

# Escuta e enquadre analítico

Altamirando Matos de Andrade Júnior<sup>1</sup>

**Resumo:** O autor desenvolve a ideia de escuta e de trabalho analítico, tomando o *setting* ou enquadre como referência, e exemplificando com duas vinhetas clínicas. Entende que é necessário que o método analítico esteja de tal forma internalizado no analista, que este possa seguir as recomendações, propostas por Freud em seu texto *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise* (1912), sem torná-las regras fixas. Para ele, é com esta maneira de funcionar psicanaliticamente que nós psicanalistas construímos o enquadre de nosso trabalho analítico, portanto acredita que o modo como usamos as recomendações de Freud se dará de acordo com as características pessoais de cada analista.

**Palavras chaves:** Enquadre analítico. Escuta analítica. Internalização do método. Processo analítico.

A escuta psicanalítica proposta por Freud permitiu a criação de um método de investigação e terapia para os processos psíquicos. Freud escutou e buscou dar sentido às queixas de seus pacientes, proporcionando a eles uma compreensão do que sentiam. A partir da escuta a psicanálise foi desenvolvida e desde então as escolas psicanalíticas por mais diferentes que possam ser entre si permanecem com pontos em comum, sendo um deles a escuta psicanalítica através da atenção flutuante do analista.

Pretendo neste texto desenvolver a ideia de escuta e do trabalho analítico tomando o *setting* ou enquadre como referência. Apresentarei duas vinhetas clínicas que espero exemplifiquem o que pretendo abordar.

Mas o que é o enquadre? São regras? Recomendações?

---

<sup>1</sup> Membro Efetivo e Didata da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro (SBPRJ).

Freud intuiu que era necessário pensar e constituir um conjunto de recomendações que pudessem servir de guia para o trabalho analítico. Foi muito claro ao não as engessar:

Devo, contudo, tornar claro que o que estou asseverando é que esta técnica é a única apropriada à minha individualidade; não me arrisco a negar que um médico constituído de modo inteiramente diferente possa ver-se levado a adotar atitude diferente em relação a seus pacientes e à tarefa que se lhe apresenta (1912, p. 149).

Se nos identificamos com Freud e seu método e ou suas recomendações talvez não tenhamos transtornos com as regras ou com o enquadre. Mas e se não concordamos? Ou se o paciente não se encaixa no modelo?

Freud também previu tais questões, ao dizer que foi muito prudente em chamar essas regras de recomendações e não reivindicar qualquer aceitação incondicional para elas. Diz ele: “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 da técnica [...]” (1913, p. 164).

Frochtergarten (2010, p. 52), colega de São Paulo, descreve: “O *setting* é condição para o trabalho analítico, mas não seu substituto”. O autor diz considerar o *setting* como uma referência, um eixo, um suporte ou ambiente onde se dá a análise e não um conjunto de regras ou uma moldura. Na verdade, aspectos formais e disposições do analista, incorporadas e encarnadas por ele.

Bleger (1967) afirma que para que o processo se desenvolva tem que haver um enquadre que o contenha. Bleger considerava que da situação analítica faziam parte o processo e o enquadre. E que quando o enquadre funcionava bem havia um predomínio dos aspectos neuróticos do paciente na relação analítica, mas quando o enquadre emudecia, os aspectos psicóticos da personalidade do paciente eram projetados no analista.

De modo semelhante Cassorla considera que, quando o paciente ataca a mente do analista perturbando sua capacidade de pensar, este passa a produzir não-sonhos e o campo analítico fica, então, tomado por não-sonhos a dois. Cassorla (2013, p. 46) descreve que “o analista capta os sonhos do paciente, identifica-se com eles e os ressonha, desfazendo ou modificando defesas que são frutos do conflito edípico. O sonho do analista é contado ao paciente que, por sua vez, o sonha novamente, e assim por diante. Constituem-se sonhos-a-dois”. Mas quando há um predomínio da parte psicótica da personalidade em que a simbolização está prejudicada, não é possível sonhar. Diz ele: “Elementos sem significado

ou com significado deteriorado ou bizarro serão eliminados através de identificações projetivas. O conjunto desses fatos pode ser chamado de não-sonhos” (Ibid., p. 47). Esses fatores descritos são exemplos de funcionamento do enquadre e da dinâmica relacional entre o par analítico.

