outro Transtorno de Ansiedade Especificado

F.41.9 - Outro Transtorno de Ansiedade Não Especificado

Lembremos que assim como a ansiedade só é patológica numa dimensão de disfuncionalidade, assim também qualquer fobia deve apresentar (para ser patológica, e assim classificada) essa característica de acentuada reatividade corpórea (a ansiedade) e a distinção de um subtipo particular de foco do medo do paciente.

“Os **transtornos de ansiedade** incluem transtornos que **compartilham** características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados. **Medo** é a resposta emocional a ameaça iminente real

ou percebida, enquanto **ansiedade** a antecipação de ameaça futura. Os indivíduos com **fobia específica** são apreensivos, ansiosos ou se esquivam de objetos ou situações circunscritas (DSM, 2014, p. 189. Grifos nossos).

E é exatamente um caso de Fobia Específica Situacional que queremos aprofundar nesse estudo. Essa se caracteriza pela apresentação de (a) medo ou ansiedade em relação a **um** objeto (ex: aviões, elevadores, locais fechados), (b) o medo ser uma resposta imediata e constante frente a essa situação específica, (c) a evitação dessa situação ser fortíssima ou a sua suportação vir acompanhada de imensas reações de ansiedade, (d) haver um prejuízo funcional associado a existência dessa fobia e (e) a mesma não ser explicada de outra forma a não ser como aparecimento psicológico e de duração maior que seis meses.

No caso das fobias situacionais por medo de elevador é preciso atenção a um critério diagnóstico diferencial muito importante em relação a agorafobia.

“Os indivíduos com **agorafobia** são apreensivos e ansiosos acerca de **duas ou mais** das seguintes situações: usar transporte público; estar em espaços abertos; estar em lugares fechados; ficar em uma fila ou estar no meio de uma multidão; ou estar fora de casa sozinho em outras situações. O indivíduo teme essas situações devido aos pensamentos de que pode ser difícil escapar ou de que pode não haver auxílio disponível caso desenvolva sintomas do tipo pânico ou outros sintomas incapacitantes ou constrangedores. Essas situações quase sempre induzem medo ou ansiedade e com frequência são evitadas ou requerem a presença de um acompanhante” (DSM, 2014, p. 190. Grifos nossos).

E como no caso que vamos aqui tratar era apresentado apenas um único sintoma de medo de elevadores, tão terrível que impedia o livre fluxo da vida social adaptada, podemos dizer que estávamos frente a um quadro de Fobia Situacional.

Como lembramos acima, em qualquer diagnóstico mais severo de Ansiedade é sempre bom considerar que se o quadro persistir sem avanços ou a sua abordagem for impossível dialogalmente devido a sofrida condição do paciente, é obrigação do psicoterapeuta solicitar a avaliação psiquiátrica. Casos há em que sem a ajuda estabilizante de uma medicação não se

pode fazer o tratamento do problema do paciente. Nesse caso, a Fobia Situacional que chegou ao consultório de psicologia era colocada num contexto de uma nova e grande motivação para a mudança por parte do paciente. Então, nesse caso, pedimos a adoção de chás fitoterápicos associados a sedação (camomila e erva cidreira), a fim de que pudessemos aguardar se a psicoterapia e essa providência conseguiriam demover o estado geral de ansiedade, pelo menos de patamares mais altos, e aguardar um bom desfecho com o tratamento unidirecional psicoterapêutico verbal sem intervenção psiquiátrica *a priori*.

É este caso que passamos a descrever sumariamente. A dor que chega no consultório como forma de um sintoma desesperador é visto por um psicoterapeuta de abordagem junguiana como uma possibilidade de acesso à verdade mais profunda de um paciente. A dor nos move ao encontro de nós mesmos com uma veracidade sofrida e necessária para que o paciente encontre o seu caminho singular sobre seu mundo. Assim recebemos Ana (nome fictício, evidentemente): com seu velho medo de elevadores, que vinha sendo contornado há 20 anos, subindo escadas. Embora evitando os elevadores, por não conseguir ficar neles sozinha de forma alguma e com extrema angústia caso fosse junto com outra pessoa dentro do elevador, Ana agora achava que não podia mais continuar evitando os elevadores porque uma situação significativa estava dependendo dessa sua superação: seu casamento.

