

REVISTA ESFERA ACADÊMICA HUMANAS

VOLUME 4, NÚMERO 1 - ISSN 2526-1339

REVISTA CIENTÍFICA



ESFERA ACADÊMICA
HUMANAS

ISSN 2526-1339

REVISTA ESFERA ACADÊMICA HUMANAS

Volume 4, número 1

Especial

III JORNADA JUNGUANA

ANSIEDADE, DEPRESSÃO E FOBIA: DOENÇAS DO SÉCULO XXI

Realizada em 16 de junho de 2018

Vitória

2019

EXPEDIENTE

Publicação Semestral

ISSN 2526-1339

Temática: Humanas

Revisão Português

José Renato Siqueira Campos

Capa

Marketing Faculdade Brasileira Multivix- Vitória

Elaborada pela Bibliotecária Alexandra B. Oliveira CRB06/396

Revista Esfera Acadêmica Humanas/ Faculdade Brasileira. – Vitória,
ES: Multivix, 2019.

Semestral
ISSN **2526-1339**

1. Ciências Humanas- Produção científica I. Faculdade
Brasileira/Multivix.

CDD.610

*Os artigos publicados nesta revista são de inteira responsabilidade de seus autores e não refletem, necessariamente,
os pensamentos dos editores.*

Correspondências

Coordenação de Pesquisa e Extensão Faculdade Brasileira Multivix- Vitória

Rua José Alves, 135, Goiabeiras, Vitória/ES | 29075-080

E-mail: pesquisa.vitoria@multivix.edu.br

FACULDADE BRASILEIRA MULTIVIX - VITÓRIA

DIRETOR GERAL

Leila Alves Côrtes Matos

COORDENAÇÃO ACADÊMICA

Michelle Oliveira Menezes Moreira

COORDENADOR ADMINISTRATIVO E FINANCEIRO

Hêmyle Rocha Ribeiro Maia

CONSELHO EDITORIAL

Alexandra Barbosa Oliveira
Caroline de Queiroz Costa Vitorino
Denise Simões Dupont Bernini

Karine Lourenzone de Araujo Dasilio
Michelle Moreira

COMITÊ CIENTÍFICO

Karine Lourenzone de Araujo Dasilio
Kirlla Cristine A. Dornelas
Patricia de Oliveira Penina
Tatyana Lellis da Matta e Silva
Denise Simões Dupont Bernini
Leandro Siqueira Lima
Patricia Nunes

APRESENTAÇÃO

História da Jornada Junguiana no Espírito Santo

Desde agosto de 2014, a Faculdade Brasileira, Multivix-Vitória, inicia o semestre com oferta em uma das disciplinas da graduação abordando a respeito da psicologia analítica. Desde então, os alunos vêm respondendo positivamente com interesse e curiosidade em aprofundar a respeito dessa abordagem, pois, no estado do Espírito Santo, ainda temos muito poucos profissionais que trabalham com essa abordagem teórica. Nem todas as Instituições de ensino contemplam essa oportunidade de ministrar a psicologia analítica.

Diante disso, desde 2014, o professor Raphael do Amaral Vaz, responsável por ministrar as aulas baseadas nessa abordagem, vem fornecendo, não somente na disciplina regular de “Psicologia da Personalidade”, mas nas disciplinas optativas, aulas voltadas na área da psicologia junguiana, tais como: “Introdução à psicologia; Psicopatologia junguiana; Morte, luto e suicídio”. Como consequência dessas aulas, os alunos vêm respondendo positivamente suas curiosidades e interesses em entender melhor a teoria junguiana.

Em 2016, o professor Raphael, juntamente com a aceitação e incentivo da coordenação do curso de Psicologia, Kirilla Christine Almeida Dornelas, inicia a I Jornada Junguiana que ocorreu no dia 04 de junho de 2016, com a temática Psicologia Analítica e suas implicações na contemporaneidade. Foi um sucesso! Tivemos várias contribuições de reflexões dos psicólogos junguianos presentes na nossa cidade de Vitória. Diversos estudantes de outras instituições de ensino compareceram em peso, demonstrando interesse em aprofundar seus estudos.

Em 2017, realizamos a II Jornada Junguiana, que ocorreu no dia 03 de junho de 2016, com a temática Desafios contemporâneos das práticas clínicas. Houve, também, outra resposta bastante positiva do público, não somente de estudantes, mas de profissionais que estavam aderindo ou conhecendo ainda sobre a psicologia analítica.

Enfim, chegamos em 2018, e estamos preparando a todo vapor para a III Jornada Junguiana, tratando neste ano sobre as doenças mais atuais que vêm adoecendo toda sociedade com a temática Ansiedade, Depressão e Fobia: doenças do século XXI. No que se refere a essas

doenças deste século, ressaltaremos que o adoecimento do ser humano é algo preocupante para toda a ciência da saúde, bem como as ciências humanas ao ponto de refletirem juntas e tentarem identificar quais os fatores psicossociais que podem ocasionar o alto índice de sintomas depressivos, ansiosos e/ou fóbicos que diversos indivíduos são vítimas e não conseguem superar por si mesmo.

Diante dessa preocupação com a saúde coletiva, a III Jornada Junguiana vem propor um sábado de ricas reflexões e verdadeiros mergulhos na abordagem Junguiana, a fim de entendermos como os psicólogos dessa abordagem estão enfrentando na clínica com essas doenças que marcam o nosso século. Esperamos que essa jornada não seja apenas mais um encontro teórico, mas um encontro que causa em nossas almas profundas mudanças que contribuem para nosso processo de individuação.

No que diz respeito à imagem escolhida para esta Jornada Junguiana de 2018, a obra “O Grito”, do pintor norueguês Edvard Munch, desejamos descrever em poucas palavras a biografia desse ilustre artista que conseguiu descrever por meio da arte a linguagem da alma humana.

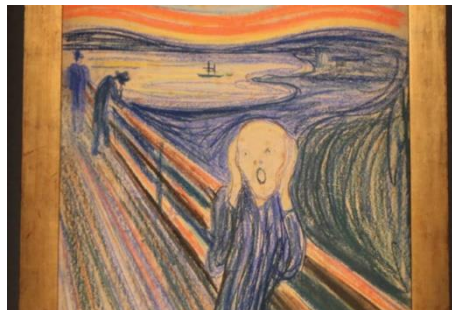
Edvard Munch, (1863-1944) foi um pintor e gravador norueguês. Autor das obras "O Grito" e "A Menina Doente", ele foi um dos maiores representantes da corrente expressionista do século XX. Edvard Munch nasceu em Loten, Noruega, no dia 12 de dezembro de 1863. Filho de um médico do Exército, obsessivamente religioso, sofreu sucessivas perdas que marcaram sua vida. Ficou órfão de mãe com cinco anos de idade. Frágil e doente, passou sua infância na cama e chegou a ser expulso da escola por excesso de faltas. Sem a mãe, apegou-se à irmã Sophie, um ano mais velha, que era sua alegria, até ficar tuberculosa e morrer com 15 anos. Nos anos seguintes, Munch perdeu o pai, que morreu de um ataque cardíaco, e viu outra irmã, esquizofrênica, ser internada em um hospital psiquiátrico, onde passaria toda a vida.

Suas primeiras pinturas receberam a influência dos pós-impressionistas, mas não tardou a criar um estilo pessoal, baseado em acentuar as linhas de expressão para exteriorizar as sensações de angústia e solidão do ser humano. O sentimento de morte com a perda de pessoas queridas o acompanhou por toda sua vida e convertendo-se em um dos temas recorrentes em suas obras. De uma série de pinturas e gravuras, destacam-se: “Entardecer” (1888) e “A Menina Doente” (1886). Primeiro de uma série de seis pinturas do mesmo tema em que retrata a irmã Sophie.

Continuando no mesmo tema de desespero e solidão, pintou a obra que o notabilizou, “O Grito” (1893), feita em quatro versões, que estão no museu da Noruega, exceto a terceira, de 1895, que pertence a um financista de Nova York. A obra é um retrato perfeito de uma figura desesperada, onde seu grito parece silencioso, um átimo de horror sufocado, mudo. Ainda desse período, são as telas: “Melancolia” (1891), “Ansiedade (1894), “Amor e dor” (1895), entre outras.

O GRITO

**"Estava andando pela estrada com dois amigos
O sol se pondo com um céu vermelho de sangue
Senti uma brisa de melancolia e parei
Paralisado, morto de cansaço...
...meus amigos continuaram andando - eu continuei parado,
tremendo de ansiedade, senti o tremendo Grito da natureza".
(Edvard Munch)**



Prof. Me. Raphael do Amaral Vaz

SUMÁRIO

Sobre os autores.....	10
Crises de ansiedade: a individuação extraviada.....	12
Esp. Luiz Fernando Gomes de Magalhães	
A (in) felicidade de ser só como parte do caminho de individuação.....	25
Dr ^a . Kirlla Christine Almeida Dornelas	
Da teoria à prática: manejo de um caso clínico de fobia.....	30
Dr ^a . Kathy Amorim Marcondes (Doutora em Psicologia)	
Pesquisa e atendimento clínico: prática e relevância na melhora do estresse.....	41
Esp. Samara Hipólito Nitsche	
Quando a alma grita - pânico.....	48
Esp. Cristiane Luchese de Moraes e Silva	
Depressão e suicídio: uma perspectiva analítica.....	59
Esp. Lara Andrade Coutinho	
A arte e a cidade como dispositivos de intervenção e fortalecimento das Redes Intersetoriais.....	66
Me. Rayanne Suim (Doutora em Psicologia)	

SOBRE OS AUTORES

Luís Fernando Magalhães

Psicólogo pelo Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora – MG. Especialista em Saúde Mental pela Fiocruz – RJ. Atuou em MG fazendo estudos junguianos no Instituto de Psicologia Analítica e em SP pela Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica (SBPA-SP). Está no Espírito Santo desde 1992, onde ministra cursos de Psicologia Analítica pelo Instituto Fênix, em Vitória, ES. Trabalha há 30 anos com psicoterapia de adultos de base exclusivamente junguiana.

Kirlla Cristhine Almeida Dornelas

Psicóloga e psicoterapeuta com Doutorado, Mestrado e Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Espírito Santo. Também tem estudos *lato sensu* em: Gestalt terapia; Psicologia Junguiana; Hipnoterapia Erickssoniana; e Sexualidade. Atua na área acadêmica, pesquisa e atendimento psicoterápico de adultos. Vem lendo a respeito de Psicologia Analítica desde os 13 anos de idade e ainda está assimilando.

Kathy Amorim Marcondes

Psicóloga e psicoterapeuta da abordagem junguiana. Mestre, Doutora, pós-doutora e Professora Titular da Ufes. Especialista em Filosofia, Arte e Mitologia. Especialista em Psicodrama. Possui formação em Hipnoterapia, Biblioterapia, Arteterapia e Ikebana Meditativa. Escritora e palestrante em Psicoterapia Clínica, Psicologia Junguiana, Psicologia da Religião, Psicologia da Arte, Meditação e Relaxamento. Com vários livros e artigos, vem sendo uma grande difusora do trabalho de Jung.

Samara Hipólito Nietzsche

Graduada em Psicologia pela PUC-SP (2012), mestranda no curso de pós-graduação em Psicologia Médica e Psiquiatria do Departamento de Psiquiatria - EPM - Unifesp. Trabalha como pesquisadora Unifesp. Tem experiência no atendimento em saúde mental há cinco anos e treinamento de escalas para pesquisadores na área de psicopatologia. Atualmente é pós-graduanda em Terapia de Sandplay, pelo IBT Sandplay (SP).

Cristiane Luchese de Moraes e Silva

Graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná e pós-graduada em Psicologia Analítica pela mesma universidade. Tem experiência na área de Saúde Mental, trabalhou em Curitiba no Hospital Espírita de Psiquiatria Bom Retiro e no CAPS II. Atualmente, em formação no IBT Sandplay para terapeuta em sandplay.

Lara Andrade Coutinho

Graduada em Psicologia pela Ufes e pós-graduada em Psicologia Analítica pela Capacitar. Já participou de grupos de estudos sobre teoria junguiana, com foco na temática sobre morte e suicídio. Hoje, atua como psicóloga clínica, além de ser professora de Psicologia em cursos técnicos na área da saúde.

Rayanne Suim

Mestre em Psicologia Institucional (Ufes); Especialista em Arteterapia e Processos de Criação (UVA-RJ); Autora do livro "Juventude e risco: abrindo a sede ao meio no deserto das práticas de assistência social"; Coordenadora de projetos de pesquisa e extensão que pensam a intersectorialidade das políticas públicas e a inclusão de crianças, adolescentes e jovens na gestão participativa da cidade; Docente de Psicologia na Faculdade Brasileira Multivix - SM; Servidora pública na Secretaria de Saúde do Espírito Santo.

Raphael do Amaral Vaz

Possui bacharelado, formação e licenciatura em Psicologia pela Universidade Veiga de Almeida (2008), graduação em Filosofia pela Faculdade Eclesiástica de Filosofia João Paulo II/RJ (1997), graduação em Teologia pelo Instituto Superior de Teologia (2001) e mestrado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2011). Atualmente, em formação em Terapia de Sandplay, pelo IBT Sandplay (SP). Atua na área acadêmica e clínica junguiana.

CRISES DE ANSIEDADE: A INDIVIDUAÇÃO EXTRAVIADA

Luiz Fernando Magalhães

Bom dia a todos, agradecimentos à equipe de professores da Faculdade de Psicologia da Multivix que, na figura do Prof. Raphael, convidou-me para fazer esta apresentação, no contexto deste evento que tanto me alegra: uma nova jornada de estudos junguianos, fruto do renovado esforço de todos vocês. Quero registrar minha satisfação de estar aqui novamente e poder dar continuidade ao que fizemos ano passado.