Penso que o que descreve Cassorla tem bastante semelhança com as ideias de Bleger, sendo que Cassorla desenvolve um modelo relacional através de vários trabalhos nos quais seu foco principal se centra nos sonhos sonhados pelo paciente e pelo analista, sendo este modelo baseado no conceito de *reverie* proposto por Bion.

O enquadre tem uma importância fundamental na contenção, pois, se o paciente se sente confiante na estabilidade, adaptabilidade e humanidade do enquadre, ele pode com esta proteção se sentir seguro e confiante para expressar-se tanto positivamente como negativamente (STEINER, 2013).

Segal em 1967 enfatizou que o aspecto mais importante do enquadre é a atitude do analista e é isto que se expressa através dos aspectos práticos como a disposição do consultório, a frequência e a duração das sessões, os honorários e todos os outros aspectos constantes do *setting*.

É preciso que o método analítico esteja de tal forma internalizado no analista que se possa seguir as recomendações sem torná-las regras fixas. É com nossa maneira de funcionar psicanaliticamente que construímos o enquadre de nosso trabalho analítico. Portanto, creio que o modo como usamos as recomendações se dará de acordo com as características pessoais de cada analista. E como chegamos a isso? Através da experiência analítica pessoal, supervisões, tensões experimentadas entre os vértices da formação analítica e muito especialmente pela experiência clínica no dia a dia de consultório. Na verdade, é um interminável vir a ser!

Com o passar dos tempos a psicanálise foi enfrentando desafios, a partir do surgimento de diferentes arranjos e constelações psíquicas apresentadas pelos analisandos. Novas teorias foram surgindo na tentativa de compreender e investigar os fenômenos que se apresentaram. É assim desde o início e tem sido assim ao longo deste século de existência da psicanálise. Hoje em dia temos também diversos desafios que buscamos compreender, investigando com os nossos pacientes o que eles sentem, deixam de sentir ou como funcionam nos mais diferentes contextos de suas vidas. Um trabalho muito voltado para as dificuldades simbólicas.

Para este trabalho se dar de modo satisfatório, precisamos de um laboratório adequado às necessidades da investigação. O enquadre me parece esse laboratório no qual se desenvolve tanto nossa investigação quanto a terapia das questões apresentadas pelos pacientes.

Podemos então afirmar, seguindo Etchegoyen (1987, p. 296), que: “O enquadre é o marco que alberga um conteúdo, o processo. Entre o processo analítico e o enquadre, se dá uma relação continente/contido em termos de Bion (1963)”. Este modelo é bastante útil para a compreensão das turbulências que possam ocorrer no *setting*. Tais turbulências podem surgir do conteúdo do continente ou dos dois. Creio que podemos falar de conluíus, *enactment*, impasses e outras alterações que possam acontecer dentro do modelo proposto por Etchegoyen.

Resumindo, o enquadre é a atitude mental do analista, ou seja, a atitude mental de colocar o menor número de variáveis no desenvolvimento do processo. É também o guardião, aquele que contém e protege o processo.

Nos últimos tempos, mais precisamente desde fins da década de 40 do século passado, o analista passou a considerar sua presença na sessão e os aspectos contratransferenciais passaram a ser considerados como instrumento para a compreensão da interação analítica. Tal fato se deu a partir dos trabalhos sobre contratransferência elaborados por Racker (1948) e Paula Heimann (1958, 1960), (ETCHEGOYEN, 1987).

