



A clínica dos farrapos:

por uma clínica psicanalítica das desorganizações¹

Rubens Marcelo Volich

Todo psicanalista já se viu confrontado com impasses, ou com efeitos iatrogênicos no tratamento de pacientes marcados por dificuldades na associação livre, pelo surgimento de silêncios e angústias indizíveis.

“... todo artista tem de ir aonde o povo está”.

MILTON NASCIMENTO

Voávamos em céu de brigadeiro...

Há dois anos em análise, três vezes por semana, Sofia sempre parecera à vontade, e mesmo entusiasmada com as viagens que emprendia por seu mundo interior. Não lhe era difícil iniciar as sessões, transitava bem de um assunto para outro, sonhava com frequência, acolhia minhas interpretações, encantava-se com suas descobertas.

Sofria também, é verdade. Sobressaltos, medos, tristezas... Surpresas que o inesperado de um lapso lhe preparara, ou que as vicissitudes da vida obrigavam-na a enxergar. Corajosa, ela as enfrentava, com as compreensíveis resistências que buscam, antes de tudo, prote-

ger-nos da dor. Nesses momentos, ela guardava um certo silêncio, respirava fundo e, pouco depois, reemergia, com os olhos marejados, mangas arregaçadas, prestes a voltar ao trabalho. Novas lembranças, expectativas. Novos mergulhos.

Durante dois anos, percorremos juntos as aventuras que vivera ao longo de seus 32 anos. Sofia viajava... O carro mal estacionado à porta do consultório a conduzia facilmente a sua admiração, quando criança, pela maneira segura de seu pai dirigir. Ouvindo os gritos das crianças brincando na casa vizinha, sem cerimônia, ela se convidava, junto com seu irmão e sua irmã mais novos, a participar de suas brincadeiras. Em um dia parti-

Rubens Marcelo Volich é psicanalista, doutor pela Universidade de Paris VII - Denis Diderot, professor do curso de Psicossomática do Instituto Sedes Sapientiae, autor de *Psicossomática - De Hipócrates à Psicanálise e Hipocondria - Impasses da alma, desafios do corpo*, (Casa do Psicólogo) e co-organizador e autor dos livros da série *Psicossoma* (Casa do Psicólogo).

cularmente tumultuado em que ficara sem comer, a fome sentida durante a sessão foi naturalmente saciada pelas lembranças de sua avó e de sua mãe, que sempre se esmeraram em mimá-la com as mais suculentas guloseimas. Até eu sentia água na boca...

Com efeito, não me era difícil acompanhar Sofia em seus devaneios, em suas lembranças, em suas associações. Ela as produzia como se eu não estivesse ali, porém seus relatos eram tão vivos, tão intensamente investidos, que era impossível não ser cativado por eles. Escutar Sofia era uma experiência esperada, que despertava em mim lembranças, sabores, cheiros, calafrios. Sessões intensas, em que o cansaço, de um e de outro, geralmente era reflexo de uma marcha que, apesar dos percalços, até então sempre avançara. Olhar para trás era uma experiência gratificante, ao constatar as distâncias em pouco tempo percorridas.

Naquele outono, porém, subitamente, o tempo virou. Deitada no divã, rapidamente, ela se transformara...

Aos poucos, as palavras foram se tornando difíceis, rarefeitas. Os silêncios, cada vez mais longos. As lembranças, cada vez mais escassas. As imagens, esmaecidas. Os sabores, insossos. Minha atenção, fugidia.

Suas feições, antes leves, tornaram-se sóbrias. Seus gestos, carregados. Seu olhar, perdido. Comecei a sentir saudades de Sofia.

Compreendia a causa de tal transformação. Com casamento marcado, Sofia vivia a ruptura amorosa de uma relação de oito anos. Surpreendia-me, porém, a violência dos efeitos que ela provocava.

Em três semanas, Sofia emudeceu. Suas faltas e atrasos à sessão aumentaram. Parecia indiferente às dificuldades de estacionar o carro e, mesmo, a uma mudança que eu realizara na sala de consultas. As crianças do vizinho passaram a brin-

car sozinhas, seus risos e gritos eram os únicos sons que ecoavam na sala. Sugeri que se juntasse a elas, que me acompanhasse, convidando-a para caminharmos, já que, naquele momento, ela não podia me convidar. Porém, meus comentários, minhas interpretações e mesmo minha pessoa pareciam não ter o menor interesse para ela.

Deitada no divã, de tempos em tempos ela balbuciava seu sofrimento. Sua fala, antes juvenil, fluida, fácil, arrastava-se então em tons monocórdios, num ritmo entrecortado, como correntes em um castelo mal-assombrado. Cada vez mais, a sombra da angústia parecia abraçar seu corpo, que, contorcido, parecia querer tomar a palavra. Era-lhe difícil distinguir entre a constrição daquele abraço e tantas dores que passaram a animar seu corpo. Uma dor mais intensa, porém, fez com que consultasse um médico, que diagnosticou uma úlcera estomacal em estado avançado. Nunca antes Sofia tivera um problema mais grave de saúde.

Nesse momento, sugeri a Sofia que reduzíssemos o número de sessões e que ela experimentasse sentar-se na poltrona. No início, ambos estranhamos a posição. Apesar da intensidade do processo que havíamos vivido até então, era como se nos encontrássemos pela primeira vez. Depois de algumas sessões, em silêncio ainda, ela me olhava com atenção, e até mesmo com uma certa curiosidade. Ela me estranhava, me reconhecia. Seu rosto parecia flutuar ao sabor desse movimento, contorcendo-se, distendendo-se. Depois de algum tempo, murmurou: *"Por quê?"* Sem pensar, respondi: *"Para te ver melhor..."* Uma enorme gargalhada de Sofia acompanhou a lembrança de uma história infantil. Voltamos a sonhar...

Lentamente, suas falas voltaram a se articular. Ela ainda me olhava, entre estranha e reconhecida. Pôde falar aos poucos de sua dor, do sonho depositado no casamento desfeito, do terror pelo rompimento de

Cada vez mais,
a sombra da angústia
parecia abraçar seu corpo,
que, contorcido,
parecia querer tomar a palavra.
Era-lhe difícil distinguir
entre a constrição
daquele abraço
e tantas dores
que passaram a animar
seu corpo.



uma relação da qual nunca duvidara. Falou também de outro pavor, insuportável, vivido no divã durante as semanas que se seguiram a seu rompimento amoroso. Aterrorizada, sentira-se cada vez mais solitária, incapaz de compartilhar comigo e mesmo de descrever seu terror. Sentira, desesperada, que também a mim perdia, paralisada, sem poder me ouvir ou reconhecer minha presença.

Algumas semanas depois, estranhando-me cada vez menos, sempre me olhando, ocorreu-lhe, pela primeira vez, a lembrança de uma cena infantil. Uma vez, aos quatro anos, sobressaltada e confusa, acordou no meio da noite ouvindo uma violenta discussão entre seu pai e sua mãe. Ambos gritavam, e, pelo barulho, objetos pareciam ser derrubados ou atirados ao chão. Sofia sentiu muito medo, não sabia se deveria se levantar da cama, ou esconder-se em baixo dela. Sem perceber, fez xixi no pijama, e ao pavor acrescentou-se a vergonha. Paralisada, não conseguiu dormir o resto da noite, sentindo-se suja, desconfortável e com frio por causa da roupa molhada.