Naquela oportunidade, eu parabeneizei essa equipe pelo espírito que vi norteando a II jornada, e que percebo novamente em atuação inspirando nossos estudos nesta edição: o acento claramente prático e clínico da abordagem, o que em muito homenageia Jung, um cientista eminentemente prático. O que fazemos são estudos sim, Logos sim, mas um Logos acasalado com a Alma que sofre nas raízes da Psique; raízes que se torcem e se retorcem para encontrar alimento em um mundo esvaziado de significado, niilista, descrente; alma que então grita das profundezas na forma dos sintomas carregados de sofrimento que abordaremos aqui hoje: ansiedades, tristezas, medos, pânicos, desalentos, desânimos, dores do coração. E que ainda aguarda pacientemente, junto com Jung, o nascimento daquela geração de sacerdotes capazes de entender novamente a sua linguagem. Ou seja, estudos de frente para os desafios da clínica, que vai ao encontro das angústias trazidas pelos pacientes com o objetivo precípua de construir as melhores saídas possíveis para aquele estado de sofrimento em que eles se encontram. Eu fico realmente feliz de fazer parte, com vocês, desta busca.

Nessa perspectiva, vamos abordar aqui hoje, então, dois fenômenos arquetípicos, a Ansiedade e a Individuação. Estes dois fenômenos, à maneira de dois irmãos meio amigos, meio inimigos, são vistos sempre juntos, ainda que de várias formas: às vezes apoiando-se, corrigindo-se, outras esbarrando-se, conflitando, brigando, mas sempre se ajustando mutuamente como expressão da natureza evolutiva e da capacidade de autorregulação da Psique.

Estamos já dentro da seara junguiana, chamando a ansiedade e o processo de individuação de fenômenos arquetípicos, e aqui é bom algum esclarecimento. Arquétipos são os elementos estruturais de nossa personalidade, nossos órgãos psíquicos, que, assim como os órgãos físicos,

estão presentes em todo ser humano e manifestados em todos os lugares e culturas, em seus aspectos estruturais básicos. São padrões herdados de comportamentos próprios de nossa espécie, formas típicas de reagir perante determinadas situações ou maneiras próprias de se apreender a realidade. Emergem sempre de novo em cada ser humano, que nasce com prontidão para agir desta ou daquela maneira e conduzir seu existir para uma forma especificamente humana de viver (JUNG, 1984).

O conjunto dos arquétipos forma um todo sistêmico integrado que, também à semelhança do conjunto dos órgãos físicos, funciona de forma interligada e pronto para dar a melhor resposta possível às situações pelas quais passa o indivíduo. Isso como resultado de um longo processo de evolução, cujo início coincide com o início da vida. Postulamos, portanto, uma psique evolutiva cujas reações atuais foram construídas ao longo da história da humanidade junto com a construção das respostas atuais do corpo. Corpo e Alma evoluíram, e continuam evoluindo, juntos.

A ansiedade, vamos começar por ela, é uma dessas respostas ou reações arquetípicas. Universal, presente em potencial por toda a vida do sujeito, sobejamente estudada em nossos livros de Psicologia, neles aprendemos que ela é uma emoção de expectativa diante de uma ameaça futura, concreta ou imaginada, consciente ou inconsciente, com ou sem objeto, e parte necessária da resposta de nosso organismo ao estresse provocado pela ameaça. Ao acrescentarmos, entretanto, que essa resposta é arquetípica, estamos afirmando, então, que ela tem, além de possíveis causas, um caráter finalista: é ordenada para um fim como todo fenômeno energético, persegue um determinado objetivo como todo fenômeno biológico e pertence à hierarquia da Psique como todo fenômeno psíquico, vale dizer, é coordenada pelo arquétipo do Si-mesmo, e ativada por esse mesmo arquétipo naquela situação por causa da eficácia dessa resposta demonstrada ao longo de milhões de anos, como a dor e a febre.

Mecanismos de adaptação e evolução, portanto, prontos para serem ativados em cada um dos habitantes do planeta, bastando para isso que a situação que o faz necessário se apresente. Ora, caso a situação que a ativa se apresente ora para um indivíduo, ora para outro, então, ora um, ora outro, apresentará os sintomas de ansiedade. Agora apelando para a imaginação de vocês: se uma situação que ativa esse mecanismo se apresentar para toda a humanidade ao mesmo tempo, todos desenvolverão esses sintomas em um rastilho psíquico que tem o potencial para percorrer todo o planeta, até porque o pavor de um contágio, ou ativa, o pavor no outro. E então começaríamos a observar a irrupção destes sintomas, na forma de epidemia, em todo lugar.

Esse estado de epidemia psíquica já está instalado. Mesmo na breve revisão bibliográfica que fiz para esta apresentação, onde passei pelos manuais de Psiquiatria, como o DSM V (APA, 2014) e os capítulos dedicados à saúde mental do CID 10 (OMS, 2008), pude confirmar que os sintomas das crises de ansiedade, físicos e psíquicos, estão descritos em inúmeros transtornos, tanto nos capítulos de saúde mental quanto nos de doenças físicas, como as que afetam os sistemas respiratórios, cardiovasculares, imunológico, neurológicos, etc. E foram sua presença como objeto de preocupação em um sem-número de congressos, seminários e jornadas pelo mundo todo, como o que fazemos aqui hoje, em que alguns destes sintomas serão abordados.

O que mais intriga a todos, nessa disseminação planetária dos sintomas de ansiedade, inclusive em sua expressão mais severa nas crises, o pânico, é a ausência de objeto. Algo que justifique todos aqueles sintomas: palpitações, sudorese, vasoconstrições, taquipneia, dores, tremores, calafrios, taquicardia, sufocamento, dificuldade para respirar, desespero, insônia, insegurança, irritação, angústia, sensação de morte iminente, de perda do controle si próprio, de que está enlouquecendo; tudo saído do nada, como um raio em um céu azul, repentino e imprevisível. Os manuais chamam de “medo infundado”.

Corridas para as unidades de pronto-socorro, licenças médicas envergonhadas, pesados prejuízos financeiros, familiares em desespero, a experiência assustadora de perda do controle das próprias emoções, sofrimentos sem conta e nada ao alcance da vista que justifique tais reações. Esse fator aumenta a ansiedade, pois torna tudo um insuportável *nonsense*. Almas em pânico. Inclusive tema de uma das palestras de hoje à tarde – Quando a alma grita – pânico, que acrescentou o grito como um dos sintomas. Bem lembrado, como também mostra o quadro escolhido para ilustrar essa jornada, ícone de nossa época, O Grito, do pintor norueguês Edvard Munch, pintado em 1893 e vendido em 1912, em plena era contemporânea, pelo maior valor já alcançado por um quadro em leilões, 119 milhões de dólares. E desde então reproduzido *ad nauseam* pelo mundo todo, em panfletos, cartazes, quadros, filmes, congressos, livros, camisetas, canecas, etc. Isto porque ele atraiu o olhar das pessoas como aquele que expressa, como nenhum outro, o estado coletivo de desespero e horror da alma mundi de nossa época diante de um mundo que ... afunda.

Em uma conhecida música do Belchior, ele é um dos que observa “que o desespero é moda em 76”. Vemos pelo quadro que a moda começou bem antes. Temos então, almas em pânico. Uma alma, um sujeito que expressa, e uma emoção, o pânico. Vamos começar pela emoção, já que é

ela que a todos intriga. O que será que esse moço está vendo?

O que poderia levar tantas almas a reagir em uníssono com o mesmo e tal grito de dor e desespero? Sim, é lícito supor que haja algo, ainda que dele não tenhamos conhecimento; do mesmo jeito que um vírus letal, ao entrar por uma ferida no meu dedo, coloca o meu sistema imunológico em polvorosa sem que eu tenha consciência de nada, o mesmo pode se dar com meu sistema psíquico: o conhecimento consciente não é critério da existência de algo. O que será, então, que provoca todos aqueles sintomas, já citados, de uma crise de ansiedade?

Temos uma pista: o estado mais severo das crises de angústia foi chamado por todos de pânico. Colou. No mundo todo. Virou transtorno de pânico, síndrome do pânico, crises de pânico. Aos estudiosos da lavra junguiana não pode nunca escapar essa pista: como todos sabem, a palavra “pânico” refere-se ao velho deus grego da natureza Pã, que já espalhava o horror pelos bosques da Arcádia, seu principal local de culto, mais de dez séculos antes de Cristo. Vamos até lá, então, atrás de alguma luz.

Filho do deus Hermes com a princesa Dríope, sua aparência monstruosa provocou horror logo ao nascer: metade humano e bode da cintura para baixo, além dos chifres, do rosto enrugado e da barbicha, sua mãe se espantou ao vê-lo e fugiu apavorada. Ele já aparece no mundo fazendo aquilo que estaria destinado a fazer por toda a vida: provocando pânico. Nos humanos. Calmamente, seu pai Hermes o tomou em seus braços, envolveu-o em uma pele de lebre e o levou para o Olimpo, onde foi recebido com muita alegria e agrado por todos os deuses, especialmente por Dionísio, com quem teria muita proximidade. A simpatia coletiva que teve dos deuses, entretanto, não se estendeu aos humanos. O pequeno Pã cresceu hediondo: corpo peludo, pernas, cascos, chifres e barbicha de bode, sua aparência brutal e selvagem era realçada pelas feições de bestial astúcia e perversidade, acentuadas por suas aparições repentinas, em lugares ermos e muitas vezes no meio da noite.

A história mítica de Pã, que remonta aos tempos anteriores a Homero, o descreve como um ser selvagem, astuto, jovial, pujante e perigoso. A imaginação dos artistas o retratou em seus quadros com aparência medonha, assustadora, expressão facial demoníaca acentuada por traços de lascívia e prontidão para o ataque. Podemos imaginá-lo como um ser solitário, perambulando dia e noite por bosques, cavernas e vales ermos, distantes de qualquer sinal de civilização; escondido nas encruzilhadas atrás dos matos, espreitando ninfas e mancebos graciosos perdidos na noite ou

enquanto se banhavam distraídos nas águas dos rios, a quem atacava, perseguia e violentava. Suas vítimas, transidas de pavor ante sua aparência brutal e o ataque repentino, pegas em um momento de descuido, nuas no banho ou sozinhas nos bosques e descampados, eram presas fáceis do insaciável fauno.

Nos dias de festas dionisiacas, entretanto, quando o descontrolado e barulhento cortejo dos deus do vinho atravessava as periferias das cidades com seus sátiros e mônades espalhando êxtase, entusiasmo e embriaguez por onde passava, Pã podia ser visto alegremente dançando e copulando com as bacantes enlouquecidas pelo vinho e pela música, sendo um participante sempre muito bem-vindo ao cortejo e mesmo muito importante no contexto, onde não apavorava ninguém. Lembrem-se que no Olimpo ele também não provocou qualquer aversão, muito pelo contrário.

Jung primeiro, e depois diversos de seus seguidores, entre eles James Hillman (2015) e Rafael Lopes-Pedraza (1999), interpretam esse conjunto imaginal em torno do deus Pã como expressão simbólica de nossos instintos mais primitivos, indomados, arcaicos, animais, que antecedem e forçosamente acompanham a consciência recentemente adquirida (simbolizada pelas ninfas graciosas e frágeis), em sua caminhada evolutiva, onto e filogeneticamente. Ambos, inconsciente antigo e consciência recente, Pã e Ninfas, fazem parte da mesma Psique em um equilíbrio débil, tenso, em uma *Bellica Pax* que a qualquer momento pode se romper, com a invasão desgovernada dos instintos primitivos sobre o território ordenado da consciência, a custo conquistado pela civilização. É a ela, consciência, que Pã apavora, a mais ninguém; e por este motivo.

Não é apenas na projeção mitológica que podemos observar com clareza esse estado de instável equilíbrio entre as forças primitivas e as civilizadas na Psique, bem como o pavor que o descontrole da selvageria pressentida provoca na consciência: na dinâmica social também, a qualquer momento, como pudemos observar recentemente quando os policiais se retiraram para os quartéis por alguns dias. Bastaram alguns dias, para que a bestialidade pânica escondida, encavernada, ganhasse as ruas e o estado de pânico se apoderasse de nós. A situação externa é uma expressão da situação interna. Nós todos queremos paz, claro, mas, nas palavras mais poéticas do Rubem Alves (1999), “não planta jardins por fora, quem não tem jardins por dentro” p.24).

Voltemos à Arcádia. Reza a lenda que, no primeiro século depois de Cristo, a tripulação de um navio que passava entre duas ilhas gregas, em alto mar, ouviu um grande som de lamentação, e uma voz que gritava, clara, ecoando pela imensidão das águas: *O Grande Pã está morto! - É morto*

o Grande Pã, insistia. Atordoados, ao chegarem em Roma, centro do mundo, toda a tripulação tratou de espalhar a notícia pelos quatro ventos e o capitão foi ao próprio imperador relatar o acontecido.

Aos poetas, e aos estudiosos em geral, naturalmente, não escapou essa associação entre o início da era cristã, com seu inegável potencial civilizatório, e a morte do grande deus da natureza. Um desses poetas, dos mais sensíveis, o nosso Manoel Bandeira, registrou o fenômeno nos versos do poema “A morte de Pã”:

“Quando aquele que o beijo infiel traíra no Horto Desfaleceu na cruz, das montanhas ao mar
Gemeu, com grande pranto e feio soluçar,
Uma voz que dizia: - "O Grande Pã é morto!...

"Aquele deleitoso, calmo viver absorto "No amor da natureza augusta e familiar, "O ledo rito
antigo, outrem veio mudar
"Em doutrina de amargo e rudo desconforto.

"Faunos, morrei! Morrei, Dríades e Napéias! "Oréades gentis que a flauta do Egipã
"Congraçava na relva em rondas e coréias,

Morrei!Apague o vento os tenuíssimos laivos "Dos ágeis pés sutis... Bosques, desencantai-
vos...

"Fontes do ermo, chorai, que é morto o grande Pã!..."

Uma curiosidade, porque, como sabemos, os deuses não morrem, são substituídos por outros. Aqui, como em nenhum outro lugar, temos a oportunidade imperdível de compreender a genial, e enigmática, frase de Jung (2003): “Os deuses tornaram-se doenças” (p. 43). A que nós acrescentaríamos: não morreram, nem foram substituídos por outros, então, tornaram-se doenças. Nas crises paroxísticas de ansiedade, a consciência perdida, imatura, do sujeito em um momento fragilizado de desenraizamento, pressente um cerco, uma presença ameaçadora de forças sobre as quais não tem nenhum controle, e queda atemorizada, exatamente com todos os sintomas de quem vê uma jaguatirica no canto da sala.