O afeto do analista deixou de ser tabu e passou a ser um elemento a mais do campo, permitindo novas interações entre a dupla e também acesso a um cem número de situações emocionais. Como sempre, diante de novos postulados surgem novas questões: como e quando o afeto do analista interfere no processo analítico? Quando deve ser evitado? Pode-se evitar? De que modo a pessoa e a presença do analista contribuem ou atrapalham o processo? Essas questões, para serem compreendidas, têm que ser contextualizadas dentro de cada momento do processo analítico onde se fazem presentes. O importante é que o analista possa utilizar seus sentimentos e as reações que eles provocam nos pacientes, assim como as reações do que sente em decorrência do material do paciente, para compreender o que se passa na dinâmica transferencial-contratransferencial.

Tenho observado que certos pacientes, com a evolução da análise, passaram a buscar um tipo de relação na qual se torna necessário que certa característica do analista interaja com eles. Essa interação buscada se torna vital para o processo de integração do paciente e permite que se criem espaços onde experiências arcaicas são experimentadas num contexto até então inexistente. São experiências que, muitas vezes, ficaram sem acesso à representação e não puderam ser experimentadas emocionalmente. São oportunidades em que o afeto do analista permite experiências de significação. Afetos são experimentados pela primeira vez, tornando-se patrimônio da constelação emocional do paciente. É como se um paciente, de alguma forma, buscasse dar sentido a uma experiência emocional que não tinha sido representada.

Quinodoz (2003) usa a expressão palavras que tocam para se referir a palavras que expressam uma carga sensorial e que tocam os pacientes com dificuldades simbólicas. Em se tratando de pessoas com uma pobreza representacional e simbólica, estas palavras tocariam num nível mais sensorial, ajudando a encontrar significados para experiências até então inacessíveis. Creio que o afeto do analista seja uma das bússolas necessárias para se contatar com essas experiências emocionais.

A escuta se torna de grande importância na observação das movimentações transferenciais na sessão não só através da fala do paciente, mas também pela atmosfera criada no *setting* (JOSEPH, 1989). A escuta é o que proporciona a compreensão de impasses e situações limites, pois se torna o meio que o analista tem para sintonizar-se com a angústia e anseios do paciente.

Freud deu sentido aos sintomas histéricos de suas pacientes, escutando-os e buscando desenvolver um sentido para os fenômenos observados. Assim fez com diversas outras questões e características apresentadas pelos seus pacientes. Nessa linha, todos os autores buscam através da escuta entender e interpretar o que percebem. Quando a compreensão de um determinado fato não é satisfatória, a escuta tem que ser afinada, apurada ou até mesmo modificada.

### **Paciente A:**

Numa sessão próxima ao Natal, a paciente ao fim da sessão me entrega uma sacola e diz que era um presente de Natal para mim. Surpreendi-me pelo jeito abrupto com que me deu o presente. Saiu da sala mal dando tempo de ouvir o meu agradecimento.

Ao abrir o presente, deparei-me com um raro livro de arte, belíssimo, que eu conhecia somente de catálogo. Meu primeiro pensamento foi me perturbar por saber do alto custo daquele livro e de imediato pensar que teria que devolvê-lo. Mas por que devolver? Esta paciente estava trabalhando comigo, por esta época, seu excessivo consumo, o que a levava a comprometer o orçamento doméstico com faturas excessivas do seu cartão de crédito e do seu cheque especial. Eram gastos astronômicos com roupas, acessórios de moda e objetos para casa. Geralmente era socorrida pelos pais que cobriam sua conta, dando a ela a certeza que no fim tudo se ajusta. Examinávamos o prazer que sentia em gastar e o intenso prazer que era experimentar o sufoco das cobranças e a sensação que no final quando estava prestes a cair no precipício era salva pela família ou por uma renegociação das dívidas. Pensei então: não posso aceitar, serei conivente com seus gastos e estarei sendo um parente salvador sobre os quais ela se sente triunfando,

quando no sufoco eles a socorrem, embora a agredindo de diversas formas. As agressões não são consideradas, mas sim o prazer que sente em convencê-los a quitar suas dívidas. Achei que me dar o presente fosse uma maneira de me colocar no meio dessa trama. E se não fosse? E minha vontade de ficar com o livro? Estes pensamentos e sentimentos aconteceram rápidos e logo em seguida a saída da paciente. Continuei atendendo aos outros pacientes e não pensei mais no assunto. Disse para mim mesmo *vamos ver como isto tudo se desenvolve [...]*.

