

## **Modificações da Técnica e do Enquadre nas Enfermidades Somáticas**

**Ana Paula Terra Machado<sup>1</sup>, Porto Alegre**

Resumo: A partir da investigação psicossomática os fundadores da Escola de Paris descreveram uma forma de funcionamento mental subjacente às doenças somáticas. O atendimento de pacientes somatizantes determinou modificações na técnica e no enquadre, inaugurando uma clínica singular.

PALAVRA-CHAVE: Psicossomática; Técnica; Enquadre; Trabalho de somatização.

### **Modificações da Técnica e do Enquadre nas Enfermidades Somáticas**

No percurso de construção da teoria da técnica, as descobertas e as transformações foram ocorrendo, tanto no que diz respeito aos pacientes como no que se refere ao analista. A técnica psicanalítica foi construída, assim como a teoria, a partir da clínica. Desde a necessidade de falar de Emmy Von N., até as dificuldades encontradas na transferência do caso Dora, o trabalho clínico exigiu transpor obstáculos.

São os desafios de nosso ofício que impõem reflexões e transformações na práxis da psicanálise. Na clínica, atual nos defrontamos com os aspectos neuróticos e não neuróticos dos analisandos. A compreensão da dinâmica psíquica se estende para a interação entre o Eu e o objeto, entre o pulsional e a representação, e a conseqüente articulação com as diversas instâncias. Como cada um se relaciona com o seu corpo diz respeito ao seu acervo mnêmico e afetivo construído na relação com o outro, com os seus objetos significativos.

---

<sup>1</sup> Membro Titular com função didática da Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre (SBPdePA), Membro Pleno do Centro de Estudos Psicanalíticos de Porto Alegre (CEPdePA). E-mail: [anatm@terra.com.br](mailto:anatm@terra.com.br). Endereço: Rua Florêncio Yagrtua, 271/402 – Bairro Moinhos de Vento. CEP 90430-010. Porto Alegre – RS.

Ana Paula Terra Machado

A expansão do espectro de pacientes que são atendidos por psicanalistas, desde o trabalho de Freud com as neuroses, abrange um vasto campo de conhecimento teórico/técnico. Hoje, o critério de analisabilidade diz respeito a possibilidade da dupla analista/analizando em empreender um trabalho analítico. Neste contexto, se inserem os pacientes que apresentam doenças somáticas, tema central dos estudos da Escola de Psicossomática de Paris, hoje chamada Escola de Paris.

Foi a partir de uma pesquisa psicanalítica, descrita no livro *A investigação psicossomática*, publicado em 1963, que se estabeleceu um novo campo teórico e uma clínica singular. Hoje a psicossomática psicanalítica segue produzindo novos conceitos e tornou-se um campo de estudos fecundo e amplamente inserido na psicanálise contemporânea.

Alicerçados na metapsicologia freudiana os fundadores, Pierre Marty, Christian de David, Michel M'Uzan e Michel Fain, descreveram um funcionamento mental subjacente às manifestações das doenças somáticas. Denominaram como mentalização, o funcionamento do pré-consciente, em seus diversos graus, abrangendo desde uma precária mentalização até uma mentalização adequada no qual o campo representacional opera estabelecendo as ligações entre o inconsciente e o pré-consciente, território da simbolização, onde se encontram as representações – palavra.

Observaram que havia perda de qualidade do funcionamento mental, e que estas irregularidades se apresentavam nos pacientes que apresentavam doenças orgânicas. Após os estudos do pré-consciente, descrito na primeira tópica, os psicossomaticistas da segunda geração incluem de forma definitiva a segunda tópica para a compreensão do funcionamento mental. O jogo pulsional, com os movimentos de intrincamento e desintrincamento, em especial, os desdobramentos da destrutividade estão no cerne da compreensão das somatizações.

Esta perspectiva inclui o resgate da teoria do trauma, ou melhor, dos traumatismos, sobretudo traumatismos precoces, o que remete a uma problemática narcísica fundamental. As situações da vida, situações traumáticas ou traumas cumulativos podem desencadear patologias somáticas quando os recursos psíquicos se mostram insuficientes para dar conta das intensidades, das excitações causadas pelo impacto dos traumatismos.