No dia seguinte, com muito medo, contou para sua mãe o que vivera e perguntou-lhe o que havia ocorrido. Sua mãe, com os olhos tristes e vermelhos, tentou tranquilizá-la dizendo que nada acontecera, que provavelmente ela tivera um pesadelo. Sofia sabia que não fora um sonho, porém calou-se. Durante algum tempo, foi em sonhos que aquela cena se repetiu em sua vida.

Com o tempo, sumiram aqueles sonhos e as lembranças daquela noite. Com o tempo, intensificaram-se alguns costumes de sua vida. A espera ansiosa no final da tarde pela chegada de seu pai, a impossibilidade de adormecer sem as histórias contadas por sua mãe até quase a adolescência, a necessidade que tanto ela quanto seu pai a beijassem para que ela pudesse dormir.

Para Sofia,
voltar a sonhar sozinha
foi um pesadelo.
A angústia pelo sonho
desfeito tornou-se
cada vez mais intensa,
insuportável, terror,
clausura.

Apagaram-se, aparentemente, os traços daquela noite terrível. Sofia não se lembrava de nenhuma outra discussão entre seus pais e sempre considerou que eles fossem felizes juntos. Foi uma adolescente romântica, namorou, mas não encontrou naquela época nenhum rapaz que correspondesse ao homem de seus sonhos, por quem verdadeiramente se apaixonasse: um homem tranqüilo, acolhedor, que compartilhasse os mesmos gostos que ela, com quem nunca discutisse... Talvez por isso, pouco sofreu com as separações: sempre ficara triste, mas consolava-se pensando que fora melhor assim, pois dessa forma poderia continuar procurando por seu grande amor.

Foi quando, ao final da faculdade, conheceu Eduardo. Tranqüilo, dedicado, divertido, carinhoso, ele parecia desfilir diante dela todos os atributos com os quais sempre sonhara. Seguro e confiável, sobretudo, ele a acolheu como ela sempre quis ser acolhida. Sua busca parecia ter terminado. Eram feli-

zes, seriam felizes. Viviam em harmonia, completavam-se, sonhavam os mesmos sonhos. Nada mais natural do que formalizar seu desejo de viver para sempre com aquele homem em quem sempre confiara.

Eduardo não tinha a mesma história que Sofia. Nem as mesmas certezas. Apesar de amá-la, duvidava. Apesar de acolher, também rejeitava. Apesar de sonhar, também temia pelo que sentia. Um dia o temor foi mais forte. Não lhe foi mais possível continuar sonhando com Sofia.

Para Sofia, voltar a sonhar sozinha foi um pesadelo. A angústia pelo sonho desfeito tornou-se cada vez mais intensa, insuportável, terror, clausura. Tudo perdia o sentido, e nada mais parecia valer a pena, nada mais parecia merecer ser compartilhado. Com ninguém. Nem comigo.

Desafios da clínica

Todo psicanalista, todo psicoterapeuta, já se viu confrontado com limites, impasses ou mesmo com os

efeitos iatrogênicos no tratamento de alguns pacientes. Nesses momentos, muitas vezes observamos a interrupção do discurso do paciente, dificuldades na associação livre, o surgimento de silêncios, de vazios, de angústias indizíveis, de momentos melancólicos, de atuações. Essas manifestações, mais ou menos duradouras, podem chegar, no extremo, a desorganizações mais profundas do funcionamento do paciente, a episódios psicóticos, a depressões graves, a somatizações agudas ou crônicas.

Freud sempre insistiu na especificidade do dispositivo clínico psicanalítico. Essencialmente, ele preconizava esse tratamento para as psiconeuroses, enquanto para as manifestações das neuroses atuais, e para os pacientes com doenças orgânicas a indicação desse dispositivo seria inadequada¹.

Segundo ele, os sintomas psiconeuróticos – obsessivos, fóbicos ou histéricos – são fruto do conflito entre uma representação que busca uma manifestação consciente e o recalque que impede que ela atinja esse fim. A ação terapêutica permite a retradução dessa formação de compromisso em seus termos originários. A energia investida e bloqueada no sintoma pode então ser reintegrada ao fluxo associativo, permitindo à representação recalçada aceder à consciência, superando a amnésia patogênica².

Por sua vez, as neuroses atuais obedecem a uma outra dinâmica, distinta do recalque. A neurose de angústia, a neurastenia e a hipocondria não apresentam formações de compromisso, formações substitutivas, conversões histéricas, nem sentido simbólico para os sintomas. Elas manifestam descargas comportamentais ou somáticas resultantes da impossibilidade ou da incapacidade de elaboração mental da excitação³. Muitas das manifestações atuais da subjetividade humana, como os estados *borderline*, os sintomas considerados “psicossomáticos”, os

O que fazer quando, mesmo a partir de uma indicação inicial adequada, desaparecem as condições que justificaram a indicação de uma psicanálise?

comportamentos impulsivos e destrutivos organizam-se em grande medida em torno dessas dinâmicas.

É verdade que os critérios clássicos para a indicação de uma análise, definidos por Freud, podem ainda ser utilizados no momento inicial de um processo psicanalítico. Porém, o que fazer quando, mesmo a partir de uma indicação inicial adequada, desaparecem as condições que justificaram a indicação de uma psicanálise, em função de dinâmicas mobilizadas pelo tratamento ou por acontecimentos da vida do paciente? Para essas pessoas, e mesmo em se tratando daquelas para as quais desde o início percebemos a inadequação da indicação de um tratamento psicanalítico, podemos ainda nos perguntar se a psicanálise nada teria a oferecer para aliviar seu sofrimento.

Sandor Ferenczi foi um dos primeiros a questionar as posições freudianas sobre essas questões. Ele sugeriu que as bases do dispositivo

psicanalítico, bem como suas referências teóricas seriam ainda pertinentes no tratamento das manifestações das neuroses atuais, e até mesmo para lidar com o sofrimento e com algumas das causas das doenças orgânicas dos pacientes. Para tanto, ele sustentava a necessidade de uma outra postura do analista e de modificações no dispositivo clínico⁴.

A partir de Ferenczi, muitos outros psicanalistas investigaram a possibilidade da utilização dos recursos da psicanálise na clínica dos pacientes não-psiconeuróticos, como psicóticos, *borderlines*, somatizantes, etc. O enriquecimento da teoria e da clínica psicanalíticas permitiu melhor compreender as fragilidades desses pacientes, a precariedade de suas vivências infantis e de seu desenvolvimento, o esgarçamento do tecido psíquico, as fragilidades narcísicas, a pobreza de seu mundo objetal e de representações.

S. Ferenczi, Ballint, M. Klein, R. Spitz, D. Winnicott e W. Bion destacaram-se entre aqueles que tentaram superar as limitações do enquadre psicanalítico clássico para responder às necessidades clínicas dos pacientes que apresentam tais características.

O reconhecimento da importância das relações precoces com a mãe para o desenvolvimento da criança, a melhor compreensão das fragilidades dessas primeiras relações, a constatação das limitações do trabalho associativo verbal, com a conseqüente exacerbação das manifestações comportamentais, da atividade motora, sensorial e somática determinaram várias das mudanças observadas no dispositivo terapêutico nas últimas décadas. O desenvolvimento da ludoterapia, da arte-terapia, das terapias conjuntas mãe-bebê, das terapias familiares, de grupo e corporais, do psicodrama e do relaxamento psicanalíticos são frutos diretos desses progressos.