Como é necessário que seja um medo classificado como fóbico e, por tanto, patológico, o medo de elevadores de Ana era existente há bastante tempo, causava desconfortos corporais associáveis a forte reação ansiosa (aumento dos batimentos cardíacos e da sudorese, enjoo, bronco dilatação e sensação iminente de pânico caso houvesse o aprisionamento no elevador). Mesmo que apenas pensasse em entrar num elevador o medo reaparecia. Havia tentado sem sucesso algumas terapêuticas ao longo dos anos, sempre sem sucesso. Agora o problema se agravava devido à falta de compreensão de seu noivo com essa sua dificuldade comportamental ameaçando, inclusive, o seu casamento. O noivo se recusava a pensar que o possível filho comum teria que subir com ela, pelas escadas, os dezessete andares até o novo apartamento onde morariam depois do casamento. Preocupação razoável!

O medo fora do controle de Ana, que conscientemente compreendia a importância e queria muito poder superar seu horror e usar elevadores, a colocava numa situação cada vez pior e mais delicada. As discussões com o noivo e as tentativas que pensava em fazer estavam piorando sua sensação de fracasso e observava que demorava cada vez mais tempo para se recompor até ao pensar que tentaria conseguir andar de elevadores. Sofria também por duvidar da capacidade técnica de um psicólogo ajudar, posto que já havia tentado esse tipo de ajuda antes de forma ineficaz.

A escolha que um psicoterapeuta faz da forma de se comunicar com seu cliente depende, obviamente, da preparação teórica que escolheu fazer. Cada psicoterapeuta, de qualquer abordagem, e também da junguiana, tenta oferecer o seu melhor. E os colegas anteriores poderiam ter tentado e fracassado onde, talvez agora, pudéssemos ajudar, até com as mesmas técnicas, pois o ser humano não permanece o mesmo ao longo de sua vida e o sintoma, ao acirrar-se, fala de uma possibilidade de transformação necessária. Temos, enquanto terapeutas, de ajudar a possibilidade a se tornar uma iminência e, depois, uma experiência. Por tanto, não precisamos temer quando pacientes já “tentaram de tudo” e devemos, humildemente, também tentar mais uma vez, com a consciência de que um processo psicoterapêutico depende dos dois polos da díade terapêutica: do paciente e do psicoterapeuta e que aquele nosso novo e único encontro de trabalho interpessoal poderia nos reservar boas surpresas. Algumas pequenas dicas para jovens psicoterapeutas nos ajudaram também com Ana:

1. Discernir para que serve o psicodiagnóstico e o diagnóstico psiquiátrico. Tentar o trabalho e considerar seu andamento com preocupação e cuidado com o bem-estar do paciente;
2. Ouvir atentamente seu paciente mais do que a si mesmo, ou seja, ouvir com silêncio interior... que nos permita ouvir as entrelinhas que falam;
3. Usar um referencial que lhe dê segurança. O modo junguiano é muito educativo quanto ao início do trabalho e diz: inicie pelo começo. É provável que tanto o paciente quanto o psicoterapeuta se organizem melhor assim e ouçam o problema atual desde o seu aparecimento, dentro da história de vida do paciente;
4. Invariavelmente, submeter o pensamento à experiência do encontro terapêutico, acreditar nele, prestigiá-lo com sua máxima disponibilidade interna para escutar e compreender.

Como a fobia é um medo exagerado, intenso e incontrolável, falar sobre sua vida inteira e não sobre seu medo, muitas vezes, permite a construção do ambiente terapêutico. Essa é a condição fundamental do tratamento posterior. O vínculo é o que garante a possibilidade da compreensão correta de um paciente. E este mesmo vínculo garante o excedente energético que permite ao paciente experimentar outros modos de sentir e fazer.

O que visó é **produzir algo de eficaz**, é um produzir um estado psíquico, em que meu paciente comece a fazer **experiências com seu ser**, um ser em que nada mais é definitivo nem irremediavelmente petrificado; é produzir um estado de fluidez, de transformação e de vir a ser (JUNG, 1987, p. 43).