## Modificações da Técnica e do Enquadre nas Enfermidades Somáticas

As somatizações dividem-se em dois grandes grupos: regressões benignas, ou seja, passageiras e reversíveis, e desorganização progressiva, que remete aos casos mais graves do adoecimento somático, corresponde a um movimento contra evolutivo, no qual há ocorre desligamento pulsional mais duradouro.

No período inicial dos estudos, no Congresso de línguas romanas, em 1962, Pierre Marty e Michel D'Uzan, apresentaram o conceito de pensamento operatório, que se tornou o paradigma da psicossomática psicanalítica. Em termos gerais, trata-se de um pensamento atual, factual, pobre em fantasias e associações, carente de capacidade simbólica e com pouco valor sublimatório. É um pensamento conformista adaptado à realidade externa, às normas do social. Essa forma de pensar visa à descarga rápida da tensão, “como um pensamento que age, mas não pensa”, como uma espécie de antipensamento, evidenciando a precariedade do funcionamento mental. (Aisenstein & Smadja, 2003, p. 412; Marty & M'Uzan, 1994).

Em 1966, foi descrita a noção de depressão essencial (Marty & Smadja, 2005) uma forma de depressão sem objeto. Nesta sintomatologia depressiva há um apagamento da dinâmica mental, uma perda do tônus vital. Ocorre um desinvestimento do Eu, uma desnarcização, sem o sentimento de culpa ou autoacusações, tampouco a marcada ambivalência característica do conflito dos outros quadros depressivos e melancólicos.

Não há manifestação de sofrimento, o que aparece é o cansaço diante da vida. Portanto, estamos diante de uma sintomatologia que se apresenta de forma negativa, pois os sintomas estão aparentemente ausentes. É a depressão em estado bruto e remete regularmente a situações muito precoces do desenvolvimento pulsional do sujeito. (Smadja, 2005).

Esta condição da depressão essencial, abre o caminho para que ocorra uma desorganização progressiva das funções somáticas, sendo precursora da somatização.

O atendimento de pacientes somatizantes implicou alterações da técnica e do enquadre, mas no nosso trabalho clínico, seguindo a Freud, devemos ter presente que: “A extraordinária diversidade das constelações psíquicas envolvidas, a plasticidade de todos os processos mentais e a riqueza dos fatores determinantes opõem-se a qualquer mecanização das técnicas” (Freud, 1913/1969, p. 164).

Ana Paula Terra Machado

Nos casos de somatoses, diferente das neuroses e das psicoses, os pacientes apresentam uma dificuldade de expressão por meio de palavras, exigindo que a mente do analista esteja disponível, para que possa ser pensado, imaginado e historicizado algo que está impedido de tramitar pelo psiquismo do analisando.

O que é proposto tem de fazer sentido para o analista, ou seja, é preciso que ele saiba o que está propondo e porquê está propondo. Sabemos que o mais importante é o enquadre interno do analista, pois é ele o guardião do *setting*. A atitude mental do analista é constituída através de sua análise pessoal, seu conhecimento teórico e da sua prática cotidiana.

Mas como acessar os pacientes nos quais existem *déficits* importantes no processo de simbolização, onde o que não pode tramitar pelo psiquismo é descarregado no corpo ou em comportamentos nos quais predomina a sensório motricidade.

Seguimos propondo aos analisandos que falem livremente, mas, quando há muito pouco ou nada a dizer, quando sobrevém o silêncio, o silêncio psíquico que atesta a destrutividade, como proceder?

Na clínica os pacientes somáticos apresentam uma grande diversidade na sua organização psíquica, o que implica diferentes indicações terapêuticas, que pode ser inclusive a do enquadre clássico, porém para aqueles que apresentam fragilidades narcísicas, as quais atestam uma precariedade do funcionamento mental, o mais frequente é a necessidade de uma adaptação do enquadre para que o processo terapêutico possa se desenvolver. A abordagem destes casos difíceis exige sensibilidade clínica e adaptações da técnica para que se possa ir além da escuta, é preciso auscultar aspectos inaudíveis do funcionamento mental.