No dia seguinte esperei que a paciente retomasse o assunto, e nada. Decorridos uns 30 minutos da sessão, pensei em como abordar o tema e me vi sem saber se esperava mais ou se falava sobre o assunto. Esperei mais um pouco, mas também não havia mais regra fundamental, não tinha atenção flutuante (a atenção estava dirigida). Resolvi falar que ela tinha me dado um presente na véspera. Ela então disse: *pois é você gostou? É um livro muito bonito e raro*. Eu disse: *e caro*. Ela falou que era caro, mas que eu merecia, afinal, tinha sido muito bacana com ela e tinha a ajudado muito, e continuou a me elogiar e se dizer muito agradecida. Eu disse que estava pensando em não aceitar o presente. Subitamente ela levanta do divã e, sentada, me encara e diz: *como é? Que coisa é esta? Não se recusa presente. Você não pode estar falando sério!!!* Eu disse que aceitar aquele presente era uma forma de estar conivente com uma parte dela que não tinha limites com os gastos e que era sobre isto que vínhamos conversando nas últimas sessões. Ela então começou a me xingar de ingrato, estúpido e a tecer considerações sobre a minha atitude. No que ela falava raivosamente me vi mergulhado num devaneio com os circos de minha infância (Circo Garcia, Gran Circo Merino e Circo Tihany) e me lembrava do domador que entrava na jaula dos leões e colocava a cabeça na boca deles. Lembrava-me do clima e da música no circo no momento desta cena, meus amigos e eu calados, na expectativa do que ia acontecer. Experimentei um imenso prazer e fui subitamente acordado do devaneio com a paciente dizendo: *todo mundo tem um preço, duvido se eu tivesse te dado um Jaguar zerinho você ia recusar*. Eu disse: *verdade, não vou recusar o Jaguar que você está mostrando aqui agora*. Interrompendo-me, ela diz: *se eu fosse um Jaguar te esfaqueava todo para deixar de ser mal-agradecido!*

A sessão seguiu neste clima e ela foi embora, levando o presente que devolvi. As sessões seguintes foram no mesmo tom, até que pude mostrar que ela estava fazendo comigo o que fazia com a mãe e uma irmã rica que sempre a socorriam quando ela estava à beira do precipício, isto é, se sentia triunfando sobre a dívida e sobre quem a ajudava a quitar a dívida, dizendo: *no finalzinho sempre me dou bem!!* Ela me sentia ajudando-a, mas também me sentia como um impedimento ao seu prazer em gastar.

Havia um prazer imenso buscado na maneira como contraía as dívidas e como encontrava meios de sair do sufoco. Tinha sempre alguém que brigava

com ela, mas pagava as dívidas. Ela se sentia ocultamente triunfando sobre quem a ajudava. Esse modo de funcionar era uma constante em sua vida. Repetia-se nos relacionamentos amorosos e nas relações familiares. Agora estava presente na relação comigo.

A paciente por diversas vezes ameaçou interromper a análise, pois não queria se tratar com um insensível, grosso e mal-educado. Faltou inúmeras sessões seguidas ou ia a uma sessão e faltava a duas e assim se deu por um tempo. Durante várias sessões me vi sem condições de interpretar, pois a paciente não me ouvia. Irritada, interrompia-me assim que eu iniciava uma interpretação. Só me restava aguardar [...].

Por muitos meses essa questão foi tema de suas sessões, até que um dia me relata que se sentia segura comigo, pois eu não tinha me deixado cair no conto do vigário. Percebeu que ao me presentear estava me dando um *cala a boca*.