O horror ao grande Pã transformou-se em Síndrome do Pânico. Estamos tão expostos ao Grande Pã como sempre estivemos. O pensamento mágico que pretende exorcizar o demônio através da

linguagem, explicando-o ou trocando o seu nome, aqui, falhou. E a consciência imatura queda paralisada, violentada, invadida, transida de horror, com o sujeito dominado pela mesma sorte de sintomas físicos e psíquicos que sempre nos dominaram, quando nossos antepassados se encontravam com o astuto Pã, nas encruzilhadas mal-assombradas das noites da antiguidade. É o mesmo fenômeno. A Arcádia grega, a qual nos referimos, não é o lugar geográfico do Mediterrâneo, mas o lugar imaginal da Psique, habitado hoje e ontem pelas mesmas presenças misteriosas, personificadas ontem, conceituadas hoje, mas as mesmas presenças misteriosas.

Assim, seguindo a linha iniciada por Jung, desenvolvida por James Hillman e Rafael Lopez-Pedraza, e confirmada pelos estudiosos contemporâneos da Psicologia Analítica, podemos estabelecer o objeto que provoca as crises de ansiedade, hoje e ontem, como sendo uma representação particular daquilo que Jung chamou de Sombra, aquele arquétipo, órgão de nossa Psique que abriga os conteúdos inconscientes ultrapassados pela história da vida em sua longa jornada das trevas para a luz, da barbárie para a civilização, do animal para o além-homem, da inconsciência para a consciência. Conteúdos que não podem ser integrados à consciência pela ameaça que representam aos valores a custo conquistados ao longo dessa história. A ordem estabelecida internamente, “aturado labor de tantos anos” (Gonçalves Dias), percebe-se ameaçada em sua fragilidade, em sua coesão recém-conquistada, pela potência destes conteúdos inconscientes, arcaicos, carregados da energia colossal da natureza. Não adianta falar para o indivíduo que os brutos também amam ou que a Fera vai se apaixonar pela Bela no final. Não adianta, ele não se acalma. É uma fera e pronto.

Todos os sintomas físicos e psíquicos que acompanham estas crises dão conta da realidade material, corporal, biológica e psicológica do deus selvagem no indivíduo contemporâneo, manifestações do que aqui chamamos de Sombra. O terror pânico é a reação da consciência à ameaça de ser superada por ela, de ser dominada por forças que presente desgovernadas e incontroláveis. O famoso grito de Pã, que assustava o próprio deus e que paralisava de terror suas vítimas indefesas, marca o momento terrível em que todas as defesas do Eu caem vencidas, e a consciência percebe-se exposta àquelas forças. Na cena do banho do filme *Psicose*, de Alfred Hitchcock, e na expressão do citado quadro “O grito”, o grito dado pela atriz no primeiro e o desenhado pelo pintor no segundo, registraram para sempre o horror deste momento.

Este é o objeto que os manuais dizem que não existe. Pode não ser consciente, ou invisível, ou desconhecido, ou até mesmo, psicológico, “coisa da sua cabeça”; mas existir, existe. Existe porque

atua, e o que atua, existe (JUNG, 1999). Chame-se do nome que se quiser: cisma, Pã ou Sombra. Agora vamos para o outro lado da equação, o sujeito que sente, o Eu, a consciência, o outro ator desse script sem o qual o drama não se completa. Afinal, crises de ansiedade sempre existiram, a Sombra é um arquétipo, sempre existiu em todos, Pã campeava pelo mundo e todos o temiam, mas aparecia para determinadas pessoas, em determinadas situações. O que faz de uma pessoa específica, e não outra, uma vítima deste ataque da Sombra? E mais, o que faz deste fenômeno, neste momento, uma epidemia alastrada pelo mundo? Epidemia registrada tanto pela Associação Americana de Psiquiatria, em seus DSMs, quanto pela Organização Mundial de Saúde, em seus CIDs.

Durante os anos da década de 30 do século passado, quando a Europa estava como que em suspenso no ar, perplexa, e impotente, diante dos acontecimentos que preparavam os horrores da 2ª guerra mundial, Jung escreveu alguns ensaios que analisavam aquele momento. Neles, Jung (1993) descreveu tanto a irrupção do deus guerreiro Wotan entre os alemães, quanto a paralisia que dominava a atônita Europa. Wotan é um dos aspectos, encontrado entre os germânicos, do que os gregos chamaram de Pã. Ele usou uma imagem, que eu gostaria de repetir aqui, ao juntar livremente algumas coisas que ele escreveu nessa época.

As pessoas perderam os seus muros protetores. No mundo medieval, existia o céu, a terra e o inferno. O bem ficava no céu, encima, o mal no inferno, embaixo, e nós na terra, no meio dos dois. Ponto. Um Pai onipotente habitava os céus e cuidava de nós e dos nossos contra o mal que grassava além dos muros inquebrantáveis da Igreja. O sol era eterno, girava em torno da terra por ordem de Deus e a natureza a tudo provia com abundância. Quando a vida acabasse, os bons iam para a eternidade ao lado do Pai e os maus para o inferno. Tudo era bem definido, simples, compreensível, fazia sentido e tinha significado. Todas as emoções eram vividas com base nessa orientação inquestionável da consciência.

Resultado: um outro quadro foi pintado na época, mais precisamente em 1503, no ápice do período medieval, depois da “longa noite de mil anos”, como Nietzsche chamou a idade média. Virou ícone pelo mesmo motivo, qual seja, retratava o estado coletivo da alma, da anima mundi, naquele tempo. A Mona Lisa. Reparem a expressão do rosto e das mãos. Olhem como se sente uma alma no colo de Deus. Vocês só verão essa expressão no rosto de um bebê dormindo no colo da mãe.

Pois bem, com a idade contemporânea e o aperfeiçoamento das ciências, a humanidade saiu das igrejas para nunca mais voltar. “Todas as ordens foram traídas, todas as promessas foram

desfeitas” (Antônio Maria), tudo foi misturado e complicado até o limite da incompreensão. Tudo foi perdendo sentido até nada mais fazer sentido; nada tem propósito ou significado definidos, até o sol vai se apagar, é um completo *nonsense*. O mundo em que todos nós vivemos é um manicômio. Isso é o que as pessoas estão sentindo. Milhões não acompanharam essa reviravolta da cosmovisão e não compreenderam a linguagem das ciências. O sumiço de Deus no céu não foi acompanhado, no coração das pessoas, pela sua emergência “dentro de vós”. Ninguém entendeu vivencialmente essa descida do espírito à matéria. O resultado foi centenas de milhões de pessoas fragilizadas, a descoberto, expostas aos ataques da Sombra. A casa de pedra, “aturado labor de tantos anos” (Gonçalves Dias), transformou-se, pela ação mágica do tempo, na casa de palha, expondo seus habitantes assustados ao sopro do lobo.

Continua Jung: Imaginem que convido vocês para uma estadia em minha casa. Ela é sólida, espaçosa, tem três andares, farta comida e vocês poderão passear pelos jardins e nadar no lago. Uma vez lá, instalados, vocês descobrem rachaduras nas paredes e os empregados lhes dizem que os tremores de terra, frequentes na região, abalaram os alicerces da casa e todos trabalham apreensivos de que ela desmorone a qualquer momento, como outras da vizinhança já desmoronaram. Além disso, teve as doenças infecciosas. Alguns parentes do doutor, que é meio esquisito, morreram de tuberculose naqueles quartos e eles não foram limpos, nem a roupa de cama foi trocada.

Como vocês se sentiriam nessa casa? Todos os medos cuidadosamente guardados emergiriam com força avassaladora e vocês fugiriam dali na primeira oportunidade.

Ok., mas, aqui, fora da metáfora - fugir para onde? Realmente, toda a vida exterior perdeu suas certezas e não as reencontrará nunca mais. Tudo perdeu sua credibilidade: a Igreja, o Estado, o Céu, o Inferno, a Fifa ...

A tradição espiritual que nos sopra do ocidente e do oriente aponta uma saída: a humanidade hoje é compelida a voltar-se para dentro de si mesma a fim de encontrar ali a segurança que o mundo externo a privou. Não mais uma vida externa garantida e estável, mas agora uma consciência pessoal firmemente enraizada na psique e capaz de fazer frente às intempéries que sempre a assolaram de fora e de dentro, já que não pode mais contar com os muros protetores que as religiões medievais lhe ofereciam. Aquela consciência recente, e ainda fragilizada pela proteção absoluta, é empurrada para o mar alto, onde terá de se desenvolver. Evolução.

É aqui que nós entramos. O oposto de consciência imatura, frágil, infantil, as singelas náiades vítimas de Pã, não é consciência adulta. É consciência enraizada no processo de individuação. Individuação, individuação ... “como isso soa estranho.” (Goethe). Depois que Jung descreveu esse fenômeno em atuação na psique, ele gastou inúmeras páginas para esclarecê-lo. Todos os seus seguidores fizeram o mesmo. E vocês sabem que existem junguianos gregos e junguianos troianos. Hoje, entretanto, depois de quase 100 anos de elaboração, esse processo tornou-se uma espécie de Bar Garota de Ipanema da Psicologia Analítica: uma esquina da Tom Jobim com a Vinícius de Moraes, uma espécie de rua Nascimento e Silva, 107, onde junguianos gregos e troianos, depois de muito embates, se confraternizam em um longuíssimo *happy hour*. Todos o entendem como a pedra angular da Psicologia Analítica.

Processo de individuação é o processo vital de realização de todo o potencial do sujeito. É o caminho estreito e espinhoso onde ele transforma-se lentamente naquilo que ele já é em potencial; em um primeiro momento, na primeira metade da vida, realizando as características coletivas já conquistadas pela humanidade anterior a ele, em uma espécie de download das conquistas filogenéticas na ontogenia, e, em um segundo momento, na segunda metade da vida, diferenciando-se progressivamente destas características coletivas, colorindo-as com um matiz todo particular onde realiza suas idiossincrasias mais íntimas e constitui-se como Indivíduo, diferente de todos os outros.

A firmeza na permanência nesse caminho, estreito e espinhoso, apesar das tentações coletivas de desvio para a senda larga e espaçosa do mais fácil ou conveniente, é o que ativa na psique do indivíduo os atributos heroicos de força e coragem para vencer os obstáculos desse caminho, livrando-o das investidas da Sombra que o aguarda em todos os outros. Nas palavras de Jung: “Só aquilo que somos tem o poder de nos salvar” (JUNG, 1981, p. 157).

As crises de ansiedade, à maneira da febre, são os sinais da psique ancestral de que o indivíduo pegou o caminho errado, e os ataques de pânico, à semelhança das convulsões febris, de que ele já se aprofundou demais nele, e já encontrou o antigo e inarredável habitante daquelas veredas, que está lá, em um primeiro momento, para expulsar o indivíduo de lá. Reparem que é a mesma compreensão que temos da febre e das convulsões, às vezes, dela advindas. Mas a psique ancestral, em sua infinita bondade, já nos ensina, ainda crianças, como funciona esse mecanismo, preparando-nos desde lá para o que há de vir em jogos de mil nomes. O vivo interesse e envolvimento das crianças nesses jogos é o que nos mostra que ali está acontecendo algo de muita

importância. E está mesmo. Faz parte daquele download a que nos referimos atrás.

No interior de Minas, onde cresci, e lembro bem do entusiasmo com que participávamos destes jogos, tinha o Cabra-cega (Cabra ... olha o Pã aí...). Uma criança era vendada e um objeto de valor era escondido em algum canto do quintal. A criança tinha que encontrá-lo. Já vendada, ela era girada e, depois, solta. Saía perdida, com os braços levantados, meio tonta, e ia andando. Quando pegava um rumo errado, que a levaria para longe do objeto procurado, a criançada gritava, em alvoroço: “tá frio”, “tá muito frio”, ou “tá gelado”, na medida em que se afastava mais. Quando pegava um rumo na direção e sentido do objeto escondido, a criançada gritava: “tá quente”, “tá muito quente”, ou “tá fervendo”, na medida em que se aproximava. Quando conseguia apanhá-lo, o ato era comemorado como uma vitória, com muita algazarra.

A criança simboliza o ser humano nascente, *in status nascendi*, em estado de Pã, o próprio conjunto de instintos primitivos, cegos, que precisa completar sua humanização trilhando o caminho da individuação, simbolizada pelo objeto de valor difícil de ser alcançado, o tesouro escondido das jornadas do herói, a pedra preciosa, o lápis philosophorum, conclusão da Opus, obra, alquímica. A criançada em volta aparece como símbolo da psique coletiva, natural, e os gritos delas funcionam como a ansiedade, que aumenta ou diminui conforme nós pegamos o caminho que leva à realização de nossos potenciais ou nos afasta dela.

Eu não sei como a Psique poderia ser mais clara. Inclusive os termos usados pela criançada são muito apropriados: “Quente”, ou seja, onde há calor, libido; e “gelado”, ausência de vida, libido, morte.

Retomando, então, para concluirmos, que o estado de coisas do mundo moderno priva o indivíduo de qualquer ponto de referência seguro a partir do qual ele possa ver e enfrentar o mundo. Aquelas certezas que o período medieval proporcionava perdeu-se para sempre, como frutos de uma época “que o vento levou”. Sua consciência, então, acuada diante das seguidas frustrações, recua e o impele para uma relação segura com forças psíquicas dentro de si mesmo. Esta relação segura só pode ser encontrada no caminho da individuação, onde o indivíduo pode contar com todas aquelas forças naturais que dispõe cada potencial para sua própria realização.

Este, e só este caminho, (“Há tantos caminhos, tantas portas, mas somente um tem coração” - Raul Seixas), só este caminho lhe confere a segurança necessária para transitar a salvo em um mundo

em transe. Quando em estado de pânico, em crises de ansiedade, “naquele desespero que é moda em 76” (Belchior), toda a sorte de técnicas e recursos, como a medicação, psicoterapias de apoio, técnicas comportamentais de reforço e recompensa, meditação, podem e devem ser usadas, funcionam como um balão de oxigênio que garante ao indivíduo um tempo protegido para se redefinir. Mas a busca terapêutica eficaz é pela sua alma, que ele perdeu em algum lugar.