Marty propôs como modelo para o trabalho com estes pacientes a noção “da função materna à psicanálise”. (Marty, 1993, p. 63). A função materna do analista, noção-chave da teoria e clínica em psicossomática, está centrada nas funções de paraexcitação e de agente da transformação pulsional torna-se fundamental para possibilitar novos investimentos e a reorganização libidinal.

Nestas intervenções o analista opera como uma instância externa de transformação das forças biológicas em matéria psíquica, pois as funções somáticas participam do desenvolvimento psíquico que, posteriormente são substituídas por funções mentais.

## Modificações da Técnica e do Enquadre nas Enfermidades Somáticas

O que é importante ressaltar aqui é que se trata, sobretudo, de uma disponibilidade psíquica, de consideração ao ritmo, da função de paraexcitação, para o atendimento e entendimento da dinâmica do paciente e não “receitas operatórias” (Samdja, 2005, p. 91). É o investimento libidinal do analista, o seu genuíno interesse pelo funcionamento mental do paciente e não uma espécie de aconselhamento, mas a sua atitude empática diante do padecimento do paciente.

O trabalho do psicossomático, nesta clínica da excitação, como denominou Diana Tabacof (2021), é dirigido para o entendimento da organização psicossomática, orientando sua compreensão para como se dá a distribuição da libido no Eu do paciente e os respectivos objetos internos e externos no qual a libido está ligada e, ainda onde foram rompidas as trajetórias pulsionais pela ação da destrutividade. Essa perspectiva determina como deve intervir o analista para que a patologia somática não seja o objeto preferencial dos interesses do paciente e sim, despertar o seu mundo psíquico, através de uma escuta sensível que possa capturar as manifestações nos gestos, nas expressões sensório-motrizas, as alterações corporais, e dos afetos que irão se apresentar no *setting*.

O enfoque se dirige no caminho inverso da somaticidade, ou seja, o analista deve buscar um processo de objetualização, quando ele com a sua presença física, verbal e sensorial, possibilita uma reanimação pulsional no paciente e abertura de um espaço onde possam surgir representações.

Este movimento, calcado na possibilidade de identificação com a vida mental do analista mobiliza no paciente novos recursos internos.

Neste sentido, o analista ocupa o papel de catalisador dos processos psíquicos do paciente, portanto a ênfase está na vida mental do paciente, por isso é necessário desenvolver a “arte da conversação”, favorecendo, através desta relação singular, analista/analizando, os desenvolvimentos da história do paciente. Desde o início destaca-se o aspecto relacional e é a partir da dinâmica transferência/contratransferência, que se desenvolve o trabalho terapêutico. Muitas vezes é o analista que sente o afeto coagulado, congelado na vida do paciente. Catherine Parat, na sua definição de “transferência de base” (Parat, 1988, p. 184; Tabacof, 2021, p. 55) resalta o apoio narcísico, onde o analista opera como um suporte “real” possibilitando uma relação de confiança do paciente com o objeto.

Ana Paula Terra Machado

Muitas vezes são necessárias respostas às perguntas do paciente, o que não significa responder a tudo, trata-se de auxiliar as verbalizações e favorecer a continuidade do que está sendo relatado. A paciência, a disponibilidade do analista em seguir investindo na relação com o paciente faz parte do nosso ofício, entretanto, nestes casos nos quais há um bloqueio das atividades psíquicas que acarreta dificuldades de expressão, essa participação mais ativa do analista pode ser necessária, pois muitas vezes o paciente considera que não há mais nada a ser dito, que não lhe ocorre nada para falar. Com estes pacientes a regra fundamental da associação livre, apesar de que deva ser enunciada, apresenta maiores dificuldades e limitações para ser cumprida. O cuidado é para que a regra não seja sentida como uma imposição e sim como uma possibilidade.

