



## COMO REFERENCIAR ESSE ARTIGO

SOUSA, Laíla Gabriela C.; NASCIMENTO, Perisson. D. Medo no corpo ou medo do corpo? A clínica psicossomática do Transtorno do Pânico. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (Org.). **Anais**. 19º CONGRESSO BRASILEIRO e 3ª CONVEÇÃO BRASIL-LATINOMÉRICA DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS. Curitiba/PR. Centro Reichiano, 2014. [ISBN – 978-85-87691-24-8]. Acesso em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

## MEDO NO CORPO OU MEDO DO CORPO? A CLÍNICA PSICOSSOMÁTICA DO TRANSTORNO DO PÂNICO

**Laíla Gabriela Carvalho de Sousa**  
**Périsson Dantas do Nascimento**

### RESUMO

O trabalho pretende aprofundar as reflexões atuais acerca da clínica do Transtorno do Pânico, inserindo as contribuições das Psicoterapias Corporais quanto à constituição dos sintomas e o modo como eles são vivenciados no corpo do sujeito, além de discutir as intervenções adequadas. A intenção é fazer um resgate, a partir das perspectivas pós e neoreichianas, sobre a experiência do medo nas defesas de caráter esquizoide, trazendo as implicações na respiração, no metabolismo e na motilidade. Buscando o olhar bioenergético das raízes aos teóricos contemporâneos, o foco é fazer um mapeamento do medo no corpo do indivíduo em nível de segmentos, abordando as áreas a serem mobilizadas na intervenção terapêutica.

**Palavras-chave:** Transtorno do Pânico; Psicoterapia Corporal; Diagnóstico e Tratamento Psicológicos.



O Transtorno do Pânico, que recebeu classificação diagnóstica oficial a partir do DSM-III em 1980, pode ser caracterizado pela aparição de crises inesperadas e recorrentes de intensa ansiedade, apresentando sintomas relacionados a desequilíbrios do sistema nervoso vegetativo, como por exemplo, taquicardia, faltar de ar, formigamento, tontura, dor no peito, sensação de morte iminente, dentre outros. Diferentemente da fobia, em que o objeto que causa medo é externo ao corpo, no Transtorno do Pânico o sujeito teme o que ocorre em seu próprio corpo, transformando-o em uma ameaça constante.

Na percepção de Ferri e Cimini (2011), o estado do pânico é um estado de crise e de colapso terrível da homeostase do Self. “É uma aparição assustadora, em um céu sereno, de uma emergência e prevalência repentina e profunda. Isso devasta as estruturas superiores, assim como os níveis corporais correspondentes” (p.146). De



## COMO REFERENCIAR ESSE ARTIGO

SOUSA, Laíla Gabriela C.; NASCIMENTO, Perisson. D. Medo no corpo ou medo do corpo? A clínica psicossomática do Transtorno do Pânico. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (Org.). **Anais**. 19º CONGRESSO BRASILEIRO e 3ª CONVEÇÃO BRASIL-LATINOMÉRICA DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS. Curitiba/PR. Centro Reichiano, 2014. [ISBN – 978-85-87691-24-8]. Acesso em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

acordo com a experiência desses autores, juntamente com o pânico, também estariam presentes estruturas de caráter pré-mórbido com núcleos claustrofóbicos intrauterinos ou vivências agorafóbicas no pós-parto ou pós-desmame.

Boggio (2008) explica que o pânico é o extremo do continuum do medo: atenção, ansiedade e pânico. Diante de uma reação de alarme inicial, o organismo tende a endurecer, reduzir a respiração e dirigir sua atenção. Se a ameaça for menor que a mobilização, a reação de alerta se desfaz. No entanto, se a ameaça for mais intensa, a resposta pode ser de isolamento e fuga ou raiva e enfrentamento. Já se a ameaça for tão intensa que o indivíduo se sinta incapaz, o medo e a ansiedade aumentam e o pânico se estabelece.

Ainda de acordo com Boggio (2008), enquanto que no estado de alerta há o aumento do ritmo cardíaco e o sangue flui para as extremidades, no pânico ocorre o aumento da contração do coração e a expansão dos vasos que canalizam o sangue para os órgãos vitais, reduzindo o fluxo sanguíneo nos braços e nas pernas. O corpo não consegue se autorregular, visto que é impossível identificar o evento desencadeante. Dessa maneira, o estado de alerta corporal parece desproporcionado para a situação.