Muito sucesso nessa jornada e obrigado a todos pela atenção.

Referências bibliográficas

ALVES, R. **Entre a ciência e a sapiência - O dilema da educação**. São Paulo: Edições Loyola, 1999.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **DSM-V**: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

JUNG, C. G. **Estudos Alquímicos**. OC vol. XIII. Petrópolis: Vozes, 2003.

_____ **A prática da psicoterapia**. OC vol. XVI. Petrópolis: Vozes, 1999.

_____ **Psicologia em transição**. OC vol. X. Petrópolis: Vozes, 1993

_____ **A dinâmica do inconsciente**. OC Vol. 08. Petrópolis: Vozes, 1984.

_____ **Estudos sobre Psicologia Analítica**. OC vol. VII. Petrópolis: Vozes, 1981.

HILLMAN, J. **Pã e o Pesadelo**. São Paulo: Paulus, 2015.

LÓPEZ-PEDRAZA. R. **Hermes e seus filhos**. São Paulo: Paulus, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10**: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 7. ed. São Paulo: EDUSP, 2008.

A (IN) FELICIDADE DE SER SÓ COMO PARTE DO CAMINHO DE INDIVIDUAÇÃO

Dr^a. Kirlla Cristhine Almeida Dornelas

Se levarmos em consideração a data de ontem (15/06/2018), às 22h, no Brasil, há 213 milhões 544 mil 403 pessoas. Diante deste número fica difícil de acreditar que a solidão seja um sintoma patológico da Contemporaneidade conforme apontada por alguns autores. Worsley (2014) fez um levantamento histórico sobre o tema e concluiu que passamos da compreensão da solidão como um sentimento (ruim!!!) para sintoma coletivo de um estado mental que pode desencadear sérios problemas de saúde. Tanto que em vários países se monitora o nível de solidão por causa do impacto na saúde pública. Na Inglaterra, inclusive, acabou de ser criado o Ministério da Solidão para combater essa triste realidade moderna.

Nesta perspectiva, trabalha-se com a ideia da solidão como estar longe dos outros, a solidão social como denominada por Weiss (1973). Este autor destaca que além da solidão proveniente do isolamento social, existe a solidão emocional. Neste caso, a pessoa pode estar inserida em vários grupos sociais e se relacionar com várias pessoas; mas não encontra um suporte significativo.

A pessoa em meio à multidão sentir-se só foi experimentado várias vezes por Jung, conforme lemos em *Memórias, Sonhos e Reflexões* (2011):

Quando criança, sentia-me solitário e o sou ainda hoje, pois sei e devo dizer aos outros, coisas que aparentemente não conhecem ou não querem conhecer. A solidão não significa a ausência de pessoas à nossa volta, mas sim o fato de não podermos comunicar-lhes as coisas que julgamos importantes, ou mostrar-lhes o valor de pensamentos que lhes parecem improváveis (p. 143).

O meu entendimento é que a solidão é inerente aos relacionamentos. A solidão expõe nossa unicidade, porém não significa necessariamente isolamento. De alguma maneira, sempre estamos

em diálogo, seja com nossas esperanças, seja como nossos medos, com pessoas reais ou com anjos. Nesse sentido, concordamos com Jung (2011) ao considerar que a solidão é não conseguir se comunicar, não criar essa relação dialógica. Ou como diz Dolto (2001) “é a ausência de interlocutores válidos” (p. 46).

Jung (2011) destaca que a solidão não é oposição à comunidade. Pelo contrário. Para ele, o solitário sente profundamente a comunidade porque ser comunidade somente é possível quando cada um se lembra de sua própria natureza, sem identificar-se com os demais. Por outro lado, ele também nos alerta que a solidão também pode ser perigosa devido ao seu caráter adicto, pois quando nos damos conta de quanta paz há na solidão, podemos não querer lidar com as pessoas.

Ainda assim, não existe a possibilidade de existir um nós sem existir um eu. Minha conclusão não é inédita. Fernando Pessoa já chamava atenção para importância de passarmos pela dor da solidão para sermos um. Senão ficaríamos vagando incompletos e neuroticamente nos projetando e jogando a responsabilidade para o Outro de nos tornar inteiro.

Solidão vem do latim *solus*, que significa só, desacompanhado. Todavia, Edinger (2012) traz uma outra perspectiva ao usar como referência os Evangelhos Gnósticos no grego original, solidão – solitário – solteiro, significando unificado. Isto é, alguém que segue a si mesmo como uma unidade interior solidificada. Esta unidade, o Si mesmo, é parte do processo de individuação, em que o indivíduo psicológico se torna um todo integrado às suas necessidades. Portanto, ou por isso, a solidão vem como uma forma de encontrar-se.

Sabemos que o ser humano se constitui socialmente e buscar o contato social é necessário para nossa existência enquanto espécie. Porém também precisa situar-se em seu interior para fabricar suas próprias referências e conhecer a sua alma. Estar em contato com a nossa alma é o que significa saúde para psicologia analítica.

A solidão nos ajuda a não abandonar a nós mesmos por que quando aceitamos o clamor do deserto, o vazio interior oculta uma plenitude tão grande como ele, contanto que ela possa nos penetrar (JUNG, 2003, p. 218).

Em um momento em que estamos tão conectados numa grande rede virtual e real, a Contemporaneidade nos desafia a aceitar o caminho da autocompreensão porque este é solitário. De acordo com Nichols (2001), devemos nos retirar da sociedade e aprender a receber com agrado a solidão. Os momentos de solitários podem propiciar o encontro consigo mesmo e melhorar as nossas qualidades relacionais.

Ao se separar do outro, a pessoa pode ter uma forma própria e reconhecer-se. Encontro precisa de separação. Ou como Jung (1987) relata “a individuação é torna-se um consigo mesmo e ao mesmo tempo com a humanidade toda” (p.103). O outro é fundamental para construção identitária e que o conhecimento de si necessita das relações sociais; porém como acrescenta Jung “o melhor trabalho político, social e espiritual que podemos fazer é parar de projetar nossas sombras nos outros”. Contrariando Sarte (2007), “o inferno NÃO são os outros”.

A solidão é vista como doença porque expõe como somos vulneráveis, frágeis e dependentes (GIDDENS, 1993). Tanto que muitas pessoas têm dificuldade de sentir prazer em estar em sua própria companhia. Entretanto, em uma sociedade tão massificadora como a atual, os momentos de solidão é uma conquista, além de regenerador (DOLTO, 2001). Winnicott (1982) destaca que a solidão é fundamental para que a pessoa seja completa em si mesma. Em contraponto a representação da solidão como negativa, temos a solidão positiva: solitude. Neste caso vem a ser a capacidade de não se desmoronar sem a presença do outro.

Precisamos aprender a estar sozinho e a valorizar o relacionamento conosco mesmo para conseguirmos passar pela metanoia. No livro Símbolos da transformação, a solidão aparece como um meio de acesso ao inconsciente. Porque a nossa voz interior é ouvida solitariamente. Somente na solidão podemos escutá-la fazendo a grande pergunta e responder sobre qual é o sentido da vida (JUNG, 2012).

Dolto (2001) sugere um anagrama para usando a palavra em espanhol, soledad – edad del sol. E o sol é o símbolo do surgimento da consciência. Jung nos ensina que cada coisa traz em si o seu oposto, precisamos do sol para iluminarmos as nossas sombras. Assim como Clarice (2017) demonstra muito bem em sua obra e, especificamente, sintetiza muito bem o que estamos falando: “Minha força está na solidão. Não tenho medo nem de chuva tempestivas nem de grandes ventanias soltas, pois eu também sou o escuro da noite”.

Então, vamos nos desligar e aceitar uma viagem ao encontro de si. Colocar a cara no sol e que hoje você possa olhar para si e se reconhecer... Reconhe-SER. Temos tantos dias comemorativas para os outros, como o recente período dos namorados, mas que tal enamorar de si mesmo? Proponho que seja hoje o Dia do Eu Me Amo.

Gratidão por estarmos juntos.

Referências bibliográficas

DOLTO, F. Solidão. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

EDINGER, E. F. **Ego e arquétipo.** São Paulo: Cultrix, 2012.

GIDDENS, A. **A transformação da intimidade: amor e erotismo nas sociedades modernas.** São Paulo: UNESP, 1993.

JUNG, C. G. **Memórias, sonhos, reflexões.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2011.

_____ **Mysterium Coniunctionis.** Petrópolis: Vozes, 2003.

_____ **A prática da psicoterapia.** Petrópolis: Vozes, 1987.

LISPECTOR, C. **A hora da estrela.** Rio de Janeiro: Rocco, 2017.

NICHOLS, S. **Jung e o Tarô – Uma jornada arquetípica.** São Paulo: Cultrix, 2001.

SARTRE, J. P. **Entre quatro paredes.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

WEISS, R. S. **The experience of emotional and social isolation.** Cambridge: MLT Press, 1973.

WINNICOTT, D. W. A capacidade para estar só. In: **O ambiente e os processos de maturação.** Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 31-37, 1982.

WORSLEY, A. S. J. The poetry of loneliness from romance to romanticism. 2014. 251 f. **Dissertation (Doctor of Philosophy)** - Princeton University, Princeton, NJ: Princeton University, 2014.

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 “janguiana”. 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 resoluto, observador e metódico na formulação de hipóteses de trabalho clínico. Então, numa jornada janguiana, 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 a 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 ^[17]_[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 pudéssemos 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 visio 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 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.

PESQUISA E ATENDIMENTO CLÍNICO: PRÁTICA E RELEVÂNCIA NA MELHORA DO ESTRESSE

Samara Hipolito Nietzsche

Sobre a Pesquisa

Neste artigo será esclarecido sobre uma pesquisa que está acontecendo na Escola Paulista de Medicina (EPM/Unifesp) no departamento de psiquiatria no Programa de Atendimento e Pesquisa em Violência (PROVE/Unifesp) desde agosto de 2016. Também será abordado sobre algumas patologias classificadas, pelo DSM-5, como transtornos ansiosos e sobre o Transtorno de Estresse Pós-Traumático.

O objetivo de tal pesquisa é o de investigar o efeito da Terapia de *Sandplay* (TS) no tratamento de meninas adolescentes que sofreram violência sexual e desenvolveram transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Com a finalidade de comparar a diminuição dos sintomas do TEPT. Isso é feito com instrumentos quantitativos que são aplicados antes e após a intervenção, pois assim é possível observar ou não a diminuição dos sintomas. Ao todo, serão avaliadas 20 adolescentes entre 14 e 17 anos. O instrumento que analisa se os sintomas reduziram ou não é a Escala de TEPT administrada por clínicos (*Clinician-Administered PTSD Scale – CAPS adolescentes*) (BLAKE *et al*, 1995). É uma escala aplicada pelo clínico e tem formato de entrevista estruturada. É composta por 30 itens que avaliam a frequência e a intensidade dos sintomas do TEPT.

Transtornos Ansiosos

Os transtornos ansiosos são caracterizados por quadros clínicos onde o paciente demonstra medo, apreensão e ansiedade de modo patológico, desconforto que se origina de uma antecipação de perigo, estes sentimentos exagerados são desproporcionais ao estímulo. Segundo o DSM-5, os transtornos de ansiedade se diferem do medo e da ansiedade adaptativas por serem mais exagerados e por persistirem por mais de seis meses. Para diagnosticar, deve-se avaliar a sintomatologia, sua relação com o desenvolvimento, o contexto familiar, o funcionamento social e o desempenho escolar (APA, 2013).

Agorafobia

A descrição dos sintomas desta patologia, segundo o DSM-5, é quando o indivíduo sente medo de espaços abertos, multidões e lugares que tenha dificuldade para um escape imediato até um local seguro. Na rotina, esses sintomas causam muitas limitações, pois os medos são estendidos para entrar em lojas, multidões, lugares públicos ou de viajar sozinho em aviões, trens ou ônibus. O comportamento de evitação pode variar, mas esse é o mais incapacitante entre os transtornos fóbicos podendo fazer com que o paciente não queira mais sair de casa por medo de ter um colapso e não ser socorrido (APA, 2013).

Transtorno de Ansiedade Generalizada

Caracteriza-se por ansiedade e preocupações excessivas que se manifestam em vários âmbitos da vida de uma pessoa. Estes sentimentos de ansiedade e preocupação causam sofrimentos significativos levando a um prejuízo no funcionamento social e profissional. Segundo o DSM-5, a ansiedade e a preocupação demasiada devem vir acompanhadas por pelo menos três sintomas adicionais que podem ser: irritabilidade, dificuldade para se concentrar, tensão muscular e perturbação no sono. Os sintomas são variáveis, mas com queixas de sentimentos contínuos de nervosismo, tremores, sudorese, palpitações, tonturas e desconforto epigástricos (APA, 2013).

Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC)

O TOC é um transtorno neuropsiquiátrico (APA, 2013) que tem como característica a presença de obsessões e compulsões, que são comportamentos repetitivos que acontecem conjuntamente com pensamentos impulsivos onde o indivíduo se sente obrigado a executar. Para este paciente, estas são regras que devem ser seguidas rigidamente.

As compulsões se caracterizam por comportamentos ou atividades mentais para diminuir o desconforto e a ansiedade, porém não demonstra relação com a realidade. É importante destacar que essas obsessões não são vivenciadas como prazerosas, pelo contrário, elas são intrusivas e indesejadas causando muito sofrimento e ansiedade na maioria das pessoas que desenvolvem essa doença. Isso compromete o desenvolvimento escolar, na rotina de casa, lazer e atividades sociais. Os pensamentos obsessivos são ideias, imagens que invadem a mente do indivíduo de maneira involuntária e que se repetem de forma estereotipada. Estes pensamentos são reconhecidos pelo próprio indivíduo como sendo dele, mesmo que se apresentem de maneira involuntária e sendo considerados repugnantes. Rituais compulsivos são comportamentos estereotipados que se repetem muitas vezes com o intuito de prevenir algum evento que possa vir a acontecer. Porém, é comum que o paciente tenha crítica sobre estes comportamentos e saiba que eles são ineficazes e despropositados (APA, 2013).

Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)

Os sintomas do TEPT normalmente são o medo, sonhos angustiantes e recorrentes, no qual o evento traumático está relacionado. Perda de habilidades anteriormente adquiridas, ansiedade, lembranças intrusivas e com grande carga de sofrimento, falta de concentração, irritabilidade. Pode ocorrer um comprometimento acadêmico e em relacionamentos com seus pares.

Na adolescência é a fase de maior prevalência de abuso sexual em mulheres. Muitas vezes estas violências são intrafamiliares o que causa um medo intenso da vítima e um afastamento do seu convívio familiar e social. Em 2014 foram notificados no Brasil que a cada 11 minutos acontecia uma denúncia de abuso sexual com adolescentes e crianças. Estes números são do 9º Anuário Brasileiro de Segurança Pública, do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (BBC, 2017).

No âmbito emocional são frequentes o medo da morte, vergonha e culpa. O estupro leva a graves problemas familiares e sociais. A enorme dor e ansiedade fazem com que certos indivíduos, que desenvolveram o TEPT, se utilizem de defesas psicológicas desadaptadas com o objetivo de evitar novas experiências traumáticas (SOUZA, 2013). Contudo, estas defesas levam a uma forte resistência a qualquer nova experimentação, prejudicando o processo de simbolização que permitiria a criação de novos significados ao trauma (SOUZA, 2013). Os mecanismos de defesa patológicos prejudicam o movimento criativo saudável de uma psique em transformação. A impossibilidade de mudar o passado, gera angustia e uma memória

repetitiva, assim, o estupro não acontece somente durante o evento traumático, mas ele continua a acontecer na memória da vítima. É como se o passado representasse o presente que não leva a um futuro criativo e com novas possibilidades de viver (KALSCHED, 2013).

O que o Estresse Crônico Causa no Corpo?

O estresse crônico está associado ao encurtamento dos telômeros, e, portanto, ao envelhecimento acelerado. Os Telômeros são sequências repetitivas de DNA (TTAGGG) que associados a proteínas promovem estabilidade e proteção ao material genético. Localizam-se nas extremidades dos cromossomos. Sua função é de lacrar a extremidade dos cromossomos mantendo sua estabilidade e integridade (COIMBRA *et al*, 2017).

A cada divisão celular os telômeros diminuem naturalmente e, por isso, eles estão relacionados ao envelhecimento. Quanto mais velho, menor os telômeros, com isso, entende-se que o encurtamento telomérico está relacionado ao surgimento de doenças do envelhecimento, como: diabetes, cardiopatias, arteriosclerose, osteoporose, câncer, artrose, Alzheimer (COIMBRA *et al*, 2017).

Estudos baseados em espessuras corticais em populações adultas com TEPT, que em sua infância passaram por trauma e estresse psicológico constante, demonstraram diminuição na espessura do Córtex pré-frontal e giros temporais superiores em comparação com controles saudáveis. Também foi observado que no grupo de indivíduos com TEPT manifestou a espessura do giro frontal superior esquerdo aumentado. Esta estrutura envolve funções executivas incluindo memória de trabalho. A região do córtex cingulado anterior faz parte do sistema límbico. É localizado na superfície medial dos lobos frontais do cérebro e supõe-se que ele esteja envolvido na regulação da atenção, na extinção do condicionamento de respostas ao medo e está implicado na fisiopatologia do TEPT (HAMNER; LORBERBAUM & GEORGE, 1999).

Tratamento

O trauma advindo do estupro leva frequentemente a dificuldades na expressão verbal, pois o mesmo atinge regiões primitivas do cérebro que são as chamadas áreas subcorticais. Estas fazem parte do sistema límbico e sua função está ligada com o instinto de sobrevivência (MOZZAMBANI, 2016). Uma terapia não verbal poderia ser usada com o intuito de atingir um nível pré-verbal da psique, e talvez possibilite uma expressão do sofrimento, permitindo

uma saída dos mecanismos patológicos que impedem a flexibilidade mental (MOZZAMBANI, 2016). Por conta destas características dos sintomas é que a Terapia de Sandplay (TS) foi escolhida como possível tratamento para este caso (MATTA, 2015).

Dora Kalff foi a criadora dessa nova técnica de psicoterapia. Ela afirmou que o aspecto central da caixa-de-areia, ou seja, da Terapia de Sandplay (TS), é o conceito de espaço livre e protegido que toma dimensões tanto físicas como psíquicas. Isso quer dizer que a técnica da caixa-de-areia oferece liberdade e proteção, pois o indivíduo está livre para criar aquilo que deseja, porém tem a limitação do próprio espaço que é delimitado pelo tamanho da caixa, e o número de miniaturas utilizadas (que é finito) (AMMANN, 1991).

O papel do terapeuta, de acordo com Dora Kalff, deve ser o de aceitar incondicionalmente os conteúdos trazidos pelos pacientes por meio da técnica da TS, e não deve haver confronto, intelectualização ou interpretação. O terapeuta avalia os cenários se baseando no conceito da simbologia Junguiana (psicologia analítica) e das ampliações arquetípicas que emergem (AMMANN, 1991).

As miniaturas são representações de imagens arquetípicas que podem ser manuseadas e colocadas dentro de um ambiente protegido. A criação dos cenários na presença de um terapeuta com a postura descrita acima promove a expressão do sofrimento tornando possível que componentes psíquicos inconscientes, que muitas vezes são mantidos sob controle do mecanismo de defesa, possam surgir, dando assim, a oportunidade de serem elaborados (AMMANN, 1991).

Caso Clínico

A paciente sofreu abuso sexual aos 16 anos de idade por um colega que morava próximo a ela. Após o abuso, ela passou a manifestar muitos sintomas do TEPT, como: não conseguir dormir (acordava a noite toda), passou a ter muitos pesadelos com a temática do trauma, depois do ocorrido tentou suicídio três vezes, perdeu a vontade de viver, muita tristeza, culpa e vergonha, perdeu a esperança com relação ao futuro e passou a ter medo de sair de casa. Para realmente ter o diagnóstico do TEPT, foi aplicada por outra profissional (psicóloga) a escala de TEPT administrada por clínicos (Clinician-Administered PTSD Scale-CAPS adolescente). Antes do tratamento, a paciente pontuou 61 e após o tratamento pontuou 24. Isso mostra uma grande redução nos sintomas do TEPT.

O processo terapêutico consistiu em fazer 15 semanas de terapia de sandplay com uma hora de duração cada sessão, na qual a paciente deveria montar ao menos um cenário por sessão. Depois de montar, ela deveria dar um nome ao cenário e contar uma história. Este tratamento demonstrou ser muito eficaz para o tratamento do TEPT, e isso é comprovado pela diminuição acentuada comprovada pela escala CAPS, citada acima (BLAKE *et al*, 1995).

Referências bibliográficas

- AMMANN, R. **Healing and Transformation in Sandplay**: Creative Processes Become Visible. Front Cover. Ruth Ammann. Open Court, 1991.
- APA. **DSM 5**. EUA: American Psychiatric Association, 2013.
- BBC BRASIL. **70% das vítimas são crianças e adolescentes**: oito dados sobre estupro no Brasil abr. 2017 [acesso em 25 de abril de 2017]. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-36401054>>
- BLAKE, D. D. *et al*. The development of a clinician-administered PTSD scale. **Journal Trauma Stress**, 8(1):75-90, 1995.
- COIMBRA, B. M. *et al*. Stress-related telomere length in children: a systematic review. **Journal of psychiatric research**, 92: 47-54, 2017.
- HAMNER, M.B.; LORBERBAUM, J. P.; GEORGE, M. S. Potential role of the anterior cingulate cortex in PTSD: review and hypothesis. **Depression and Anxiety**, 9(1): p. 1-14, 1999.
- KALSCHED, D. **O mundo interior do trauma**: defesas e arquétipos do espírito pessoal. São Paulo: PAULUS Editora, 2013.
- MATTA, R. M. da. Trauma em crianças em acolhimento institucional: avaliação e transformação por meio do processo psicoterapêutico da Terapia do Sandplay. 2015. 146 f. **Tese (Doutorado em Psicologia)** - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015.
- MOSSAMBANI, A. C. F. Estudo prospectivo de atenção e funções executivas em vítimas de violência urbana com transtorno do estresse pós-traumático. 2016. 112 f. **Tese (Doutorado em Ciências)** - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2016.
- SOUZA, F. B. C. de. Consequências emocionais de um episódio de estupro na vida de mulheres adultas. 2013. 163 f. **Dissertação (Mestrado em Psicologia)** - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

Quando a Alma grita – Pânico

Cristiane Luchese de Moraes e Silva¹

¹ Psicóloga, CRP 08/13999. Especialista em psicologia analítica. Em formação para terapeuta de Sandplay no IBTsandplay.

*Enquanto a vida me exigia
externamente, Tudo, compromissos e
responsabilidades, renegava minha
natureza íntima.*

*Dentro de mim, uma sensação intensa,
pulsante, algo não se conectava.*

*O meu corpo expressava uma linguagem que eu não
entendia. No impulso de seguir, gritava dentro de mim aquilo
que não deveria.*

*Escutei, pela primeira vez, minha alma aos
berros. Não me vi pronto para mergulhar em
mim.*

*Os gritos enlouqueciam minha
mente. Precisei parar.*

O meu corpo não obedecia a minha vontade.

Parei. O medo me invadiu:

*medo de tudo, mas principalmente de ser eu, da minha alma, do que
sou.*

Esse poema foi uma tentativa de representar, de forma poética, as falas, vivências e sensações de um caso clínico sobre o pânico.

Quando se pensa em pânico, inevitavelmente, acessamos a emoção do medo. Isso independe de ter acontecido uma experiência concreta com o pânico. Percebo que em algum momento do caminhar terapêutico essa palavra, medo, começa a fazer parte do discurso dos pacientes, não só como sintoma e/ou como reação. Essa ambiguidade fez-me refletir sobre ‘como’ e ‘o que’ o pânico representa psiquicamente, sobre ‘o que’ a alma quer dizer com esse estado de pânico.

Percorrer os labirintos da alma, adentrar o inconsciente, acessar nossos conteúdos sombrios nos causa uma sensação de medo, pânico, frente ao incompreensível. Entretanto, se por medo negligenciamos a nossa alma, a nossa natureza, isso também nos levará à paralisia, ou até a desenvolver o pânico como sintoma.

Cada pessoa reage frente às crises de forma única, pessoal, mas uma coisa é comum quando se trata de pânico, é sempre algo urgente. No trabalho de análise observo que as pessoas estão em diferentes momentos: ou se acostumaram com os sintomas do pânico, ou aparecem no consultório porque estão em crise, ou desenvolvem pânico no decorrer da

psicoterapia. As percepções corporais e o medo iminente de morte são intensos; as angústias, a sensação de fragilidade e vulnerabilidade, o desamparo, a impotência em relação a algo súbito e agudo as aflige.

A palavra pânico no dicionário traz um certo resumo, um tanto preciso, sobre o que muitas pessoas descrevem sobre suas crises. “Pânico causa terror e medo; que assusta ou amedronta sem razões aparentes. Que provoca susto e sai do controle da razão. Medo desesperado que causa uma reação descontrolada”.

Numa pesquisa histórica, há descrições de pânico desde a Grécia Antiga, porém, a Associação Americana de Psiquiatria incorporou a classificação aos transtornos de ansiedade apenas em 1980. Muitas nomenclaturas foram utilizadas ao longo da história para se referir ao pânico: síndrome de despersonalização, síndrome ansiosa, estado de ansiedade, ansiedade de separação, hipocondria, histeria, depressão ansiosa, depressão atípica, coração de soldado, síndrome de esforço, neurose cardíaca, taquicardia nervosa, entre outros. Todas essas nomenclaturas tentaram explicar as alterações fisiológicas que ocorrem quando eclode o pânico.²

Antigamente, nos atendimentos médicos nos PAs, não era fácil se adquirir um diagnóstico referente ao que se estava sentindo, pois não há como dizer ou localizar dentro do corpo alguma doença. A resposta era vaga, pois nada possuem, não há um ataque do coração, não há nada de errado com o organismo, apenas estresse e necessidade de repouso. Hoje, em muitos prontos atendimentos, já é possível ter um diagnóstico mais aproximado.