Justamente porque estamos diante de pacientes que tiveram que se defender de situações traumáticas, levando a uma regressão que só foi detida por uma fixação somática, cabe ao analista ser continente e as interpretações, devem ser mais dirigidas mais à forma que o conteúdo, a busca é pelos afetos, ou seja, pelas ligações psíquicas que precisam ser estabelecidas.

Marty salienta a prudência necessária diante destes casos nos quais o psicossomático precisa trabalhar como um “desarmador de minas” (Tabacof, 2016, p. 96), especialmente quando acessamos as zonas traumáticas do paciente.

Os estados traumáticos remetem à interrupção de projetos de vida, às situações de ruptura, nos quais o processo de elaboração psíquica diante do sofrimento, se encontra impedido. Há uma fixação na realidade factual, bruta e não ocorre a necessária regressão psíquica inerente aos processos de luto. Sabemos que o traumático diz respeito não à perda do objeto, mas a perda de representação do objeto (Botella & Botella, 2002).

Quanto às especificidades do enquadre nestes casos:

As regras permanecem, mas as combinações feitas com o analisando variam. Estas variáveis, porém, paradoxalmente, precisam ser fixas, constantes. A estabilidade do enquadre é importante para o estabelecimento de uma relação de constância do objeto, no analista. Estas variáveis podem incluir, telefonemas, mensagens, atendimento hospitalar, quando necessário especialmente nos casos de uma desorganização progressiva que diz respeito às patologias orgânicas mais severas.

## Modificações da Técnica e do Enquadre nas Enfermidades Somáticas

Em geral as sessões ocorrem na modalidade face a face, sendo necessária além da escuta, o olhar do analista favorecendo o reencontro como objeto perdido.

Quanto à frequência, esta é de uma ou duas vezes por semana, sendo o mais habitual uma sessão semanal. Muitos pacientes não toleram uma maior frequência, que pode ser sentida como uma intrusão.

Como já mencionado, estes pacientes apresentam dificuldades na expressão dos seus afetos, na verbalização dos sentimentos e dos aspectos subjetivos da sua história. Por isso, a observação de todos os gestos, da mímica facial, das sutilezas das manifestações corporais como a respiração, contrações musculares, funcionam como indicadores do estado mental, das angústias do paciente. É importante então que ocorra a captação da expressão associativa do paciente junto da associação livre. César Botella (citado por Tabacof, 2016) considera que se mantenha uma atenção flutuante perceptiva para favorecer uma inscrição dinâmica de figurabilidade.

Claude Smadja (2005), um dos expoentes da segunda geração dos psicossomaticistas da Escola de Paris, descreve o trabalho de somatização, a partir de uma situação conflitiva, uma situação traumática que provoca uma ferida narcísica ou reabre antigas feridas do EU. Os afetos de dor ou desamparo mobilizam as pulsões de destruição com a finalidade de desligar, de desfazer conexões provocando uma regressão, um desinvestimento dos objetos e do próprio EU. Em um primeiro tempo o que ocorre é um silêncio do psiquismo (depressão essencial), onde ocorre um desinvestimento libidinal, uma desobjetualização (Green). Este movimento contra-evolutivo, esta desorganização progressiva será detida por uma fixação somática. Com o surgimento de uma doença são mobilizados cuidados da equipe médica, dos familiares dos amigos e da própria pessoa que é então envolvida em uma grande rede de investimentos libidinais, como uma espécie de função materna coletiva (Smadja, 2005). Este momento pode provocar novas ligações e uma nova possibilidade de viver.

Smadja (2005, p. 87) definiu este movimento como “Paradoxo Psicossomático”, pois mesmo sendo uma situação extrema que põe em risco a vida do paciente, esta é uma condição em que são mobilizados investimentos libidinais, eróticos, pode haver uma nova reorganização do EU. Uma enfermidade somática pode servir para a conservação do indivíduo e a sua reconstrução. (Smadja, 2005). O determinante é o destino que a libido terá a partir de então.