A visão do autor citado acima também é compartilhada por Scarpato (2001), que afirma que o pânico consiste na dificuldade de agrupar forças e recursos internos para lidar com a situação de estar sob o efeito de um encontro desestabilizador. Diante do problema, o nível da resposta é sempre excessivo e permanente, não se desfazendo após o término da situação. É como se ocorresse uma desconexão entre a experiência somática e a cognitiva, uma espécie de estranhamento em relação ao próprio corpo.

A esse respeito, Scarpato (2001) discute a existência de um “não-eu” dentro do próprio corpo do indivíduo, como algo rejeitado, considerado perigoso, temível. Trata-se de partículas de experiência subjetiva que não fazem parte do território no qual o “eu” se reconhece. O indivíduo se cinde em compartimentos, identificando-se apenas com algumas partes, ignorando outras.

Apesar de não tratar especificamente sobre o Transtorno do Pânico, Lowen (1997) trata do medo como uma emoção paralisante que, por limitar o controle dos



## COMO REFERENCIAR ESSE ARTIGO

SOUSA, Laíla Gabriela C.; NASCIMENTO, Perisson. D. Medo no corpo ou medo do corpo? A clínica psicossomática do Transtorno do Pânico. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (Org.). **Anais**. 19º CONGRESSO BRASILEIRO e 3ª CONVEÇÃO BRASIL-LATINOMÉRICA DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS. Curitiba/PR. Centro Reichiano, 2014. [ISBN – 978-85-87691-24-8]. Acesso em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

indivíduos, tende a ser negado e reprimido no corpo, o que pode ser observado a partir da contração do maxilar, dos ombros erguidos e dos olhos arregalados. Para o autor, o medo está estruturado no corpo, mas pode ser aliviado a partir da consciência do sentimento e da tensão.

Lowen (1997) aponta a raiva como o principal antídoto para o medo. Segundo o autor, o paciente tem de ficar louco e bastante enraivecido a ponto de sentir certo descontrole. Como um dos principais sintomas do Transtorno do Pânico é justamente o medo de perder o controle, faz-se necessário abrir mão desse controle para deixar fluir o sentimento, evitando represá-lo ao longo do corpo. “Aceitar os próprios sentimentos fortalece o ego e promove o controle consciente dos impulsos” (p. 166).

O mesmo autor acrescenta que pior que o medo da perda do controle é o medo da perda do self, pois, ao ser tomado pelo sentimento, o indivíduo se sente desorientado e fora da realidade. Para evitar que isso ocorra, o sujeito dissocia as experiências mentais das corporais como estratégia para eliminar a percepção consciente dos sentimentos.

Scarpato (2001) defende que ainda que a experiência emocional do pânico seja singular, as situações estressantes que desencadeiam as primeiras crises, geralmente, são marcadas por adaptações e mudanças internas, o que exige do indivíduo mais do que ele está conseguindo agenciar dos seus recursos pessoais. E, como o sujeito se encontra dissociado, as excitações corporais que não se encontram psiquicamente ligadas, eclodem no corpo em forma de sintomas.

De acordo com Lowen (1979), quando o medo chega à consciência, ocorre o pânico e o indivíduo se vê incapaz de respirar, com a sensação de ter a vida por um fio, já que a energia que move a máquina da vida é a respiração. Dessa maneira, as funções vitais são prejudicadas pelo terror e desespero interno, fazendo com que o sujeito estabeleça uma relação entre respirar e viver.

Considerando os estudos da bioenergética acerca das defesas de caráter do tipo esquizoide, Lowen (1979) compreende a existência de um baixo nível de energia, além da dificuldade de mobilizar energia para as exigências advindas de novas situações. Relacionando esse estado com a vivência dos sintomas do Transtorno do Pânico, é



## COMO REFERENCIAR ESSE ARTIGO

SOUSA, Laíla Gabriela C.; NASCIMENTO, Perisson. D. Medo no corpo ou medo do corpo? A clínica psicossomática do Transtorno do Pânico. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (Org.). **Anais**. 19º CONGRESSO BRASILEIRO e 3ª CONVEÇÃO BRASIL-LATINOMÉRICA DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS. Curitiba/PR. Centro Reichiano, 2014. [ISBN – 978-85-87691-24-8]. Acesso em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

possível inferir que, diante dos períodos de transição vivenciados pelo sujeito, é que se instauram as crises, visto que o suprimento de energia inadequado impossibilita o indivíduo de agir diante do medo.