Dessa forma, no DSM 5 - Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, as crises de pânico são episódios distintos das crises de ansiedade, em função do seu início imprevisto ou da sua curta duração e por serem acompanhados de sintomas físicos e cognitivos, temor e medo intenso.³

O diagnóstico para o transtorno de pânico é dado em caso de crises de pânico inesperadas e recorrentes, seguido de, pelo menos, um mês de preocupação persistente com a repetição das crises; mudança de comportamentos, associadas a medo de ter os sintomas. Ou seja, o transtorno do pânico é uma doença caracterizada por ataques súbitos de ansiedade intensa, acompanhada de sintomas físicos e psicofisiológicos recorrentes.^{3,4} Outro aspecto que apoia o diagnóstico de transtorno de pânico são as crises noturnas. É uma crise de pânico súbita, que acontece quando o sujeito acorda do

sono em estado de pânico, que difere de entrar em pânico depois de completamente acordado.^{3,4}

Na perspectiva do paciente, as crises de pânico parecem ocorrer sem um fator desencadeante visível ou em momentos que não se espera. Edvard Munch, pintor do movimento expressionista, representa esse momento numa das suas obras de arte mais conhecidas, que denominou de “O Grito” – figura 1. Essa obra é de um período em que Munch esteve doente em Nice, em 1892. No seu diário, escreveu o momento que por certo o inspirou a pintar a sua obra: “Eu caminhava com dois amigos - o sol se pôs, o céu tornou-se vermelho, cor de sangue - eu senti como que um sopro de melancolia. Parei, apoiei-me no muro, exausto; sobre a cidade e do fiorde, de um azul quase negro, planavam nuvens de sangue e línguas de fogo: meus amigos continuaram seu caminho - eu fiquei no lugar, tremendo de angústia. Parecia-me escutar o grito imenso, infindável, a atravessar a natureza”.^{5,6}

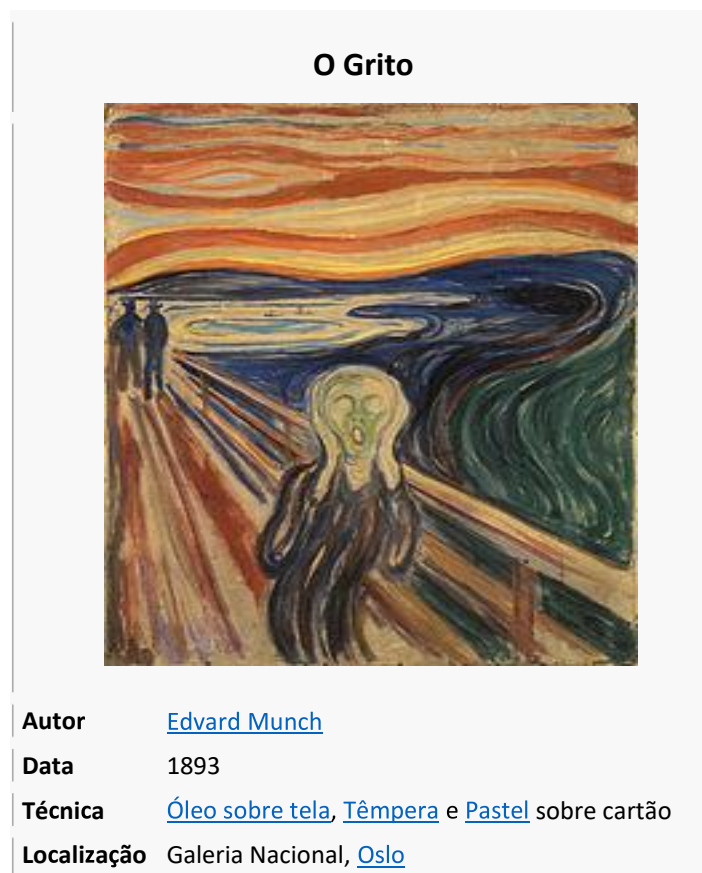


Figura 1. O grito⁶

Em termos simples, há duas faces para o pânico: 1) aquela que é vivida em relação a um estímulo e é chamada de medo; 2) aquela mantida por nenhum estímulo conhecido, chamada de ansiedade.⁷

Assim, o medo é uma resposta emocional à ameaça iminente real ou percebida, enquanto a ansiedade é a antecipação da ameaça futura. Evidentemente, esses dois estados se sobrepõem, mas também se diferenciam.^{3,4}

As crises de pânico estão associadas a fortes tendências à ação. Com mais frequência, apresenta a necessidade de fugir e, com menos, de lutar. Essas tendências a lutar ou a fugir geralmente implicam elevada excitação do sistema nervoso autônomo para sustentar a reatividade de luta-fuga. Além disso, esse tipo de reatividade geralmente é acompanhado por percepções de perigo ou ameaça iminentes, como morte, perda do controle ou ridicularização pública. A fisiologia reconhece como uma função de proteção.^{3,4}

A ansiedade é associada a tensão muscular e vigilância, uma preparação para perigo futuro e um comportamento de cautela ou evitação.^{3,4}

Nas pesquisas e na literatura há dois aspectos que predisõem a esse medo intenso: um biológico e outro psicológico. Estão ligados a afeto negativo e uma sensação reduzida de cuidado/controle. Somado a esses aspectos, há ainda uma exposição a sensações de ameaça e perigo em idade precoce. Isso provoca uma memória corporal, sensações somáticas, frente à ameaça e ao perigo.⁴

Além disso, sabe-se pelos autores do desenvolvimento primário, como Neumann⁸ e Fordham⁹, que os primeiros dois anos de vida da criança propiciam fatores decisivos no desenvolvimento emocional. Viver sensações de desamparo, traumas, rejeição e abandono criam marcas profundas no sujeito e na maneira como irá se relacionar com a vida. As angústias vividas e os medos experimentados podem ser fatores facilitadores do desenvolvimento de crises de pânico no futuro.

Agora, voltaremos ao caso clínico, referente ao poema, para exemplificar melhor. Esse caso refere-se a um homem com 25 anos que vive as angústias do transtorno de pânico. Sua infância foi marcada por um ambiente inseguro, as instabilidades emocionais dos pais provocavam sensações constantes de ameaça e abandono à criança. A dinâmica familiar se instalou na seguinte configuração, a mãe desenvolveu uma superproteção em relação à criança, que limitava o seu crescimento emocional, e o pai voltou-se ao mundo externo, “abandonando” o filho com a mãe. Esse homem desenvolveu dependência

emocional materna e rejeição paterna, em outras palavras, um ego frágil, com dificuldades de se colocar no mundo; somado a um complexo paterno negativo.

Nesse caso apresentado, as experiências vividas pelo paciente no período pré-verbal, na relação com os genitores, desenvolveram sensações recorrentes de medo e de não ter lugar no mundo. Uma necessidade de aceitação e reconhecimento externo, pois essa validação não vinha dele mesmo; um mecanismo de regulação externo, para validar sua vida interna; ou seja, uma negação da sua natureza.

No entanto, para Jung, o medo é um padrão instintivo de comportamento, como parte da sabedoria do corpo, que proporciona, de alguma maneira, uma conexão com essa natureza, igual à fome, à sexualidade ou à agressividade. Em seus seminários, discute ocasionalmente o medo, considerando-o como uma via legítima de por onde seguir. Para ele, só se vai aonde se teme, mas não à maneira do herói, que vai onde está seu dragão para derrotá-lo.¹⁰

Para misturar um pouco os contextos, sair das teorias, que lidam com o pânico em termos sociológicos, psicológicos e históricos, e buscar a sua origem, ou seja, buscar transcender os aspectos pessoais, individuais, e recorrer aos padrões comuns à coletividade, aos arquétipos universais. Encontrar nos mitos uma resposta mais coletiva ao pânico.^{2,7} Isso porque, para Jung, os arquétipos representam padrões de comportamentos herdados ou universais.¹⁰ Nos mitos, podemos encontrar essa representação do coletivo, mas que reflete nas atitudes do indivíduo.

Na busca dessa representação do coletivo, ligada à compreensão da pessoa que sofre de pânico, os mitos nos trazem uma ampliação desse padrão de reação, em vez de uma resposta finalista ou redutível de um comportamento.

Na mitologia, pânico é uma palavra que deriva do deus grego Pã.⁷

Pã é filho de Hermes e de Dríope. Ao nascer, sua mãe fica horrorizada com a monstruosidade do seu filho e o rejeita. Hermes o envolveu num couro de cabra e levou-o ao Olimpo, colocando-o junto a Zeus. Os outros deuses, ao verem a criança, se alegraram muito, sobretudo Dionísio, que mais tarde o engajou no seu cortejo. Os imortais lhe deram o nome de Pã, pelo júbilo que provocou em todos.¹¹

Em grego, Pã significa *tudo*. Não por acaso esse deus representa a natureza inteligente, fecunda e criadora, o universo ao qual tudo se subordina, indicando a extensão do poder vindo do seu nome. Com características repulsivas e de causar horror, pois sua aparência é metade humana e metade animal, barbudo, chifrudo, peludo, com pés de bode. Sua função,

que aliás muito lhe agradava, era ser o deus dos pastores e dos rebanhos, e, como tal, apesar de ser uma divindade da Arcádia, seu culto se expandiu por toda a Hélade e até mesmo para fora do mundo grego.^{2,11}

Pã está sempre à espreita, atrás dos rochedos e das moitas, para pregar peças naqueles que cruzam o seu caminho e causar-lhes uma sensação de medo súbito, ou seja, pânico. Dotado de agilidade prodigiosa, percorria grutas, vales e bosques em perseguição às ninfas. Quando não as encontrava, satisfazia sua inesgotável energia sexual com jovens ou se masturbava. Sua imagem é sempre associada à sua flauta, um cajado de pastor e uma coroa trançada com folhas de pinheiro.¹¹

Deus do Todo, traduz a energia genésica deste Todo ou do Todo da vida. Seus aparecimentos súbitos provocam pânico, o terror que se derrama pela natureza e impregna todos os seres, ao se presentir a presença de uma divindade que perturba o espírito e enlouquece os sentidos.^{7,11}

É o deus que traz a sensação de loucura, mas também é quem pode nos livrar dela. Pois semelhante cura semelhante. Pouca atenção foi dada aos escritos sobre doença mental, relacionados a Pã. Poderíamos considerar que Pã governa nossos estados hipomaniacos, especialmente os acompanhados por compulsões sexuais e atividade hipermotora, ataques de violenta compulsão, quer seja pânico, angústia ou pesadelo. Assim, Pã é o deus da natureza “dentro de nós” e da “natureza fora de nós”.⁷

Dessa maneira, segundo Hillman, “Pã significa natureza viva, e o pânico abre uma porta para essa realidade”. Quando negamos em nós a nossa natureza instintiva, perdemos uma parte da nossa relação com Pã.⁷

Quando negamos uma parte em nós, estamos caminhando para uma unilateralidade. Há um bloqueio, uma desconexão, uma interrupção no fluxo do eixo ego-self. Nossa identidade é estreitada, pois uma parte do potencial de quem somos é contido nas sombras, no mundo interno, e não é aceito e integrado ao ego.^{7,10,12}

Portanto, o resultado é cada vez mais a identidade ser uma fração desse ego: persona distorcida e empobrecida. A sombra transforma-se num sintoma, que força a entrada da consciência, gerando ansiedade, medo, pânico, etc. Há uma cisão entre persona e sombra, ocorre a identificação de apenas uma parte dessa dualidade, e o oposto dessa metade é rejeitado; e o potencial de crescimento é abandonado.^{7,10,12}

Nesse ponto, de alguma forma, o pânico é um sintoma que representa um movimento maior da psique, uma tentativa de interação, de integrar os opostos. Em outras palavras, o

pânico não seria somente considerado como um mecanismo fisiológico de defesa, uma reação inapropriada ou um rebaixamento do nível mental, mas, pode ser visto, como uma resposta apropriada ao *numinoso*.⁷

O conceito de *numinoso* é um tanto complexo, mas, segundo Jung, é um efeito ou uma representação dinâmica que não é causada por um ato da vontade. Porém, ao contrário, que se apodera e controla o ser humano, que é sempre sua vítima e não seu criador. Qualquer que seja a causa, o *numinoso* é uma experiência que independe da vontade. O efeito *numinoso* é tanto uma qualidade própria de um objeto visível quanto a influência de uma presença invisível que provoca uma alteração peculiar da consciência.¹³

Quando a alma grita, representa o extremo da comunicação, o extremo da possibilidade do inconsciente se comunicar sobre algo que precisa ser curado e reintegrado à nossa psique. É a presença do deus Pã clamando, ou reclamando, com força sensorial, marcada no corpo, pela integração da nossa natureza instintiva.

REFERÊNCIAS

1. Dicio, Dicionário Online de Português, definições e significados de mais de 400 mil palavras. Todas as palavras de A a Z. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/panico/>. Acesso em: 04 jun, 2018.
2. Mattos R. Transtorno de Pânico: uma visão simbólica da doença. In: Amorim S, Bilotta FA. Jung e Saúde: temas contemporâneos. Jundiaí, SP: Paco Editorial; 2014. P. 321-334.
3. DSM 5: Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5.ed. Porto Alegre, RS: Artmed; 2014. Transtorno de Pânico; p. 249.
4. Craske MG, Barlow DH. Transtorno de Pânico e Agorafobia. In: Barlow DH. Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos: tratamento passo a passo. 4. ed. Porto Alegre, RS: Artmed; 2009. P.13-74.
5. Carvalho AF. Edvard Munch: um grito infindável. Disponível em: http://obviousmag.org/archives/2012/06/edvard_munch_um_grito_infindavel.html#ixzz4u5pkASQn . Acesso em: 14 maio, 2018.
6. Wikipédia, a enciclopédia livre. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/O_Grito. Acesso em: 14 maio, 2018.

7. Hillman J. Pã e o pesadelo. São Paulo: Paulus; 2015.
8. Neumann E. A criança: estrutura e dinâmica da personalidade em desenvolvimento desde o início de sua formação. 10. ed. São Paulo: Cultrix; 1995.
9. Fordham M. A criança como indivíduo. 10. ed. São Paulo: Cultrix; 2006.
10. Jung CG. Os arquétipos e o inconsciente coletivo. In *Obras completas de C. G. Jung* (vol. 9/1), 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2008.
11. Brandão JS. Dicionário mítico-etimológico da mitologia. Petrópolis, RJ: Vozes; 2014.
12. Jung CG. Fundamentos de Psicologia Analítica. In *Obras completas de C. G. Jung* (vol.18/1). Petrópolis, RJ: Vozes, 1983.
13. _____. Psicologia e religião. In *Obras completas de C. G. Jung* (vol. 11/1), 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 1984.

DEPRESSÃO E SUICÍDIO: UMA PERSPECTIVA ANALÍTICA

Lara Andrade Coutinho

A depressão tem se mostrado um transtorno cada vez mais frequente no dia a dia dos psicólogos clínicos. Em fevereiro de 2017, a Organização Mundial da Saúde divulgou seu novo relatório global “Depressão e outros distúrbios mentais comuns: estimativas globais de saúde”, que explana as atuais estatísticas sobre depressão em todo o mundo. Até o ano de 2015, a estimativa era de que 322 milhões de pessoas conviviam com depressão em todo o mundo. Entre 2005 e 2015, o número de pessoas com depressão aumentou 18,4%, tendo sido estimulado pelo aumento numérico da população mundial assim como pelo aumento do grupo etário em que a depressão é mais prevalente.