Ana Paula Terra Machado

Diante de todas essas considerações sobre a precariedade do funcionamento mental destes pacientes, poderíamos perguntar: é possível para um paciente psicossomático evoluir para os sintomas de conversão? Sim, pois da mesma forma que em que há um processo de histerização primária, ou seja, todos os órgãos têm um investimento erógeno, a partir dos investimentos do objeto primário, do mesmo modo pode haver um processo de histerização secundária. Este conceito de histerização secundária proposto por Denise Braunschweig (Holovko & Rache, 2023). Trata-se de um trabalho de transformação das excitações em energia psíquica, em pulsão, que produzirão sintomas na esfera psicosexual como a conversão na histeria.

Desta forma, sintomas que seriam a expressão fisiológica de estados de transbordamento das excitações, podem tornar-se simbólicos, em decorrência dos investimentos objetais e seus retornos narcísicos, mobilizando o sistema-representação-afeto, produtor de sentido. Assim um corpo doente, um corpo que sofre, pode se transformar em um corpo proporciona prazer. (Holovko & Rache, 2023).

Para a psicanálise, o corpo transcende ao biológico, ao somático, e se transforma em um corpo de representação animado pela pulsão e confrontado com a alteridade. Para que haja a ascensão a este corpo erógeno é preciso que ocorra a libidinização do corpo, através dos investimentos dos primeiros objetos. A gestação não acaba com o parto, a mãe (figura materna) segue gestando o psiquismo do seu bebê. Neste processo de pulsionalização, onde ocorrem as transformações das excitações somáticas em material psíquico, é imprescindível a presença do objeto. As falhas decorrentes destes primeiros movimentos terão suas repercussões na constituição do narcisismo primário. Dominar as excitações, dar um destino para a pulsão implica na “exigência feita à mente no sentido de trabalhar em consequência de sua ligação como o corpo” (Freud, 1915/1969, p. 142). Nesse sentido, o aparelho psíquico também pode ser compreendido como um aparelho de ligação entre as representações que irão constituir a subjetividade, o psiquismo individual.

As doenças orgânicas operam então como uma proteção contra o colapso psíquico. Como um último recurso, salva-se a subjetividade adoecendo o soma.

Nestas situações, somos convocados, em nossa capacidade de empatia e afeto, a emprestar nosso psiquismo para criar os elos de uma corrente de ideias que está rompida pelo vazio representacional.

## Modificações da Técnica e do Enquadre nas Enfermidades Somáticas

### Referências

- Aisenstein, M., & Smadja, C. (2003). *A psicossomática como corrente essencial da psicanálise contemporânea*. In A. Green (Org.), *Psicanálise contemporânea: Revista Francesa de Psicanálise – número especial 2001*. Imago.
- Botella, C.; & Botella, S. (2002). *Irrepresentável – Mais Além da Representação*. Criação Humana.
- Freud, S. (1969). *Sobre O Início Do Tratamento*. In S. Freud, Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 12). Imago. (Trabalho original publicado em 1913).
- Freud, S. (1969). *Os Instintos e suas Vicissitudes*. In S. Freud, Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 14). Imago. (Trabalho original publicado em 1915).
- Holovko, C., & Rache, E. (Org.) (2023). *Da Excitação à Pulsão*. Blucher.
- Marty, P., & M'Uzan, M. (1994). *O Pensamento Operatório*. Revista Brasileira de Psicanálise, 28(1), 165-174.
- Marty, P. (1993). *A Psicossomática Do Adulto*. Artes Médicas Sul.
- Parat, C. (1998). El Trabajo Habitual Del Psicossomatólogo. In M. T. Calatroni. *Pierre Marty y la psicossomática*. Amorrutu.
- Smadja, C. (2005). *La Vida Operatória*. Biblioteca Nueva.
- Tabacof, D. (2016). *Psicossomática Psicanalítica Hoje: O Modelo Pulsional Da Escola de Paris*. Revista Brasileira de Psicanálise, 50(2), 94-107.
- Tabacof, D. (2021). *Clínica da excitação: Psicossomática e Traumatismo*. Blucher.