Transformou-se também a posição do analista. A contratransferência ganhou importância crescen-



te como recurso para a apreensão e compreensão dos níveis mais primitivos de funcionamento. Continência, maternagem, reasseguramento, *holding*, a função do analista como ego-auxiliar do paciente deixaram de ser infrações graves à regra de abstinência do analista para se transformar em condições necessárias à instalação, e muitas vezes à própria sobrevivência do processo terapêutico dos pacientes narcísica e psiquicamente mais fragilizados.

A psicoterapia, considerada como uma “arte menor”, olhada com desprezo e desconfiança pelo *establishment* psicanalítico durante quase todo o século XX, ganhou seus títulos de nobreza tornando-se tema obrigatório em muitos encontros das maiores sociedades psicanalíticas, de todas as orientações, em todo o mundo. Subitamente, as posições de Winnicott, já defendidas desde 1947, de que a dimensão psicoterapêutica seria uma dimensão importante do próprio trabalho psicanalítico, foi reabilitada, ganhando notoriedade. Mais recentemente, Pierre Fédida rompeu veementemente com o desdém com que a psicoterapia sempre foi tratada no meio psicanalítico para revelar, na verdade, sua complexidade: “Uma psicoterapia é sempre uma psicanálise complicada”.⁵

Como, então, construir os instrumentos que permitam o exercício dessa clínica mais complexa em função da precariedade dos quadros de alguns pacientes, ou das características do trabalho terapêutico em meio institucional?

Do enquadre clássico à necessidade de sua transformação

Consideremos brevemente os pré-requisitos, as condições e as implicações do dispositivo clínico psicanalítico – o chamado “enquadre” – para compreendermos seus limites e a necessidade de sua transformação para o tratamento dos

pacientes que apresentam grandes fragilidades em sua organização psíquica ou que vivem momentos de intensa desorganização de sua economia psicossomática.

São conhecidas as principais características do *setting* psicanalítico clássico. Consultas individuais com frequência semanal variável (cada vez menor, como podemos observar), sessões com tempo fixo ou variável, duração indeterminada do tratamento, diferentes modos de pagamento de honorários. Geralmente, o paciente deita-se no divã, ficando o analista fora de seu campo visual. São importantes a não-familiaridade com o analista, bem como a sua neutralidade. O paciente comunica suas associações livres (“tudo o que lhe vem à cabeça”) ao analista que, por meio da atenção flutuante, é mobilizado por imagens, associações e sensações que se constituem como a matéria prima para as interpretações do material apresentado pelo paciente. A ver-

balização é a via principal de comunicação entre ambos⁶.

Sabemos que mesmo o mais estrito respeito de todas as precauções técnicas com relação ao enquadre não garante nem é prova da existência de um processo analítico. O processo psicanalítico pressupõe, sobretudo, que um verdadeiro encontro ocorra entre o paciente e o psicanalista, que um investimento recíproco seja possível, que ambos possam apostar nas possibilidades de transformação, de um e de outro. A partir desse movimento, no contexto da transferência, as condições do enquadre e da relação podem propiciar a emergência dos conteúdos recalçados do paciente, a atualização e a transformação das fixações do passado, a consolidação dessa transformação graças ao trabalho de rememoração e de representação, a liberação de novas capacidades de investimento, o alívio do peso das compulsões à repetição. A análise promove os recursos do sujeito permitindo que ele possa experimentar e ampliar os prazeres auto-eróticos e objetivos, tolerar a frustração, desenvolver e ampliar as melhores possibilidades de simbolização e de representação⁷.

André Green ressalta que o aparelho psíquico é o espaço no qual a representação pode advir.⁸ A ampliação das condições para o desenvolvimento das funções representativas é um referente primeiro do trabalho psicanalítico. É esse um paradigma fundamental, útil, até mesmo no tratamento dos casos considerados “difíceis”, nos quais a atividade representativa encontra-se bastante comprometida. O processo terapêutico pode então ser essencialmente caracterizado como um *trabalho de figurabilidade*.

Como lembra Phillippe Jeammet, algumas vezes, as interpretações da resistência do paciente e da transferência negativa mostraram-se repetidamente inócuas, em função da ausência, mesmo que temporária, de uma base a partir da qual

A
contratransferência
ganhou importância
crescente como
recurso para
a apreensão e
compreensão dos
níveis mais primitivos
do funcionamento
de Sofia.

algo pode ser transformado. Nesses casos, as modificações do enquadre podem ser uma alternativa importante para superar o impasse no trabalho terapêutico e reinstaurá-lo.

Observar, compreender e poder situar a relação do paciente com diferentes elementos do enquadre é uma parte essencial do processo psicanalítico, um importante instrumento da transferência e da interpretação⁹. A regressão e a capacidade de tolerar a frustração são dinâmicas centrais desse processo, mobilizadas pelo dispositivo psicanalítico.

**Regressões necessárias,
regressões iatrogênicas**

Deitado no divã, o paciente é convidado a retirar seu interesse do ambiente, abstrair a percepção dos objetos e a renunciar às gratificações imediatas, dinâmicas que propiciam o investimento dos processos alucinatórios, dinâmicas prototípicas das representações. A capacidade de suportar a frustração, a não-satisfação de desejos e de distinguir entre a realidade e a fantasia são condições necessárias que determinam o curso de tais dinâmicas. Essas, por sua vez, só podem organizar-se a partir da existência de um núcleo masoquista erógeno primário guardião da vida suficientemente constituído¹⁰. A posição no divã permite ao paciente subtrair sua pessoa ao olhar do outro-analista. Ele pode assim renunciar a colocar esse outro-analista como foco objetal primordial ou único para seu discurso, para suas fantasias, para seu desejo¹¹. Essas condições buscam favorecer tanto a associação livre do paciente como a atenção flutuante do analista, a *rêverie* onde se gestam as interpretações e as transformações buscadas no processo psicanalítico.

Muitas pessoas, de forma crônica ou passageira, não possuem os recursos necessários para o trabalho mobilizado pelo dispositivo psicanalítico. Elas apresentam grandes difi-

culdades no estabelecimento de vínculos significativos com seus semelhantes e parecem não dispor de uma economia psíquica minimamente estruturada que suporte os movimentos de investimento e desinvestimento, narcísico e objetal, necessários ao trabalho da transferência¹².

Ainda segundo P. Marty, as dificuldades de relação interpessoal são também reflexo da precariedade de estruturação e de organização dos sistemas tópicos (inconsci-

vistas à preservação de funções e da própria vida do sujeito.

A fragilidade dessas dinâmicas manifesta-se também por meio da rarefação da vida representativa, fantasmática e onírica que inviabiliza o trabalho livre-associativo. A escassez da matéria-prima representativa é acompanhada por uma desvitalização da dimensão afetiva do discurso e da relação terapêutica. O analista se depara, assim, com a carência do principal combustível que pode fazer

Há pessoas que apresentam grandes dificuldades no estabelecimento de vínculos significativos com seus semelhantes, e parecem não dispor de uma economia psíquica minimamente estruturada, que suporte os movimentos de investimento e desinvestimento narcísico e objetal.

ente, pré-consciente, consciente, Id, Ego, Superego). Como conseqüência, observamos a fragilidade da instauração do princípio de realidade, que dificulta a constituição dos movimentos regressivos e da tolerância à frustração, pilares do trabalho analítico. Nessas pessoas, são frágeis também os recursos para lidar com as exigências instintivas e pulsionais, e, principalmente, para promover a intricação necessária entre as pulsões de vida e de morte com

avançar o processo psicanalítico. São esses elementos que, desde Freud, sustentam as restrições de indicação de análise para pessoas com esses modos de funcionamento.