O autor ainda afirma que, na defesa do tipo esquizoide, a respiração é superficial, o que acaba por limitar o campo de atenção, além de ocasionar ansiedade, perda da capacidade de decisão, perda de autocontrole e inadequação de afetos. O indivíduo não percebe estar inibindo sua respiração e, quando centra sua atenção na própria respiração, percebe que não respira. O autor discute que a relutância em respirar profundamente pode ocorrer pela associação que o indivíduo faz à respiração durante a relação sexual.

A respiração reduzida advém da necessidade de eliminar as sensações corporais desagradáveis na parte inferior do corpo. Esse tipo de respiração impede o desenvolvimento de sensações na barriga, onde, para Lowen (1979), o esquizoide tem trancada sua sexualidade reprimida. Sempre que esse indivíduo tenta relaxar o diafragma, é impedido pela tensão muscular crônica que impede uma boa postura. O relaxamento abdominal soa desagradável para o esquizoide, visto que desencadeia sensações de ansiedade, sentimentos de tristeza e de vazio. Isso explica o fato de, no momento da crise de pânico, o indivíduo ser levado a respirar de maneira curta e rápida.

Lowen (1979) afirma que, ao tentar soltar o abdômen, o esquizoide se assemelha a alguém pendurado em um galho a dois metros do solo, mas temeroso de se soltar por não conseguir ver o chão sob seus pés. No primeiro momento da queda, seu pânico é de uma pessoa suspensa a trezentos metros do chão. Quando solta a respiração e pisa o solo, que, no corpo, corresponde à base pélvica, obtém prazer e segurança. Quando isso acontece, o indivíduo toma consciência de que o seu pânico provinha do medo da sexualidade e da independência.

A respeito do medo da independência, Maluf Jr (2008) discute, através da teoria do apego, a importância do stress no desenvolvimento da desordem do pânico, advindo da separação da mãe nas primeiras semanas de vida. Nesses casos, observou-se um incremento permanente na expressão de genes encarregados de



## COMO REFERENCIAR ESSE ARTIGO

SOUSA, Laíla Gabriela C.; NASCIMENTO, Perisson. D. Medo no corpo ou medo do corpo? A clínica psicossomática do Transtorno do Pânico. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (Org.). **Anais**. 19º CONGRESSO BRASILEIRO e 3ª CONVEÇÃO BRASIL-LATINOMÉRICA DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS. Curitiba/PR. Centro Reichiano, 2014. [ISBN – 978-85-87691-24-8]. Acesso em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

controlar a secreção de FHC2, um hormônio do stress. Possivelmente, essa vulnerabilidade ao stress pode durar por toda a vida. Além do mais, diante da separação, a criança consegue detectar rapidamente a ausência da mãe, demonstrando um incômodo que pode ocasionar desde a ansiedade até a angústia intensa.

Maluf Jr (2008) discorre sobre os equivalentes somáticos da angústia que pertencem tanto ao quadro da desordem do pânico quanto à neurose de angústia, definida por Freud. Dessa maneira, o autor compreende que a angústia de separação se reapresenta, atualizada, na desordem do pânico. Os sintomas se tornam compreensíveis quando são considerados a partir de uma tentativa desesperada de auto-contenção, da qual o paciente não se encontra consciente.

Por meio das intervenções clínicas da orgonoterapia, de acordo com Maluf Jr (2008), torna-se possível reduzir a auto-contenção e passam a surgir reações de parestesias, medo de cair, movimentos involuntários e tremores, que, com o tempo, se transformam em um movimento integrado, descrito como reflexo orgástico. Após esses procedimentos, observa-se um intenso alívio dos sintomas. A discussão trazida por esses autor se assemelha à percepção do Lowen sobre a importância da raiva nesse processo, visto que, nas duas visões, o indivíduo precisa experimentar certa perda de controle.