Utilizando-se como base o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais da Associação Americana de Psiquiatria (APA), os transtornos depressivos incluem os Transtornos Disruptivos da Desregulação do Humor, Transtorno Depressivo Maior, Transtornos Depressivo Persistente (Distímia), Transtorno Disfórico Pré-menstrual, Transtorno Depressivo Induzido por Substância/Medicamento, Transtorno Depressivo Devido a Outra Condição Médica, Outro Transtorno Depressivo Especificado e Transtorno Depressivo Não Especificado. Os sintomas comuns são o humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo (APA, 2014, p.155).

São condições para o diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior, cenário clássico desse tipo de transtorno, o humor deprimido ou a perda de interesse e prazer. Além disso, os sintomas precisam provocar sofrimento ou prejuízo na vida social, profissional ou em outra área significativa da vida do indivíduo.

Para a Organização Mundial da Saúde, a depressão é uma doença multifatorial e “tal como acontece na maioria das outras doenças não transmissíveis, a etiologia dos transtornos mentais é multifatorial com risco determinado por uma interação entre fatores genéticos, e outros determinantes biológicas, psicológicas e sociais” (WHO, 2010, p. 118, tradução própria).

Os transtornos mentais estão diretamente relacionados a perdas em qualidade de vida e funcionalidade. Para Bertolote e Fleishmann (2002), os transtornos mentais são importante fator de risco para o suicídio, em que cerca de 90% das pessoas que morrem por consequência do suicídio possuem um diagnóstico psiquiátrico no momento de sua morte. Os transtornos de humor, principalmente a depressão, foram os transtornos mais encontrados ao analisar a população mundial. A esquizofrenia é o segundo diagnóstico mais frequente, seguido pelos distúrbios de personalidade e os distúrbios por abuso de substâncias.

O suicídio pode ser definido como o “ato de matar-se deliberadamente” (WHO, 2014, p. 12). Em 2015, cerca de 788 mil pessoas morreram devido ao suicídio, sendo que neste número não estão incluídas as vítimas de tentativa de suicídio. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2017), o suicídio representou cerca de 1,5% de todas as mortes em todo o mundo, trazendo-o para as 20 maiores causas de morte em 2015. Além disso, “o suicídio ocorre durante toda a vida e foi a segunda principal causa de óbito entre pessoas de 15-29 anos no mundo em 2015” (WHO, 2017, p.14, tradução própria).

Quando se fala em suicídio, existem dois principais fatores de risco: a tentativa prévia de suicídio e o histórico de transtorno mental. Quanto aos métodos utilizados, “a ingestão de pesticidas, enforcamento e armas de fogo estão entre os métodos mais comuns de suicídio globalmente, mas muitos outros métodos são usados, variando frequentemente de acordo com o grupo populacional” (WHO, 2014, p. 07, tradução própria).

Em 2014, a Organização Mundial da Saúde elaborou um relatório bastante detalhado sobre a prevenção ao suicídio. Percebe-se que os fatores de risco foram agrupados didaticamente em: sistemas de saúde e fatores sociais, fatores comunitários e de relacionamento e fatores individuais. Os fatores de risco relacionados ao sistema de saúde e à sociedade incluem a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, acesso aos meios de suicídio, inadequada divulgação midiática sobre o tema e presença de estigma associado à busca de ajuda. Quanto aos fatores de risco comunitários e de relacionamento, destacam-se vivenciar desastres naturais ou viver em regiões de conflitos (guerras), fazer parte de grupos minoritários ou vulneráveis, sofrer algum tipo de discriminação minoritária, ter sofrido traumas ou abusos (físico, sexual ou emocional), sensação de isolamento e falta de apoio social e vivenciar relações de conflito ou situações de perda. Em relação aos fatores de risco individuais, incluem-se a tentativa prévia de

suicídio, presença de transtorno mental, uso nocivo de álcool ou outra substância, perda financeira ou de emprego, sensação de desesperança, doenças ou dores crônicas, histórico familiar de suicídio e fatores genéticos ou biológicos.

A Organização Mundial da Saúde (2014) ressalta a importância de fortalecer os fatores de proteção aos comportamentos suicidas, como relacionamentos pessoais bem estabelecidos, possuir crenças religiosas ou espirituais e possuir práticas de estilo de vida dotadas de estratégias de enfrentamento positivo e bem-estar.

Um manual de prevenção ao suicídio dirigido aos profissionais das equipes de saúde mental (2006), elaborado pelo Ministério da Saúde, junto à Organização Pan-Americana e à Universidade Estadual de Campinas, faz um alerta aos diferentes estágios no desenvolvimento da intenção suicida, sendo o primeiro deles o pensamento ou imaginação da ideia suicida, posteriormente a elaboração de um plano suicida e por último a ação concreta de suicídio.

Percebe-se a existência de três características próprias do estado em que se encontra uma pessoa sob o risco de suicídio, são elas: ambivalência, que consiste na dúvida entre alcançar a morte e o continuar vivendo; impulsividade, normalmente desencadeada por algum evento negativo e com duração temporária; e rigidez/constricção, que corresponde ao pensamento sob forma rígida, sendo o suicídio única possibilidade para a resolução dos problemas. Importante destacar que a “maioria das pessoas com ideia de morte comunica seus pensamentos e intenção suicida. [...] Todos esses pedidos de ajuda não podem ser ignorados” (MINISTÉRIOS DA SAÚDE, 2006, p.52).

Jung propõe uma nova ótica ao falar dos processos psicopatológicos. Na tradição médica, o estudo das patologias é feito sempre a partir do desenvolvimento normal do indivíduo, gerando uma dificuldade em se compreender a relação existente entre os processos fisiológicos e psíquicos. Sendo assim, os sintomas psiquiátricos são frequentemente reduzidos à dimensão patológica, provocando “uma patologização exagerada e, defensiva, dos fenômenos psíquicos e sua supermedicação” (BYINGTON, 2007, p.1).

Jung (2013e) amplia a definição da palavra sintoma dentro do campo das psicopatologias. Para ele, sintoma é toda perturbação à consciência, provocada por certa quantidade de energia

presente no inconsciente. Normalmente, essa energia presente no inconsciente precisa retornar, pois ela é necessária para o processo de desenvolvimento do indivíduo. Sendo assim, os sintomas tentarão se manifestar através de sonhos, reações psicossomáticas ou patologias (GRINBERG, 2003).

Percebe-se que para Jung (2013d), os sintomas se assemelham mais a uma tentativa de autorregulação da psique do que propriamente um “mal a ser eliminado”, como se vê mais comumente nas visões tradicionais sobre os processos de adoecimento. Apesar dos primeiros trabalhos no campo das psicoterapias ter objetivado combater os sintomas, percebeu-se “relativamente depressa, que o combate ao sintoma ou – como passou a chamar-se agora – a análise dos sintomas, era incompleta, e que, na realidade, era preciso tratar o homem psíquico inteiro” (JUNG, 2013b, p. 104).

O surgimento das psicopatologias é impulsionado pelo processo de individuação. O processo de individuação é definido como a “realização da totalidade individual, com a integração de todos os aspectos de nossa personalidade” (GRINBERG, 2003, p. 176). A partir disto, o estudo dos sintomas e das psicopatologias possibilita o entendimento de que atitude do ego o inconsciente está atendendo compensar, sinalizando para qual direção o processo de individuação do indivíduo está apontando.

Desta forma, a depressão pode ser interpretada enquanto um sintoma frente a um processo de individuação que necessita ser retomado. Ela possibilitaria a busca de si mesmo e isso implica confrontar-se com aquilo que muitas vezes se apresenta enquanto devastador. Entretanto, só sua real assimilação é capaz de permitir o pleno desenvolvimento humano.

Byington (2007) utiliza uma analogia para explicar esta situação. Para ele, a reação sensorial da dor é o que desperta a nossa atenção para algo que não está certo. Logo, ao anestésiar a dor, perde-se a oportunidade de descobrir suas causas e lidar inteligentemente com ela. Desta forma, a depressão seria a dor, e o aniquilamento deste sintoma seria o desperdício de potencial frente a um processo de desenvolvimento.

Jung entendia a vida enquanto “um processo energético, como qualquer outro, mas, em princípio, todo processo energético é irreversível, por isto, é orientado univocamente, para um

objetivo” (JUNG, 2013a, p. 362). Desta forma, Jung coloca o tema da morte como um processo natural do ciclo da vida. Para ele, a morte não é um fenômeno que está à parte do ciclo da vida, mas sim, um componente fundamental dentro do ciclo da vida para o qual tende a vida de todo indivíduo.

Para o analista junguiano James Hillman (2011), o suicídio é o lugar onde o problema da morte se coloca de maneira mais enfática. Frequentemente, as questões abordadas durante um atendimento psicoterapêutico mobilizam o terapeuta internamente, uma vez que ele é passível de ser tocado por essas temáticas, e isto não se mostra diferente ao se trabalhar com o suicídio. O autor faz um alerta para que os analistas deixem de lado seus preconceitos e opiniões acerca de temas diversos, a fim de que isso não se torne um obstáculo ao processo do outro.

Durante sua atuação como psiquiatra, Jung (1998) percebeu que seus pacientes eram atravessados por vivências e histórias não reveladas, que eram essenciais para o entendimento do profissional que se propõe a ajudá-lo. Uma vez que elas representariam tanto o motivo quanto a chave de encerramento do tratamento psicoterapêutico.

Assim, depois de compreendida a história de vida do indivíduo junto de suas vivências, o ato suicida não deve ser encarado a partir de posturas “contra ou a favor”, mas sim a partir da compreensão do que o ato suicida significa para a psique daquele indivíduo. Desta forma, o suicídio deve ser encarado a partir de seu simbolismo, “[...] o psicólogo deve observar a simbologia que envolve o suicídio, uma vez que para cada pessoa há um simbolismo diferente, pois cada um organiza sua problemática e sua situação pessoal de maneira singular” (SENA & FRANCO, 2017, p. 223).

Lidar com o suicídio no consultório clínico é compreendê-lo para além das reduções. Compreender o seu significado psíquico é fundamental para o processo de desenvolvimento do indivíduo. É importante que ele se apresente enquanto possibilidade, mas não enquanto a única. Buscar pela morte simbólica de outras formas é o pilar sobre o qual deve se basear o atendimento clínico junguiano ao paciente com ideações suicidas (SENA & FRANCO, 2017).

A partir disto, mostra-se claro que quando o suicídio é potencializado pela presença do transtorno mental e concretizado, levando ao fim biológico de uma vida, encerra-se também um

processo de individuação em andamento. Os transtornos mentais, mais claramente a depressão, para a Psicologia Analítica, surgem enquanto tentativa de autorregulação psíquica sendo que a “busca de si mesmo, o encontro com o inconsciente e com as imagens da depressão são essenciais para o desenvolvimento pessoal” (PURCOTES, 2012, p.618). Quando essa tentativa de cura não é desenvolvida e a ação concreta de por fim a própria vida ocorre, entende-se que a individuação deste indivíduo foi interrompida.

Desta forma, conclui-se que a análise simbólica do suicídio é fundamental para o analista junguiano. Ele deve mostrar-se atento; falar abertamente sobre o assunto; verificar a possibilidade de criação de uma rede de atenção com psiquiatra, familiares, pessoas de confiança ou outras intuições focadas na temática (RAPS, CVV) e, acima de tudo, ser franco com si mesmo, cuidando de sua saúde mental e respeitando seus limites.

Referências bibliográficas

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BYINGTON, C. A. B. A Depressão Normal e o Futuro da Civilização. In: **Congresso venezolano de psicoterapia**, Caracas, 1-18, 2007.

BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A. **Suicide and Psychiatric diagnosis**: a worldwide perspective. Mental Health Policy Paper. Geneva: World Health Organization, 2002.

BOTEGA, N. J. (Org). **Prática psiquiátrica no hospital geral**: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.

GRINBERG, L. P. **Jung**: o homem criativo. 2ª edição. São Paulo: FTD, 2003.

JUNG, C. G. **Memórias, Sonhos e Reflexões**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1998.

_____. A estrutura da alma; A alma e a morte. In: Obras Completas de C. G. Jung Volume 8/2. **A natureza da psique**. Tradução de Mateus Ramalho Rocha. 10ª edição, Petrópolis: Vozes, 2013a.

_____. Medicina e psicoterapia. In: Obras Completas de C. G. Jung Volume 16/1. **A prática da psicoterapia**. Tradução de Maria Luiza Appy; revisão técnica de Dora Ferreira da Silva. 16ª edição, Petrópolis: Vozes, 2013b.

_____. Sobre o inconsciente; A situação atual da psicoterapia. In: Obras Completas de C. G. Jung Volume 10/3. **Civilização em transição**. Tradução de Lúcia Mathilde Endlich Orth; revisão técnica Jette Bonaventure. 6ª edição, Petrópolis: Vozes, 2013c.

_____. A divergência entre Freud e Jung. In: Obras Completas de C. G. Jung Volume 4. **Freud e a Psicanálise**. Tradução de Lúcia Mathilde Endlich Orth; revisão técnica Jette Bonaventure. 7ª edição, Petrópolis: Vozes, 2013d.

_____. A autonomia do inconsciente. In: Obras Completas de C. G. Jung Volume 11/1. **Psicologia e Religião**. Tradução de Pe. Dom Mateus Ramalho Rocha; revisão técnica de Dora Ferreira da Silva. 11ª edição, Petrópolis: Vozes, 2013e.

A ARTE E A CIDADE COMO DISPOSITIVOS DE INTERVENÇÃO E FORTALECIMENTO DAS REDES INTERSETORIAIS

Me. Rayanne Suim Francisco

Introdução

Diante do crescente diagnóstico de doenças como depressão e ansiedade, seguido do aumento significativo do uso de psicotrópicos entre a população mundial, este artigo tem como objetivo pensar em estratégias de intervenção em psicologia que se pautem no conceito ampliado de saúde e que confrontem os movimentos de medicalização e patologização da vida, tão presentes no contemporâneo.

Nesse sentido, a arte e a cidade são empreendidas como dispositivos capazes de colocar em xeque modos de atuação reducionistas, que compreendem a saúde ainda pautada em um paradigma organicista.

A arte, na leitura de Nise da Silveira, será abordada em sua potência transformadora, catártica e clínica, convocada a produzir rupturas aos modelos cartesianos de saúde e “cura”.