Para o que nos interessa no momento, fiquei perturbado e senti que não estava, a princípio, tendo condições de entender o que se passava. Minha atenção estava dirigida para o presente e como dizer à paciente que eu não iria aceitá-lo. Houve um comprometimento do *setting* no sentido de alterar minha escuta.

Pudemos conversar bastante sobre essas questões, possibilitando um ganho através do *insight* que a paciente teve do *cala a boca* que queria fazer comigo. A turbulência diminuiu e houve uma alternância com um humor mais depressivo, embora muitas vezes recorria a defesas maníacas para lidar com o extremo descrédito e desvalorização que tinha de si mesma. Na verdade, já que eu chamei o demônio das profundezas do inferno, não poderia mandá-lo de volta sem fazer pelo menos uma pergunta. Tinha que colocar a cabeça na boca do leão!!

### **Paciente B:**

A paciente estava ausente das sessões devido ao nascimento de seu bebê. Procurou-me durante o início do nono mês de gravidez alegando estar muito angustiada e com medo do parto. Disse-me que sua tia tinha tido uma depressão puerperal e que ela se sentia muito frágil. Estava apavorada que acontecesse o mesmo. Iniciamos o tratamento e combinamos uma interrupção que ela pensou ser por pouco tempo pelo fato de estar muito angustiada e pela facilidade de morar perto do meu consultório, o que poderia facilitar suas idas às sessões. Iniciamos com cinco sessões por semana e ela compareceu a três semanas de tratamento, interrompendo para ter o bebê. Após um mês me telefonou solicitando retornar ao tratamento.

No dia marcado abro a porta do consultório e me deparo com a paciente acompanhada do seu bebê num carrinho. Entra e me diz que ficou sem querer

deixar o bebê em casa e me fala que era hora de sua mamada e que ela então optou por trazê-lo a sessão. Em seguida senta na poltrona e começa a dar de mamar ao bebê. De imediato me lembrei do tempo em que, eu como candidato, observei um bebê e a sensação me parecia a mesma. Resolvi aguardar o acontecimento dos fatos, lembrei-me que já tinha tido esta experiência há cerca de uns 20 anos, quando uma paciente que tinha tido bebê passou a ir às sessões com ele.

Ao término da amamentação, ela coloca o bebê para arrotar e depois no carrinho, deita-se no divã e começa dizendo que até que não estava tão ansiosa. Falava sobre o medo da depressão puerperal e da sensação de não dar conta dos cuidados ao bebê.

Pareceu-me que precisava concretamente que eu assistisse sua relação com o bebê para que confirmasse que ela estava indo bem. A sessão transcorreu com a paciente retomando temas que tinha trazido antes da interrupção, como o medo de não dar conta da vida, angústias em relação aos cuidados com seu filho e temor de ser uma pessoa fraca e sem consistência. Algumas vezes, imaginei como iriam ser as sessões dali para a frente, se o bebê iria sempre estar presente, se eu iria aceitar essa situação ou o que faria. O fato é que de imediato decidi atender a paciente da maneira que fosse necessário a ela, procurando trabalhar o que compreendesse apesar da presença do bebê que, até aquele momento, estava tranquilo.

Na sessão seguinte, a paciente retorna com o bebê dormindo no carrinho, deita-se no divã e começa a falar como se o bebê não estivesse presente. Pareceu-me que ela estava me mostrando suas partes bebê, e, assim, seguimos trabalhando até que o bebê acorda, ela se levanta e diz que ele está sujo e que vai trocá-lo rapidinho. Comecei a pensar que uma hora ou outra eu iria ajudá-la a trocar fraldas, segurar o bebê no colo ou qualquer outra coisa. Tal fato me fez rir e sentir que seria algo muito engraçado e curioso.