Lowen (1979) discute que o esquizoide possui necessidade de controle das situações, pois existe um grande medo de se abrir e trazer o mundo para dentro de si. Isso explica a incapacidade de expandir os pulmões e introduzir ar o suficiente. O peito desses indivíduos tende a ser estreito, constricto e retesado, parecendo estar fixo na posição de expiração. Essa inibição da respiração torna o sujeito constantemente vulnerável à detonação do pânico sempre que surgirem novas sensações no corpo, pois elas, geralmente, serão consideradas ameaças.

Na respiração normal, ocorre uma integração entre o diafragma, os músculos intercostais e os escalenos. Os dois últimos alargam a parte superior do abdômen, fornecendo espaço para a expansão dos pulmões. A respiração costal serve como suplemento da respiração abdominal em casos de tensão ou emergência. Para Lowen



## COMO REFERENCIAR ESSE ARTIGO

SOUSA, Laíla Gabriela C.; NASCIMENTO, Perisson. D. Medo no corpo ou medo do corpo? A clínica psicossomática do Transtorno do Pânico. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (Org.). **Anais**. 19º CONGRESSO BRASILEIRO e 3ª CONVEÇÃO BRASIL-LATINOMÉRIA DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS. Curitiba/PR. Centro Reichiano, 2014. [ISBN – 978-85-87691-24-8]. Acesso em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

(1979), a respiração do esquizoide é predominantemente costal: em vez de respirar para fora, o indivíduo respira para cima, elevando os ombros. Fazendo uma correlação ao momento da crise de pânico, o indivíduo, por estar em tensão, necessitaria de mais oxigênio; no entanto, a respiração inadequada faz com que a quantidade de oxigênio recebida seja inferior. Dessa maneira, o sujeito respira pouco para sentir pouco e, assim, a respiração falha acaba causando mais pânico ainda.

Lowen (1979) também discute acerca do metabolismo energético nas defesas do tipo esquizoide. Trata-se de uma personalidade fria em relação ao mundo e à expressão de seus sentimentos. É como se o indivíduo mantivesse um padrão infantil de vasoconstrição excessiva e metabolismo basal diminuído, mostrando-se incapaz de mobilizar energia adicional para manter o calor corporal; assim como o bebê, ele apresenta dependência e precisa ser aquecido.

Esses indivíduos apresentam uma tendência à regressão, existe a ilusão de que a sobrevivência depende de se achar uma figura materna que satisfaça às suas necessidades de calor, proteção e segurança. A independência, por sua vez, evoca nesses indivíduos um sentimento de pânico, mas como os recursos para situações de emergência são utilizados na vida cotidiana, em um momento de crise real, não há mais reservas com as quais contar.

Outro aspecto importante para a compreensão das vivências do pânico é denominado por Lowen (1979) de motilidade, que consiste na capacidade de se mover espontaneamente. O indivíduo esquizoide apresenta baixo tom de voz, falta de movimento corporal expressivo e falta de graciosidade; é como uma semente de um fruto colhido prematuramente, não consegue criar raízes com facilidade. Durante as crises, o indivíduo experimenta o desejo de fugir para cima, como uma criança à procura do colo da mãe, afastando-se do solo e da independência.

Na compreensão do autor citado acima, no Transtorno do Pânico a independência está bloqueada por um medo inconsciente. Quando o indivíduo abandonar as ilusões e mergulhar no desespero, vai descobrir a segurança de ter o solo sob os seus pés; deixará o pânico para trás e descobrirá sua identidade com seu corpo, o que conduzirá a uma vida adulta independente. “Retornar ao corpo é um



## COMO REFERENCIAR ESSE ARTIGO

SOUSA, Laíla Gabriela C.; NASCIMENTO, Perisson. D. Medo no corpo ou medo do corpo? A clínica psicossomática do Transtorno do Pânico. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (Org.). **Anais**. 19º CONGRESSO BRASILEIRO e 3ª CONVEÇÃO BRASIL-LATINOMÉERICA DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS. Curitiba/PR. Centro Reichiano, 2014. [ISBN – 978-85-87691-24-8]. Acesso em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

processo doloroso, mas ao reviver a dor, a pessoa volta a conectar-se com a vivacidade e os sentimentos que foram reprimidos para sobreviver” (LOWEN, 1997).