A contra-indicação da psicanálise para tais pacientes não se deve unicamente à dificuldade ou à impossibilidade de se beneficiarem do processo terapêutico devido à precariedade de seus recursos psíquicos e representativos. Mais do que isso, as condições de trabalho no



enquadre psicanalítico clássico e as dinâmicas que ele mobiliza podem até mesmo ser nocivas para esses pacientes. Para uma pessoa com recursos psíquicos relativamente bem organizados, as exigências de investimentos libidinais, a transferência, a regressão e as condições de frustração implícitas ao processo analítico são vias privilegiadas para colocar em movimento e promover o acesso ao recalçado, a superação de inibições e de fixações e o enriquecimento de

As condições regressivas do dispositivo analítico podem somar-se a movimentos contra-evolutivos, da ordem da desintração pulsional.

sua vida psíquica e libidinal. Para uma pessoa fragilizada, tais condições podem acentuar movimentos de desorganização e o esgarçamento ainda maior de um tecido vital já bastante comprometido.

Assim, as condições regressivas do dispositivo analítico podem somar-se a movimentos contra-evolutivos, da ordem da desintração pulsional, onde as regressões não encontram patamares de estabilização previamente constituídos por

fixações estruturantes, podendo converter-se em desorganizações progressivas graves e mortais. Como aponta P. Marty, a desorganização progressiva é fruto da precariedade do desenvolvimento ou de experiências traumáticas vividas pelo sujeito. Carregando as marcas da pulsão de morte, ela provoca o desaparecimento da hierarquia funcional das instâncias psicossomáticas¹³. Gradualmente, esse movimento contra-evolutivo provoca inicialmente a perturbação do funcionamento psíquico, podendo em seguida desencadear a intensificação de descargas automáticas e impulsivas pelo comportamento e, no extremo, atingir a desorganização de funções orgânicas, e, algumas vezes, a morte).¹⁴

A continência do enquadre face às desorganizações

A transformação vivida por Sofia novamente nos convoca.

Disponível, motivada, investida, desde o início ela se mostrou extremamente envolvida no processo psicanalítico. Sua demanda de análise era clara, suas entrevistas iniciais não despertaram em mim nenhuma questão que pudesse contra-indicar o prosseguimento de nossos encontros, do ponto de vista da transferência ou mesmo da adequação do enquadre.

Durante dois anos seu processo avançou a grandes passos. Suas associações fluíam com facilidade, navegava bastante à vontade em seu mundo interior, acolhia e digeriria bem minhas intervenções, mesmo aquelas que lhe eram mais dolorosas. As dificuldades e as resistências que encontramos nesse tempo nunca chegaram a ameaçar a continuidade de seu processo, tendo sido muitas vezes, ao contrário, um forte mobilizador de novas descobertas.

A ruptura de sua relação amorosa foi insuportável. Inesperada, ela fez explodir com uma violência surpreendente uma espécie de quisto

que durante todo o tempo da análise, e provavelmente durante toda sua vida, permanecera intacto, guardando vivas as marcas daquela briga noturna entre seus pais, da grave negação de sua percepção da discussão por sua mãe e todas as vivências perturbadoras que elas provocaram. Dupla ruptura, de uma paixão extremamente idealizada e do “quisto psíquico”, cujos efeitos foram devastadores. Em poucas semanas, Sofia, antes viva e próxima, transformou-se em um distante e estranho espectro. Apesar de meus esforços para chamá-la de volta, a olhos vistos volatilizavam-se as imagens de seu discurso, rarefaziam-se suas palavras, congelava-se o ar à nossa volta.

As mudanças de seu discurso e de sua expressão, a intensificação de suas sensações, de suas queixas corporais, de suas dores foram indicando, num crescendo, a degradação de sua economia psicossomática. A inocuidade de minhas intervenções, a distância progressiva que se instalava entre nós apontaram para a necessidade urgente de intervenções de outra ordem. A manifestação abrupta da úlcera estomacal desencadeou o sinal de alarme que determinou minha decisão de convidá-la a trabalharmos frente a frente e a diminuir a frequência de nossos encontros cuja proximidade, no meu entender, ela não tinha, naquele momento, condições de tolerar.

Como sabemos, a mudança no enquadre é arriscada no tratamento de casos graves. Com Sofia, surtiu efeito. Era diferente, dizia ela, ficar em silêncio no divã, e silenciar podendo olhar-me. As lembranças de tudo o que vivera na análise antes da ruptura com Eduardo pareciam cenas longínquas, de um passado remoto. Ela lembrava do entusiasmo que tinha pela análise, lembrava que gostava de mim, mas nada daquilo estava presente naquele momento. Sabia que eu não era um estranho, mas sentia que precisava me conhecer.

No jogo de esconde-esconde, sabíamos onde nos encontrar, mas era importante que nos procurássemos, como se não o soubéssemos. Foi em meio à brincadeira do estranhar-me e reconhecer-se que, num momento de estranhamento ela me perguntou “por quê?”. Naquele instante, ainda hesitante quanto aos efeitos do enquadre modificado, eu pensava na curiosa experiência que vivíamos, observando-nos, um frente ao outro, quando respondi “para te ver melhor...”

Sofia já estava longe, quando, com sua gargalhada, sinalizou-me que poderíamos prosseguir, novamente, nossa jornada interrompida. Ela não mais precisaria carregar, solitária, as marcas daquela terrível história infantil, a sua própria, e provavelmente muitas outras que assombram o universo da infância. Lentamente, voltaram as palavras, os sonhos, as lembranças e, em meio a um choro profundo, ela pode recordar e compreender as marcas e os significados daquela cena noturna que durante toda a sua vida ela precisara calar.

Da complexidade da clínica das desorganizações

Até o rompimento com Eduardo, nada indicava, no funcionamento de Sofia, algo que pudesse sugerir um núcleo mais profundamente desorganizado ou uma propensão à “somatização”. Não apresentava em sua história nenhuma tendência particular para adoecer, nunca sofrera de nenhum episódio patológico mais grave. Apresentava, segundo os critérios de P. Marty, uma excelente mentalização, uma vida representativa rica, permanentemente colorida por afetos, sonhava, associava, enfim, vivia com prazer, e também, algumas vezes, com angústias objetais bem definidas¹⁵. Antes da desorganização, da intensificação de suas dores e do diagnóstico de sua úlcera, desencadeados pelo episódio

da separação, ela não seria, de forma alguma, caracterizada, segundo a maior parte dos autores, como uma “paciente psicossomática”.

A experiência vivida por Sofia não é, de forma alguma, excepcional. A irrupção de desorganizações das mais diversas intensidades, com manifestação de sintomatologia orgânica ou não, ao longo de processos psicanalíticos, é bem mais freqüente do que se costuma considerar. A falta de familiaridade do analista com essas dinâmicas, que escapam ao repertório clássico das neuroses, e mesmo o das psicoses, muitas vezes o leva a compreendê-las dentro da perspectiva da histeria e da conversão. Freqüentemente, essa leitura surte pouco efeito na continência do que é vivido pelo paciente e na transformação de sua dinâmica. Poucas vezes o analista considera que o enquadre terapêutico possa ser um fator que poderia estar aguçando o estado do paciente ou que, se modificado, poderia atenuá-lo.