Então iniciemos pela consideração de que sua idade era importante nesse caso. Se o “[...] **processo de individuação é o eixo da Psicologia junguiana**” (NISE DA SILVEIRA, 1981, p. 101), então a idade de 33 anos e a proximidade de seu casamento colocava a questão desse medo de elevador como um sintoma superdimensionado não aleatoriamente, ou seja, agora era o momento dessa passagem de uma vida de filha, estudante e dependente para o papel de uma adulta casada, responsável por uma nova família.

No caso de Ana queremos destacar que em seu relato ela apresenta uma família extremamente protetora, que sabia de seu medo de elevador e a ajudava a lidar com isso: moravam em andar baixo, subiam as compras e pacotes dela, não a forçavam a enfrentar elevadores em ambientes sociais, iam todos com antecedência para lugares onde usariam o elevador para que, chegando mais cedo, dessem o “tempo” maior que ela precisava pois iria subir de escadas... até os saltos altos, a sua família, às vezes, levava por ela, de elevador, para que ela os usasse no andar em que eles a esperavam subindo as escadas. Ana era a mais velha e seu único irmão, já organizado profissionalmente, morava fora de casa. Ana observava-se comparativamente mais dependente da família e do noivo que o irmão mais novo. Muito sociável, Ana tinha muitos amigos e observava também que, diferente de alguns deles, não era ainda realizada profissionalmente, era uma “concurseira”, preparando-se para casar e substituir a dependência financeira dos pais pelo noivo.

Sabemos que há uma “[...] **psicologia das idades**. Há uma psicologia da criança, que aparentemente consiste na psicologia dos respectivos pais: a psicologia da infância até a

puberdade; a psicologia da puberdade; do jovem, do adulto de trinta e cinco anos; do homem na segunda metade da vida; do homem que atingiu a velhice. [...] a ciência é vasta. (JUNG, 2000, p. 142). E a psicologia apropriada à idade de Ana indicava que seu processo de individuação estava obstruído em sua plenitude e que seu sintoma fóbico poderia não ser redimido por “querer” ou por métodos de treinamento de autonomia, ou outro qualquer, se a questão desequilibrante central não fosse melhor elaborada. Ana estava simbolicamente dependente de seus familiares para encobrir o fato de que não conseguia mover-se sozinha sem medo. O símbolo dessa dependência era o elevador amedrontador.

Obviamente que dizer isso apenas, não basta. Ouvir isso apenas, não basta. Mas fazendo uso de várias técnicas de conscientização e amplificação da consciência o conteúdo das sessões de Ana foram se expandindo para fora das questões do elevador. Na sessão de número 18, a textualidade do que elaborou foi a seguinte: “Na verdade muitas vezes me senti traindo a mim mesma, nas coisas mais importantes que eu queria fazer, outra parte de mim dizia que eu nunca iria conseguir e ia ficar com vergonha de ser pior que as outras pessoas. Eu achava que devia ser grata a ter tanta ajuda das pessoas, dos meus pais, de meu noivo. Mas na verdade, eu estava com raiva de não ser capaz de me aventurar”.

Foi na sessão seguinte que a velha técnica psicodramática de seguir como ego auxiliar de um paciente numa simulação de tarefa difícil foi tentada. Dissemos: “e se você tentasse sozinha, um andar por vez, aqui mesmo no elevador desse prédio onde estamos?”. Ana respondeu: “e se eu estivesse desmaiada quando a porta abrisse?”. Rimos respondendo: “eu não contaria para ninguém depois que te acordasse! Estarei lá quando a porta abrir”. E fomos. E deu certo. Claro que várias pessoas antes poderiam ter tentado essa “técnica” e pessoas de alta vinculação emocional com a paciente, porém, a técnica “certa”, precisa de um momento de vida adequado, disposições íntimas... equilíbrio psíquica ordenada por fatores que em muito fogem do previsível ou explicável... Tentamos. Deu certo.

Os diálogos terapêuticos são impossíveis de ser, de fato, traduzidos. Como se sabe, em psicologia junguiana o psicoterapeuta não tem o controle dos acontecimentos. Estamos envolvidos na trama inconsciente e nos transformando junto com o paciente.