A cidade, na leitura de Deleuze e Guattari, será pensada como território vivo, rizomático, que como tal interpela seus atores na produção de redes que tensionam discursos, problematizam práticas, criam possibilidades de experiência e expressão da vida no campo das políticas públicas.

Interpeladas – a arte e a cidade – transpassadas, misturadas, chamam a atenção para problemas que nos assolam quando discorremos sobre a construção de tais políticas: a) a dificuldade do diálogo e das conexões entre os diferentes serviços prestados; b) a hegemonia da psiquiatria e da medicação na condução da assistência aos usuários; c) o desafio de se pensar e implementar modos alternativos de clínica, que problematizem os modelos tradicionais e fortaleçam o trabalho em rede.

Por fim, o artigo abordará a necessidade de maiores pesquisas sobre a temática colocada, para aprofundamento da questão, tão relevante na atualidade.

Para pensar modos alternativos de produzir saúde: A CIDADE

Acreditamos que a cidade se movimenta de modo orgânico, vivo, rizomático (DELEUZE; GUATTARI, 2011) e, por isso, possa ser incluída nas discussões sobre as políticas públicas e compreendida como território capaz de produzir tensões, transformações, desequilíbrios, territorializações e, portanto, saúde.

Assim, pensar sobre a cidade, coletivamente, sobre como vivenciamos a sua arquitetura, sobre os espaços disponibilizados para o cuidado comunitário e para a construção de vínculos de solidariedade, sobre a existência (ou necessidade de) espaços disponíveis para o lazer, para a cultura e para a aprendizagem, torna-se tarefa – também – dos profissionais de saúde, juntamente aos usuários dos serviços ofertados e a comunidade em geral.

Se não promovemos essa discussão, se tornam escassas as ferramentas para um trabalho pautado nos princípios da integralidade e da gestão compartilhada da atenção e corremos o risco de reforçar o paradigma da saúde como ausência de doença, recorrendo a medicalização como estratégia primeira (ou única) para o “tratamento” (SANTOS; WESTPHAL, 1999)

Nesse sentido, se torna importante produzir espaços de discussão e diálogo sobre o desenvolvimento de uma clínica se faça na e com a cidade, com a inclusão dos sujeitos na participação ativa e colaborativa dessa clínica, em prol do desenvolvimento da qualidade de vida e bem-estar da população.

A construção de uma clínica urbana, convoca o movimento de uma rede intersetorial, onde a aliança se constrói no plano coletivo da diversidade, da cultura, da história e memória afetiva das pessoas e grupos, do acolhimento às demandas sociopolíticas que nos atravessam enquanto sujeitos que compartilham territórios.

A criação de redes de apoio, de assistência e/ou de acolhimento tem sido amplamente discutida a nível das políticas públicas da saúde, educação e assistência social e diversos são os modos de compreensão sobre os seus efeitos, sobre como planejá-las, organizá-las, gerenciá-las, etc. (PEREIRA; TEIXEIRA, 2013).

São várias as definições de rede. Rosseti-ferreira *et al.* (2008) trabalham com uma proposta que contempla a sua formação dentro de um conjunto de significações perpassadas por valores e crenças histórico-culturais. Costa (2005), diferentemente, aposta que as redes são formadas a partir da valorização da comunidade em seus laços de parentesco, amizade e solidariedade. Junqueira (1999), em contrapartida, contempla uma definição mais diretiva, em que o conceito de rede remete à mobilização de um conjunto de setores em prol de um objetivo comum.

Para Bourguignon (2001), a existência de diversos modos de compreender/empreender as redes não inviabiliza a coexistência das mesmas e não impede que o investimento na intersetorialidade ganhe relevo. Conforme o autor, o desafio é implementar ações intersetoriais, com arranjos que envolvam diversos atores na construção do próprio protagonismo em projetos de desenvolvimento social e bem-estar comum.

As redes intersetoriais interligam distintas organizações governamentais, privadas, mistas, informais, comunitárias, serviços e profissionais, sujeitos, visando a assistência e proteção integral a segmentos vulnerabilizados socialmente (BRASIL,2010).

A inclusão dos sujeitos da cidade no planejamento/desenvolvimento/participação dessas redes torna-se um desafio importante para a prática de descentralização das políticas e produção de autonomia nas decisões (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017), pois entendendo a cidade como dispositivo capaz de movimentá-la (a rede), deslocamos a noção de centralidade e compartimentalização que se direcionam a determinados serviços (ou a mera junção dos mesmos), convocando os sujeitos à gestão participativa das políticas e da saúde, enfrentando os processos de institucionalização.

Assim, refletir sobre a nossa mistura com a cidade, e como essa mistura (ou ausência de) pode provocar adoecimento, reforçar as desigualdades, privar a liberdade, ou, em outro sentido, intervir/potencializar a construção de redes democráticas e transformadoras é imprescindível, pois nos possibilita criar ferramentas para lidarmos com os problemas que vimos enfrentando na modernidade de modo coletivo.

Para pensar modos alternativos de produzir saúde: A ARTE.

Conforme descrito anteriormente, diagnósticos de transtornos mentais têm crescido de modo exorbitante, atingindo uma parcela significativa da população. De acordo com relatório da Organização Mundial de Saúde, aumentou em 18% o número de pessoas que vivem com depressão entre os anos de 2005 e 2015. 322 milhões de pessoas vivem com algum transtorno mental no mundo, sendo que no Brasil 5,8% da população convive com a depressão e 9,3% com distúrbios relacionados à ansiedade (RAVANA; SAVIANI,2004).

Diante do cenário exposto cabe questionar: quais estratégias vamos mobilizar como psicólogos e profissionais da saúde para lidar com o crescimento descomedido das demandas em saúde mental? Seguiremos o fluxo da medicalização? Ficaremos restritos aos consultórios particulares? Ou vamos repensar as nossas práticas, a qualidade do nosso tempo e das nossas relações?

A arte, como ferramenta de transformação e modificação do mundo (FRANCISQUETTI, 2004), pode ser um dispositivo interessante somado à cidade na produção de saúde, pois, aliada à cidade, a arte mobiliza uma rede de múltiplos atores (a música, a literatura, o cinema, o desenho, a pintura, a escrita) e amplia as nossas conexões com elementos inusitados, causando estranhamentos, reflexões, problematizações e, por conseguinte, transformações individuais e coletivas.

Com uma possibilidade de adentrar em contextos históricos, como também fazer parte deles, a arte é responsável pela construção cultural da sociedade, pela crítica a determinados modelos sócio-políticos, pelo desenvolvimento de outros modos de existência.

Por essa perspectiva, a arte vincula o sujeito à criação a si mesmo e do mundo. Ela expressa a reinvenção e produz a novidade, isto é, a arte é em si mesmo clínica, terapêutica. Saviani (2004) atribui à arte um status de criação inventiva, onde “toda a capacidade de ser é acionada no ato de criar”, de modo que o poder criador transborda a própria criação, o homem, a natureza e afeta toda a vida em sua dimensão multifacetada.

“Arte é linguagem; é um meio de expressão e comunicação” uma “techne”, isto é, uma interface entre a capacidade de construir um objeto com habilidade, astúcia, artimanha e artifício, como pensavam os gregos, e a agressividade criadora e aventureira que media a vida e a morte das coisas, o nascer o renascer, a metamorfose (FERNANDES, 2015). Frayze-Pereira (2005), a partir dos estudos de Pareyson, conclui que a arte é um fazer inventivo, específico, na qual a ação do fazer (o executar) é indissociável da invenção.

Nise da Silveira, psiquiatra nordestina, foi fundamental para a ampliação dos estudos que afirmam a importância e eficácia da arte vinculada aos tratamentos em saúde mental. Tratamentos estes, alçados em práticas de liberdade, criação e inventividade.

Nise da Silveira, nascida em Maceió, Alagoas, foi uma importante médica que dedicou a vida ao trabalho com a saúde mental, produzindo uma perspectiva revolucionária sobre a loucura e o seu tratamento por via da arte e da livre expressão.

Nise dirigiu a seção de terapêutica ocupacional entre 1946 e 1974, no Centro Psiquiátrico Pedro II, fundou o Museu de Imagens do Inconsciente em 1952, e em 1956 fundou a Casa das Palmeiras, onde eram realizados tratamentos em regime de externato, com pacientes egressos de instituições psiquiátricas (SILVEIRA, 1981)

A importância de Nise no cenário da saúde mental corrobora a problemática traçada nesse trabalho, tendo em vista que a psiquiatra atou contra as concepções hegemônicas da psiquiatria clássica tradicional, impelindo uma rachadura nas práticas médicas cartesianas da época (medicalização, lobotomia, eletrochoques), abrindo um campo de novas possibilidades que articulam a arte, a clínica, a saúde mental e a subjetividade (FERNANDES, 2015).

Além disso, a postura ética e política de Nise constrange o cenário onde a loucura era aprisionada. Por meio da arte, Nise lança a loucura na cidade com criação do museu de imagens do inconsciente e da casa das palmeiras. Nesse sentido, a psiquiatra movimenta uma rede de atores (arte, artistas, materiais, familiares, sujeitos, profissionais, instituições, discursos, saberes etc.) e os mobiliza para, em conjunto, construir saúde em outros (novos) planos.

Esse importante deslocamento (hospital – cidade) corrobora a importância das políticas de desinstitucionalização e convoca a urgência de defendermos, enquanto profissionais da saúde, o cuidado em liberdade, além de apostar nas articulações em rede entre a cidade, a arte e a saúde.

Assim, seguindo as pistas de Nise, e de tantos outros autores já abordados nesse trabalho, reafirmamos a postura urgente de acolher as demandas em saúde mental na e com a cidade, na construção de uma clínica urbana, que invista na arte e em sua possibilidade de invenção e criação de vida.

Considerações finais

Ainda encontramos pouco referencial teórico que se proponha a conectar a arte e a cidade como dispositivos clínicos de intervenção em saúde. Por mais que a literatura aponte a importância das redes intersetoriais no manejo do tratamento em saúde mental, pouco se fala sobre a possibilidade de invenção/criação de uma clínica urbana e artística vinculada a essa rede.

A arte, nesse sentido, pode ser entendida como dispositivo de intervenção que alarga as nossas relações conosco e com o mundo ao nosso redor, também como um fazer inventivo,

catártico, criador da cultura e crítico das nossas relações sócio históricas. Desse modo, capaz de colocar em análise nossas práticas e discursos voltados para o acolhimento das demandas de saúde mental na atualidade.

A cidade, enquanto território vivo, rizomático, se articula aos planos coletivos da vida, e quando investida, pode prover espaços comunitários, culturais, saudáveis, educadores, responsáveis por uma maior qualidade de vida e bem-estar dos sujeitos, diminuição das desigualdades, estreitamento de laços entre as pessoas, dando novas tonalidades às relações construídas, pautadas em vínculos de amizade e parceria, isto é, pautadas em produção de saúde mental e coletiva.

Mas como construir essa cidade? Como construí-la artisticamente? Como profissionais de saúde, psicólogos, nos cabe o interesse em buscar estratégias para efetivar essas práticas, como fez Nise e diversos outros teóricos revolucionários.

Nosso desafio é criar instrumentos, metodologias, ferramentas que possam deslocar o olhar que se volta para a saúde mental institucionalizada, medicalizada, psicopatologizada, lançando-o para novos horizontes, que bebam da arte, da liberdade e da produção de autonomia dos sujeitos acolhidos.

Referências bibliográficas

BOUGUIGNON, J.A. **Concepção de Rede intersetorial**. set. 2001. [acesso em 21 de junho de 2018]. Disponível em: <http://www.uepg.br/nupes/intersector.htm>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp. Brasília, 2010.

COSTA, R. da. Por um novo conceito de comunidade: Redes sociais, comunidades pessoais, inteligência coletiva. **Interface**, Botucatu, 9(17), 2005.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia**. V.1. São Paulo: Editora 34, 2011.

- FERNANDES, S.M.B.A. Nise da Silveira e a saúde mental no Brasil: um itinerário de resistência. **Dissertação de Mestrado**. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2015.
- FRANCISQUETTI, A. A. Lições de casa. In: Ciornai S (Org.). **Percursos em Arteterapia: ateliê terapêutico, Arteterapia no trabalho comunitário e linguagem expressiva, Arteterapia e história da arte**. São Paulo: Summus, 15-47, 2004.
- FRAYZE-PEREIRA, J.A. **Arte, Dor: Inquietudes entre estética e psicanálise**. Cotia/São Paulo: Ateliê editorial, 2005.
- JUNQUEIRA, L.P. Descentralização, intersetorialidade e Rede como estratégias de gestão da cidade. **Revista FEA – PUC-SP**, São Paulo, (1): 57-72, 1999.
- PEREIRA, K.Y. de L.; TEIXEIRA, S.M. Redes e intersetorialidade nas políticas sociais: reflexões sobre sua concepção na política de assistência social. **Revista Textos & Contextos**. Porto Alegre. 12(1): 114-127, 2013.
- RAVANA, S.L; SAVIANI, I. Arteterapia e história da arte. In: Ciornai S (Org.). **Percursos em Arteterapia: ateliê terapêutico, Arteterapia no trabalho comunitário e linguagem expressiva, Arteterapia e história da arte**. São Paulo: Summus, 297- 311, 2004.
- ROSSETTI-FERREIRA, M. C. *et al.* Desafios metodológicos na perspectiva da rede de significações. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, 38 (133): 147-170, 2008.
- SANTOS, J.L.F., WESTPHAL, M.F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**, 13(35): 71-88, 1999.
- SAVIANI, I. Ateliê terapêutico-encontrarte: viver arte, criar e recriar a vida. In: Ciornai S (Org.). **Percursos em Arteterapia: ateliê terapêutico, Arteterapia no trabalho comunitário e linguagem expressiva, Arteterapia e história da arte**. São Paulo: Summus, 49-81, 2004.
- SILVEIRA, N. **Imagens do inconsciente**. Brasília: Alhambra, 1981.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates**. Geneva: World Health Organization; 2017.

MULTIVIX

VITÓRIA