Diante da gravidade da sintomatologia somática, muitas vezes o psicanalista ou o psicoterapeuta acabam por encaminhar seus pacientes a médicos e outros especialistas. É evidente a importância do diagnóstico e do tratamento médico de uma sintomatologia orgânica mais grave ou persistente apresentada por um paciente durante a análise. Porém, é também importante que essa sintomatologia, e as dinâmicas a ela subjacentes, possam encontrar continência no processo psicanalítico para serem, depois de estancado o movimento de desorganização, compreendidas e transformadas em manifestações menos ameaçadoras à saúde do sujeito.

Por outro lado, no meio médico, o cuidado do paciente raramente considera os movimentos de desorganização da economia psicossomática, a importância da dimensão relacional do encontro terapêutico para lidar com tais movimentos e a possibilidade de potencializar os recursos terapêuticos da medicina

por meio de enquadres específicos para lidar com essas dinâmicas. Constata-se, assim, o crescente mal estar do terapeuta – psicanalista, psicoterapeuta, médico e outros profissionais da saúde – não apenas diante dos pacientes que apresentam manifestações somáticas não conver-sivas, mas também de vários outros que desafiam, sabotam e fazem fracassar seus recursos terapêuticos, como nos quadros hipocondríacos¹⁶.

A inadequação, os riscos, e mesmo a nocividade do dispositivo psicanalítico clássico para o tratamento desses pacientes evidenciam a necessidade de transformar o enquadre terapêutico de forma a adequá-lo aos recursos e necessidades dos pacientes mais fragilizados do ponto de vista da economia psicossomática. A referência psicanalítica, porém, continua sendo importante. Como aponta P. Fédida, “em alguns casos a instauração da cura psicanalítica é, do ponto de vista da clínica psicopatológica, completamen-

Até o rompimento com Eduardo, nada indicava, no funcionamento de Sofia, algo que pudesse sugerir um núcleo mais profundamente desorganizado ou uma propensão à “somatização”.



te impossível, mas ao mesmo tempo uma situação psicanalítica é teórica e tecnicamente exigida. Os pacientes ditos “psicossomáticos” se enquadrariam nessa categoria, no mesmo nível que os psicóticos, ou os que apresentam comportamentos psicopáticos”¹⁷.

Da mesma forma, na medicina e, em particular, nos serviços de saúde, é importante que o trabalho institucional crie condições para o acolhimento e o tratamento das desorganizações psicossomáticas por meio de enquadres terapêuticos específicos e adequados que permitam conter e interromper os movimentos desorganizadores que ameaçam o paciente e que, até mesmo muitas vezes, prejudicam o curso dos tratamentos clínicos, quimioterápicos e cirúrgicos clássicos. Nesse caso, não se trata de preconizar o tratamento psicanalítico indiscriminado em meio hospitalar ou em outras instituições de saúde. Porém, como sugere J. Bleger, é

importante que um pensamento psicanalítico possa ser promovido no meio médico de forma a ampliar a compreensão do paciente, incluindo os fatores psicodinâmicos no diagnóstico e na terapêutica, criando enquadres individuais e coletivos para lidar com eles.¹⁸

Das condições necessárias à clínica das desorganizações

Em seu tempo, entre as condições ideais para a realização de uma análise, Freud preconizava que o paciente evitasse realizar “grandes mudanças” em sua vida (casar, mudar de trabalho, de cidade, etc.)¹⁹ Ao mesmo tempo em que buscavam evitar que o paciente deslocasse ou atuasse na realidade desejos que deveriam ser elaborados da análise, tais recomendações eram também um prolongamento da organização do dispositivo clínico, com vistas a promover o movimento regressivo

necessário à investigação do inconsciente, ao espaço onírico da sessão, à instalação do processo transferencial/contratransferencial.

Muito já se discutiu a respeito das perturbações cada vez mais graves na constituição da subjetividade em nossos tempos. Nas condições de vida atuais, até mesmo com o aumento significativo da duração de uma análise, é impossível sustentar de forma indiscriminada tais recomendações. Ao contrário, vivemos tempos marcados pela alienação crescente do sujeito de seu desejo, pela intensificação de suas respostas cada vez mais automáticas às exigências externas, e pela urgência de satisfação exigida pelo sujeito e reforçada pela ideologia vigente. Em meio às turbulências do social e do econômico, à fragmentação dos laços sociais e pessoais, hoje, mais do que nunca, o processo psicanalítico seria provavelmente inviável se só pudesse ocorrer nas condições ideais preconizadas por Freud.

Poucas vezes o processo terapêutico transcorre em meio a um ambiente protegido, tranquilo, sem turbulências. Cada vez mais, terapeuta e paciente são obrigados a navegar em meio a violentas tempestades, contra as quais, frequentemente, nem mesmo o estrito respeito ao enquadre consegue criar condições mínimas de proteção e de pára-excitação, necessárias para que o trabalho associativo e de elaboração seja possível.

Sabemos das dificuldades, e, quase sempre, da impossibilidade de instauração de um processo terapêutico sem que haja uma demanda do paciente. Para muitas pessoas, procurar uma análise ou uma psicoterapia surge como mais um item do amplo leque de promessas mirabolantes de bem-estar e de cura que a sociedade moderna faz vislumbrar a seus membros. Para além de sua queixa do momento, alguns pacientes não se sentem implicados em um processo psicoterapêutico com vistas a melhor conhecer seu

Cada vez mais,
terapeuta e paciente
são obrigados a navegar
em meio a violentas
tempestades,
contra as quais,
freqüentemente,
nem mesmo o estrito
respeito ao enquadre
consegue criar condições
mínimas de proteção.

mundo interior. Muitos até mesmo vêm simplesmente solicitar, como numa sala de emergências, o alívio mais rápido possível para sua dor e seu sintoma. Poucos entre esses conseguem, passada a emergência, constituir uma demanda de análise.

Nas instituições de saúde, nos consultórios e mesmo na clínica psicanalítica, cada vez mais somos confrontados com pacientes trazendo frágeis ou nenhuma demanda. Demandas frágeis e inexistentes por serem tênues e incipientes as vias que lhes permitiriam aceder a seu desejo, rarefeitos os laços de sua relação a seu semelhante, condição na qual um desejo pode se constituir, e, eventualmente, buscar ser satisfeito. Apenas muito precariamente alguns conseguem alcançar a experiência de desejar e ser desejado.

Muitas vezes, esses pacientes até chegam encaminhados por profissionais sensíveis ao benefício possível de um processo psicoterapêutico. Porém, muitos desses pacientes não conseguem compreender o sentido desse encaminhamento. Eles o aceitam por submissão à «prescrição» de seu médico, tentando com frequência reproduzir na psicoterapia as condições da consulta médica, em função da transferência ainda depositada naquele médico a quem sua primeira demanda de alívio foi dirigida, e decepcionada.