Diante do exposto, foi possível perceber que o Transtorno do Pânico não se restringe apenas à sintomatologia, pois para a sua compreensão é necessário englobar todo o desenvolvimento do indivíduo, já que se mostrou possível tecer teias de relação entre as crises ocorridas já na idade adulta e experiências ocorridas na infância do indivíduo, por exemplo.

É importante ressaltar que a incidência do Transtorno do Pânico tem aumentado a cada ano, visto que ainda se mantém hegemônica a cultura de repressão dos sentimentos e a dominação da mente sobre o corpo, o que, além de exigir que o indivíduo detenha o controle de si, contribui para fortalecer a cisão mente-corpo. Dessa maneira, os sujeitos seguem cada vez mais distantes de suas experiências corporais, perdendo, assim, a oportunidade de entregarem-se aos seus corpos e viverem em plenitude.

Faz-se necessário, portanto, ampliar as discussões acerca da temática, estimulando a produção de saberes que venham favorecer a eficiência das intervenções. Infelizmente, ainda há, no Brasil, uma escassez de trabalhos sobre o Transtorno do Pânico nas abordagens corporais, apesar de serem estas as que se encontram mais aptas a construir uma compreensão global do sujeito, em suas vivências de prazer e sofrimento.

## REFERÊNCIAS

BOGGIO, L. G. **El cuerpo en la psicoterapia**. Montevideo: Psicolibros, 2008. p. 169-192.

FERRI, G.; CIMINI, G. **Psicopatologia e caráter**: a psicanálise no corpo e o corpo na psicanálise. Tradução de Rosely Rodrigues. São Paulo: Escuta, 2011. p. 139-148.

LOWEN, A. **O corpo traído**. Tradução de George Schlesinger. São Paulo: Summus, 1979. p. 147-165.

\_\_\_\_\_. **Alegria**: a entrega ao corpo e à vida. Tradução de Maria Silvia Mourão Netto. 3 ed. São Paulo: Summus, 1997. p. 163-183.



## COMO REFERENCIAR ESSE ARTIGO

SOUSA, Laíla Gabriela C.; NASCIMENTO, Perisson. D. Medo no corpo ou medo do corpo? A clínica psicossomática do Transtorno do Pânico. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (Org.). **Anais. 19º CONGRESSO BRASILEIRO e 3ª CONVEÇÃO BRASIL-LATINOMÉERICA DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS.** Curitiba/PR. Centro Reichiano, 2014. [ISBN – 978-85-87691-24-8]. Acesso em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

SCARPATO, A. T. O estranho que me habita: a síndrome do pânico numa perspectiva formativa. In: CIPULLO, M. A. T.; MONTEIRO, M. Z. (Org.). **Revista Reichiana.** São Paulo: Sedes Sapientiae, n. 10, p. 50-65, 2001.

MALUF JR, N. Síndrome do pânico, a biofísica e a álgebra dos processos emocionais: o viés reichiano – parte II. In: WAGNER, C. M.; DESSAUNE, D.; CÂMARA, M. V. (Org.). **Pensamento Reichiano em Revista.** Rio de Janeiro: Publit, ano III, n. 3, p. 123-142, 2008.

## AUTORES

**Laíla Gabriela Carvalho de Sousa / Teresina / PI / Brasil** – Estudante do 10º período de Psicologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Piauí, cursando o Estágio Supervisionado em Psicologia Clínica II na abordagem da Análise Bioenergética.

**E-mail:** [lailagcs@hotmail.com](mailto:lailagcs@hotmail.com)

**Périson Dantas do Nascimento / Teresina / PI / Brasil** – Psicólogo Clínico (CRP11/2972). Doutor em Psicologia Clínica (PUCSP). Local Trainer do Instituto de Análise Bioenergética de São Paulo (IABSP). Professor Adjunto da Universidade Estadual do Piauí (UESPI). Líder do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Psicologia Clínica da Saúde (CCS-UESPI).

**E-mail:** [perisson.dantas@gmail.com](mailto:perisson.dantas@gmail.com)