Onde encontrar os grandes sábios da vida e do mundo que não se limitem a falar do sentido da existência, mas que também o possuam? Aliás não se pode imaginar qualquer sistema ou verdade que tragam ao doente aquilo de que necessita para a vida, a saber, a crença, a esperança, o amor e o *conhecimento*. Estas quatro conquistas supremas do esforço e das aspirações humanas são outras tantas graças que não podem ser ensinadas ou aprendidas, nem dadas ou tomadas, nem retiradas ou adquiridas, pois estão ligadas a uma condição irracional que foge ao arbítrio humano, isto é, à *experiência viva* que se teve. Ora, é completamente **impossível** fabricar tais **experiências**. Elas ocorrem, não de modo absoluto, mas infelizmente, de modo relativo. Tudo o que podemos dentro de nossas limitações humanas, é *tentar um caminho de aproximação rumo a elas*. Há caminhos que nos conduzem à proximidade das experiências, mas deveríamos evitar de dar a estas vias o nome de “métodos”, pois isto age de maneira esterilizante sobre a **vida**, e além disso, a trilha que leva a uma experiência vivida não consiste em um artifício, mas em uma empresa arriscada que exige o *esforço incondicional de toda a personalidade* (JUNG, 1980, p.332-3. Grifos nossos.).

Arriscamos dizer que a elaboração de toda a ambiguidade de crescer e se tornar independente enquanto pessoa humana foi equivalente, para Ana, a entrar na caixa do elevador e partir sozinha (sem raízes ou amarras, suspensa por fios não familiares, decidida por si mesma, a alcançar os andares que queria através de seu próprio esforço e enfrentamento). Em sua última sessão, antes de se casar, Ana declarou que “não tinha clareza da minha fragilidade e desamparo frente a outras situações que eu tinha de resolver sozinha antes de enfrentar esse trabalho de psicologia. Isso para mim se tornou mais importante que entrar no elevador. Não é que me sinta ‘feliz’ num elevador sozinha, mas procuro não pensar sobre isso quando estou lá dentro e, quando vejo, já estou no 17 andar. Acho que eu subo os andares agora como uma criança que aprende aos poucos a andar sozinha. Ainda tenho medo de solavancos, mas acho que só vou melhorar.” Essa fala franca nos pareceu própria da retomada do processo de individuação. Mais uma vez o velho mestre Jung nos esclarece o que aconteceu com Ana: “pela compreensão livramo-nos do domínio do inconsciente” (JUNG, 1988, p. 57). E pode acontecer com todos nós.

A fobia situacional requer, sempre, atenção. Mas, às vezes, a atenção deve estender-se para a além da situação amedrontadora. Se a equilibração psíquica retoma bons níveis energéticos... a consciência ao voltar a situação temerosa já disporá de mais recursos pessoais para fazê-lo. E ao fazê-lo contenta-se consigo mesmo. E é só o que podemos de melhor nessa vida. Aceitar, otimizar e apoiar esse ser que somos, como somos, onde estivermos.

Referências bibliográficas

CAMPOS, N. **As fobias ao nosso redor**. Disponível em: <<http://jornalcomunicacaoufpr.com.br/as-fobias-ao-nosso-redor>>. Acessado em 3 jun. 2018.

JUNG, C. G.. **A natureza da psique**. Petrópolis: Vozes, 1984.

_____. **Estudos Alquímicos**. Petrópolis: Vozes, 1988.

_____. **Prática da psicoterapia**. Petrópolis: Vozes, 1987.

_____. **Psicologia da religião ocidental e oriental**. Petrópolis: Vozes, 1980.

_____. **Vida Simbólica**. Petrópolis: Vozes, 2000. Vol1.

MAGALHAES, M. C. R. **Contribuição à psicopatologia dos ataques de pânico**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

MANUAL diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, **DSM-5**. 5ed. Porto Alegre: ArtMed, 2014.

MORELLI, P. N. de T. O temor secreto dos perigos da alma; uma revisão bibliográfica sobre o conceito do medo na Psicologia Analítica. **Dissertação de Mestrado**. São Paulo: PUC-SP, 2009.

PELLEGRINI, L. **Os pés alados de Mercúrio**; relatos de viagens à procura do self. São Paulo: Ed. Axis Mundi, 1997.

PEREIRA, M.E.C. **Psicopatologia dos ataques de pânico**. 2 ed. Editora Escuta: São Paulo, 2003.