A clínica das desorganizações se situa no âmago e em perfeita continuidade com a clínica psicanalítica. Nessa perspectiva, é possível, vislumbrando a constituição e o desenvolvimento humanos, reconhecer as condições do sujeito para avançar ou retroceder na utilização de seus recursos mais ou menos evoluídos para funcionar segundo estratégias e objetivos diferentes daqueles inicialmente determinados pela ordem anatômica ou fisiológica. A dinâmica pulsional é o melhor exemplo desse modo de funcionamento. Da necessidade fisiológica de alimentar-se para manter-se vivo emerge a possibilidade do prazer

erógeno independente dessa necessidade. Do desamparo constitucional surge a possibilidade de vincular-se de forma autônoma a outro humano. No sentido contra-evolutivo, a possível desorganização da economia psíquica pode degenerar na desorganização da ordem corporal, fisiológica e mesmo anatômica.

O objetivo da clínica das desorganizações é permitir a cada um encontrar seus melhores modos de funcionamento com relação aos recursos que lhe são imediatamente disponíveis. O horizonte terapêutico visa propiciar a evolução e o enriquecimento desses recursos e, em especial, dos recursos psíquicos e representativos, por meio de um trabalho de figuração, de criação e instalação do espaço onírico e lúdico. A descrição da instauração do espaço potencial e da constituição dos objetos transicionais, feita por D. W. Winnicott²⁰, é pertinente para a compreensão dos movimentos fundamentais dessa clínica.

Inicialmente,
o contato
com o paciente
visa a criação
de um espaço
de confiança
no qual
uma aposta
possa se
estabelecer.

Para alcançar tais objetivos, com os pacientes mais fragilizados, o terapeuta encontra-se diante da difícil e angustiante necessidade de inicialmente trabalhar num regime de urgência. Ele é convocado para lidar com funcionamentos mais primitivos do paciente, os quais podem até colocar em risco a integridade e mesmo a existência do sujeito.

Dos recursos do paciente ao enquadre na clínica das desorganizações

A precariedade desses funcionamentos e os riscos que eles comportam para o paciente determinam as necessidades de mudanças no enquadre psicoterapêutico. A especificidade dos recursos dos pacientes exige que o enquadre e a postura do psicanalista, do psicoterapeuta e mesmo do médico (se possível...) sejam modulados pelas oscilações evolutivas e contra-evolutivas dos modos de funcionamento psicossomático. Como sugere A. Green, o manejo do enquadre visa a facilitação da função de representação.²¹

Inicialmente, o contato com o paciente visa a criação de um espaço de confiança no qual uma aposta possa se estabelecer. Uma aposta que permita ao paciente depositar ali, naquele espaço, o que lhe é insuportável conter dentro de si, e na capacidade do terapeuta de tolerar aquilo que o paciente não tem condições de suportar. Uma aposta de que, por meio dessa relação, seja possível para o paciente nomear o que para ele era inominável. Aposta-se também na virtualidade de um desenvolvimento possível, no qual o paciente possa vir a desenvolver melhores recursos para lidar com seu sofrimento, seu desamparo, seu abandono, no qual possa vir a constituir, formular e tentar realizar desejos e demandas.

Muitas vezes, no inverno dos primeiros encontros, e por um bom tempo, tênues sinais, percepções e



A desvitalização
característica
de muitos pacientes,
a fragilidade de suas estruturas
narcísicas e de suas experiências
libidinais exigem um intenso
investimento do terapeuta
para que o tratamento
seja possível.

sensações brutas (ruídos, luzes, frio, calor), comportamentos, manifestações e doenças orgânicas são o único material apresentado pelo paciente. O espaço terapêutico constitui-se assim, desde o início, como um lugar onde as experiências mais primitivas, mais banais e mais concretas podem ser depositadas, na esperança de que, em algum momento, no contexto da relação com o terapeuta, elas possam germinar, florescer, frutificar e adquirir sentido por meio do trabalho de figuração.

Função estruturante, função materna

A relação terapêutica configura-se assim como um sucedâneo da função materna. Nos primeiros tempos do desenvolvimento infantil, cabe aos pais criar as condições para a emergência e para a aquisição das competências da criança. A partir do desamparo, da precariedade de re-

ursos e da completa incapacidade de sobreviver por si mesmo, o bebê conta inicialmente com os recursos parentais para, asseguradas suas necessidades vitais e afetivas básicas, adquirir e desenvolver de forma gradativa e cada vez mais autônoma seus próprios recursos. Assim, segundo P. Marty, a clínica dos pacientes com funcionamentos mais primitivos e fragilizados deve orientar-se da “*função materna à psicanálise*”²².

Inicialmente, o objetivo terapêutico é, sobretudo, criar condições para que, pela relação terapêutica, o paciente possa dispor de recursos representativos cada vez mais ricos e evoluídos de forma a diminuir o risco patológico e vital determinado pelas desorganizações.

P. Marty ressalta que, para alcançar tais objetivos, o terapeuta deve recorrer aos recursos mais essenciais de comunicação para o estabelecimento e para a continência da relação com o paciente. Espera-se que lhe seja possível promover

sua capacidade de «*identificação renovada com o paciente (a qualidade de sua empatia)*», utilizar seus recursos verbais e não-verbais, e, mediante a posição face a face, tentar «*assegurar as primeiras bases de uma proximidade bilateral identificatória*». Esses movimentos constituem-se como bases a partir das quais se organizam a reanimação libidinal do paciente e o desenvolvimento das instâncias tópicas do psiquismo (em especial do pré-consciente), que propiciam um melhor tratamento psíquico da excitação.

A desvitalização característica de muitos desses pacientes, a fragilidade de suas estruturas narcísicas e de suas experiências libidinais exigem um intenso investimento do terapeuta para que o tratamento seja possível. Nos momentos em que predominam os movimentos de desorganização, o processo terapêutico é solicitado de forma a propiciar ao paciente um verdadeiro movimento de *sedução estruturante*, com vistas à instauração e à organização das estruturas e dinâmicas psíquicas e libidinais mais primárias. Uma sedução primitiva e necessária – a exemplo daquela descrita por J. Laplanche²³ – que apresenta à criança os primeiros *significantes enigmáticos*, estruturantes e organizadores do desenvolvimento do sujeito, de sua vontade de saber, de suas dinâmicas narcísicas e objetais e de suas relações com o mundo.

A função materna, o *holding* do terapeuta, propiciam ao paciente a experiência de se sentir investido, promovendo dessa forma o estabelecimento progressivo da própria capacidade do paciente de investir. À medida que o espaço terapêutico se consolida como um ambiente de continência, e que o terapeuta se constitua como uma pessoa significativa para o paciente, podem estruturar-se no paciente as experiências de ausência e de presença, dialética em que se forjam as capacidades de alucinação, de fantasia, de sonho e de representação. Por

A indicação do divã
ou do dispositivo
face a face
resulta da avaliação
das condições da organização
pulsional e dos recursos
tópicos e representativos
do paciente.

meio dessas experiências, podem estruturar-se as primeiras organizações erógenas, os suportes narcísicos, e também consolidar-se os recursos de ligação entre as pulsões de vida e de morte, os núcleos masoquistas erógenos primários, que permitem suportar o sofrimento provocado por ausências e perdas, aumentando também a tolerância à frustração. Ao mesmo tempo, tornam-se mais densas e estruturadas as instâncias e dinâmicas psíquicas, bem como mais fluidas as dinâmicas e a circulação entre elas²⁴.

Com os pacientes mais fragilizados, que apresentam modos de funcionamento mais precários e fragmentados, com aqueles que vivem momentos de desorganização, as intervenções do terapeuta funcionam como balizadores, como andaimes a partir dos quais uma estrutura mais consistente e definitiva pode vir a se constituir. Tanto pela precariedade do material como pela inexistência de um terreno mais firme onde uma interpretação mais incisiva possa se ancorar, as interpreta-

ções mais profundas, de natureza pulsional, regressivas e de forte potencial conflitivo são desaconselháveis pelo risco de intensificarem os riscos de desorganizações mais intensas. Interpretações desse tipo ameaçam até mesmo provocar o desmoronamento daqueles frágeis andaimes.

Diante da precariedade de seu funcionamento representativo e fantasmático, o trabalho com esses pacientes convoca necessariamente o terapeuta a uma observação mais atenta e a uma maior inclusão em suas intervenções não apenas dos conteúdos verbais, mas também das manifestações motoras, perceptivas e sensoriais do paciente, assim como de elementos de sua realidade de vida. Como lembra Ph. Jeammet, no próprio desenvolvimento do sujeito, o trabalho representativo e o pensamento apóiam-se, sempre, sobre as primeiras experiências sensoriais, perceptivas e motoras²⁵.

Essa perspectiva encontra-se em perfeita sintonia com as conhe-

cidas colocações de Piera Aulagnier²⁶, quando aponta que as funções corporais são a matéria-prima das representações psíquicas, ressaltando que a atividade de representação é o equivalente psíquico do trabalho de metabolização, próprio à atividade orgânica. Portanto, segundo Aulagnier, a função materna é uma função interpretativa que pode propiciar à criança a transformação de suas experiências corporais, sensoriais e perceptivas em representações, fantasias, sonhos e símbolos. É a partir da qualidade das experiências de proximidade e de afastamento do corpo materno que essas funções e os recursos da criança poderão se desenvolver de forma mais ou menos satisfatória.

O olhar, corpo a corpo à distância

No espaço da sessão, as experiências de proximidade e de afastamento são vividas mediante a da relação transferencial, mas também são condicionadas pelas condições reais do encontro entre o terapeuta e o paciente, no divã ou na poltrona. A possibilidade de prescindir do contato visual, ou, ao contrário, a necessidade de sustentá-lo dependem dos modos de funcionamento do paciente.

A indicação do divã ou do dispositivo face a face resulta da avaliação das condições da organização pulsional e dos recursos tópicos e representativos do paciente. Inúmeros autores apontam que o encontro face a face é particularmente indicado aos pacientes *borderline* e aos que apresentam doenças somáticas constituídas no contexto de um movimento de desorganização progressiva²⁷. Ainda inspirados pelo paradigma do desenvolvimento infantil, eles apontam que a posição face a face constitui-se, na relação entre o terapeuta e o paciente, como um *corpo-a-corpo à distância*, necessário a esse



último para lidar com seus núcleos e experiências mais primitivas.

Essa posição facilita a constituição do espaço de continência e de apoio na sessão, permitindo moderar e melhor manejar frustrações e regressões potencialmente desorganizadoras. O contato visual facilita o exercício da função materna, e a constituição da relação especular que funda e organiza o narcisismo do sujeito²⁸.

A proximidade propiciada pelo olhar oferece um melhor manejo das experiências de proximidade e distância, de presença e de ausência que moldam a diferenciação com relação ao objeto e a emergência da experiência alucinatória, fantasmática e representativa. Confrontando a percepção de si mesmo com o olhar do outro modifica-se a relação do sujeito consigo mesmo, de forma propícia ao movimento de subjetivação e à simbolização de suas trocas com o outro. Fica assim facilitada também a organização dos

movimentos mais primitivos da identificação primária, das projeções e identificações projetivas²⁹.

A posição face a face é também um recurso que pode promover a “sedução necessária” ao tratamento desses casos. Descrevendo o processo terapêutico de dois casos descritos como “difíceis”, M. Aisenstein comenta,

“Diante da cena primitiva, ver e escutar encontram-se em um mesmo gradiente. Para algumas estruturas psíquicas, o ruído dessa cena não pode se transformar em figurações continentas, e, em vez de produzir excitações fecundas que enriquecem o aparelho psíquico, promovem a desorganização. Propícia à regressão, a posição do divã implica que a sedução da transferência seja aquela da ausência e do cenário imaginário. A privação visual é fundamental nesse processo e não deve provocar nem sideração nem uma excitação invasiva. A adoção do face a face parece mais relacionada a um outro

fantasma originário: aquele da sedução da criança pelo adulto. [...] Pode parecer ousado, e mesmo arriscado falar de uma sedução dos pacientes, porém o investimento deve ser provocado, e toda identificação necessita de investimento.”³⁰

Os pacientes fragilizados nos recursos de sua economia psicossomática exigem uma implicação e um investimento maiores no processo terapêutico. Uma exigência que alcança o próprio corpo do terapeuta, que funciona em ressonância com aquilo que, no paciente, não é passível de ser falado, verbalizado³¹.

A contratransferência é um meio privilegiado para a apreensão das dinâmicas pulsionais que se encontram aquém da representação. Ela pode ser considerada, do ponto de vista econômico, como um pára-excitações que permite manter a atenção em um nível estável, mas também permite representar um instrumento de percepção do qual é exigida uma fina mobilidade adaptativa. Como sugere P. Fédida, a “*contra transferência é um lugar de ressonância e de verbalização de tudo aquilo que se experimenta no tratamento*”³². Ao mesmo tempo, a dimensão corporal dessa experiência é particularmente proeminente, levando o autor a sugerir que a experiência hipocondríaca se constitui como um verdadeiro paradigma da clínica, mesmo médica, dos pacientes com sintomatologia somática³³.

A intensa implicação exigida do terapeuta no trabalho com os pacientes mais desorganizados em sua economia psicossomática é muitas vezes questionada e, até mesmo, criticada por aqueles que se aferam, a todo custo, ao princípio de neutralidade terapêutica, aos dogmas de escolas. Essa implicação é, porém, inevitável, não apenas para tornar minimamente eficaz a clínica desses pacientes, mas, mesmo antes disso, para viabilizá-la.

Entretanto, é importante considerar que acolher não significa assumir a vida ou o desejo do outro.

Entretanto,
é importante
considerar que acolher
não significa assumir
a vida ou
o desejo do outro.
Compreender não significa
ser condescendente.

Compreender não significa ser condescendente. Compartilhar não implica em realizar concretamente aquilo que os limites do paciente impedem que ele mesmo realize. Aguardar o momento em que seja possível para o paciente receber e elaborar interpretações mais profundas, simbólicas, transferências e interpretações das resistências não significa omissão. A regra da abstinência do analista, preconizada por Freud, continua a ter função em sua essência, mesmo que uma implicação maior do terapeuta seja necessária para esses casos.

A referência à função materna, ao acolhimento e ao envolvimento que ela implica são fundamentais. Porém, é importante também considerar que o enquadre terapêutico, mesmo (ou principalmente...) em meio institucional, exige a privacidade, condição de continência para os excessos aos quais geralmente o paciente se encontra submetido. Se o paciente não possui recursos próprios para lidar com situações nocivas do ambiente ou de pessoas de seu meio, o terapeuta inicialmente aposta na capacidade do paciente de criar ele mesmo, pelo processo terapêutico, seus recursos de proteção, evitando, tanto quanto possível, intervenções diretas ou indiretas sobre o ambiente. Porém, algumas vezes, em situações extremas, quando, apesar dos progressos do trabalho terapêutico, o paciente ainda não é capaz de fazê-lo por si mesmo, pode ser necessário que o terapeuta realize tais intervenções sobre esse ambiente ou pessoas desse ambiente, como forma de preservar a integridade do paciente ou mesmo para evitar um risco maior a sua vida. Em alguns casos, a decisão é ainda mais delicada, pois de intervenções desse tipo pode depender o próprio prosseguimento do trabalho terapêutico.

É compreensível a polêmica existente em torno dessas últimas considerações, ou mesmo, de forma geral, a polêmica sobre a ade-

quação do referencial psicanalítico para a compreensão e o tratamento dos pacientes com características acima descritas. Porém, diante desses últimos, a clínica das desorganizações nos lança, claramente, um desafio: aceitarmos e nos conformarmos de forma indiscriminada com as preconizações técnicas pautadas pelos egos ideais institucionais, ou nos arriscarmos ao desconforto de nos vermos envolvidos no corpo-a-corpo, perigoso, mas necessário, que viabiliza a aproximação do sofrimento do paciente e promove a estruturação do sujeito, principalmente o mais fragilizado.

A gargalhada de Sofia ainda ecoa em meus ouvidos.

Quando eu ainda me preocupava com a pertinência técnica da mudança que promovera no enquadre terapêutico, ela, naquele momento já bem mais à frente do que eu, lembrava-me de seu prazer recuperado, de sua gratidão por libertá-la de seu silêncio, convidando-me, novamente, a brincar. ■

NOTAS

1. As idéias aqui apresentadas foram desenvolvidas a partir da discussão com os colegas da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) e do Instituto da Mama do Rio Grande do Sul no simpósio "As linguagens do corpo e as escutas possíveis", e no encontro promovido pelo Círculo Psicanalítico de Pernambuco sobre o tema "Dos impasses da clínica a uma semiologia psicossomática da angústia", ambos em 2003. Agradeço a eles pela inspiração deste artigo.
1. S. Freud (1904), "O método Psicanalítico de Freud", *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (E.S.B.)* VII, p. 257-266.
- _____, "Sobre o início do tratamento" (1913), *E.S.B. XII*, p. 164-192.
2. S. Freud (1895), "Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica intitulada de 'neurose de angústia'", *E.S.B. III*.
3. S. Freud (1894), "As neuropsiconeuroses de defesa", *E.S.B. III*.
4. S. Ferenczi (1926), "As neuroses de órgão e seu tratamento", In: *Psicanálise III 1919-1926*, São Paulo, Martins Fontes, 1993.
5. P. Fedida, "Rêve, visage et parole. Le rêve et l'imagination de l'interprétation", in *Crise et Contre-transfert*, Paris, PUF, 1992, p. 131.
6. S. Freud (1912), "Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise", *S.E.B. XII*, p. 149-163.
- _____, (1913), "Sobre o início do tratamento", *S.E.B. XII*, p. 164-192.
7. Ph. Jeammet, "Le perçu, l'agi e la représentation dans le processus psychanalytique". In: Schaeffer J. et Diatkine G. (ed.), *Psychothérapies psychanalytiques*. Paris, P.U.F., 1998.
8. A. Green, *La causalité psychique. Entre nature et culture*, Paris, Odile Jacob, 1995.
9. J. Bleger, *Simbiose e ambigüidade*, Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1977.
10. B. Rosenberg, *Masochisme mortifère, Masochisme gardien de la vie*, Paris, PUF, 1991.
11. M. Aisenstein (1998), *On est prié de ne pas tourner le dos*. In: Schaeffer J. et Diatkine G. (ed.), *op. cit.*.
12. Segundo a perspectiva evolucionista proposta por P. Marty, o organismo é permanentemente confrontado com excitações e estímulos internos e externos e com a necessidade de descarregá-los. Essa descarga pode ser essencialmente realizada por três vias: a *via orgânica*, a *ação* e o *pensamento*, que, nessa ordem, representam o grau hierárquico progressivo da evolução dos recursos da pessoa para responder a esses estímulos. Cf. P. Marty (1990), *A Psicossomática do Adulto*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.
- _____, *Mentalização e psicossomática*, São Paulo, Casa do Psicólogo, 1998. Do ponto de vista da economia psicossomática, a possibilidade de utilizar os recursos representativos mentais (a fantasia, o sonho ou mesmo sintomas neuróticos), mesmo quando estão implicadas respostas orgânicas, é interessante por permitir poupar recursos do organismo e não comprometer seu funcionamento e sua integridade. Falhas no desenvolvimento e traumatismos perturbam e desorganizam a hierarquia evolutiva, que passa a se dar segundo modos mais primitivos de funcionamento. Cf. R. M. Volich, *Psicossomática - De Hipócrates à psicanálise*, São Paulo, Casa do Psicólogo, 2000.
13. P. Marty (1990), *op. cit.*
14. M. Aisenstein (1998), *op. cit.*
15. P. Marty (1998), *op. cit.*
16. R.M.-Volich, *Hipocondria - Impasses da alma, desafios do corpo*, São Paulo, Casa do Psicólogo, 2002.
17. P. Férida (1992), *op. cit.*, p. 131
18. J. Bleger, *Psico-higiene e psicologia institucional*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1984.
19. S. Freud (1912), *op. cit.*
20. D. W. Winnicott, *O brincar e a realidade*, Rio de Janeiro, Imago, 1975.
21. A. Green, La double limite, *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 1982, n. 25, p. 267-283.
22. P. Marty, (1990), *op. cit.*
23. J. Laplanche, *Teoria da sedução generalizada - e outros ensaios*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1988.
24. B. Rosenberg, *Masochisme mortifère, Masochisme gardien de la vie*, Paris, PUF, 1991. L. Kreisler (1992), *A nova criança da desordem psicossomática*, São Paulo, Casa do Psicólogo, 1999.
25. Ph. Jeammet (1998), *op. cit.*
26. P. Aulagnier, *A Violência da interpretação*, Rio de Janeiro, Imago, 1978.
27. M. Aisenstein, *On est prié de ne pas tourner le dos*. In: J. Schaeffer et G. Diatkine (ed.), *Psychothérapies psychanalytiques*. Paris, P.U.F., 1998. A. Green (1995), *op. cit.*, P. Marty (1990), *op. cit.*
28. J. Lacan (1949), "Os estádios do espelho com formador da função do Eu". In *Escritos*, São Paulo, Perspectiva, 1992
29. B. Brusset (1998), Relation de compréhension psychologique et écoute métapsychologique, in Schaeffer J. et Diatkine G. (ed.), *op. cit.*
30. M. Aisenstein (1998), *op. cit.*, p. 25.
31. R. M. Volich (2002), *op. cit.*, p. 243.
32. P. Férida (1992), L'angoisse dans le contre-transfert ou l'inquiétante étrangeté du transfert, in *Crise et Contre-transfert*, *op. cit.*, p. 171.
33. P. Férida, O hipocondríaco médico. In: Aisenstein M., Fine A., Pragier G. (org.) *Hipocondria*, São Paulo, Escuta, 2002.