Na sessão seguinte, chega com o bebê acordado e chorando e me pede para ajeitar o carrinho pois ela vai dar de mamar. Fico observando e a vejo tranquila e satisfeita com seu bebê. Em seguida coloca-o no carrinho, deita-se no divã e me diz que em casa fica mais insegura do que no consultório. Diz que seu marido também é ansioso e ficam os dois com receio de não estarem fazendo direito as coisas com o bebê. No andamento da sessão, pudemos ver que sua tia tinha tido uma psicose puerperal com ameaças de matar o bebê e era este o temor da minha paciente: o medo de deixar cair o bebê no chão, de matá-lo de inanição por não saber dar de mamar. O trabalho dos seus impulsos de morte em relação ao bebê trouxe certo alívio, falar no assunto permitiu à paciente tomar contato com o que a afligia. Após alguns minutos me diz que a pessoa que a encaminhou

para mim falou que eu sou especialista em cuidados com bebês. Fiquei surpreso dessa minha especialidade e, como a sessão já estava terminando, não falei nada.

Essas são sessões recentes. A paciente continuou indo ao consultório com o bebê, mas de modo mais esparso. Dizia que, quando vai sair de casa e o bebê está dormindo, ela se sente bem em deixá-lo.

Nesse caso a alteração do *setting* se deu pela inclusão de um terceiro que de alguma forma repercutiu em minha subjetividade. No entanto, as sessões transcorriam como se só estivéssemos nós dois, muito embora eu mesmo sentisse a minha atenção alterada pela presença do bebê.

A própria paciente decidiu pela frequência ao me perguntar se manteríamos o ritmo inicial. Disse que se sentiria mais segura, pois era muito sozinha e estava precisando de ajuda. Seus pais moravam numa outra cidade, assim como os sogros, e não poderiam acompanhá-la neste momento. O marido trabalhava o dia inteiro, e ela ficava temerosa, com receio de se desesperar. Tinha clara noção de sua fragilidade: dizia que sempre foi muito frágil e insegura, com medo até de escuro, lobisomem e outras crendices.

Nesse *setting*, funcionei por um bom tempo como um continente seguro para suas inseguranças e medo. Aos poucos foi possível à paciente adquirir alguma compreensão de seu funcionamento, de suas fantasias e de como se relacionava com os objetos.

Na verdade, a presença do bebê, que de início me causou uma pequena tensão, não foi problema para que o enquadre fosse garantido e proporcionasse o processo de análise. O bebê funcionou como uma parte cindida da paciente que ela trazia para a sessão concretamente e que permitiu compreender o funcionamento da sua parte psicótica, que se apresentava através do medo de matar o bebê de fome. O que a paciente chamava de insegurança na verdade, evidenciou-se como fantasias de morte em relação ao bebê e, posteriormente, em relação a si própria. Na gravidez e na história da psicose puerperal da tia, a paciente entrou em contato de modo mais intenso com suas angústias de morte em relação às pessoas e em relação a fantasias de suicídio.

### Listening and analytic setting

**Abstract:** The author develops the ideas of listening and of analytic work, taking the setting as reference and offering two clinical vignettes as examples. The author understands it is necessary that the analytic method be internalized in the analyst in such a way that s/he can follow the recommendations proposed by Freud in his text *Recommendations to Physicians Practicing Psycho-analysis* (1912) without turning them into fixed rules.

For him, we, psychoanalysts, build the setting of our analytic work by functioning in a psychoanalytic way; therefore, he believes that the way we use Freud's recommendations will be defined according to the personal characteristics of each analyst.

**Keywords:** Analytic setting. Analytic listening. Internalization of the method. Analytic process.

## Referências

BLEGER, J. **Simbyosis y ambigüedad:** estudio psicanalítico. Buenos Aires: Paidós, 1967.

CASSORLA, R. O analista, seu paciente adolescente e a estupidez no campo analítico. **Revista Calibán**, v. 11, n. 2, p. 43-64, 2013.

ETCHEGOYEN, R. H. **Fundamentos da técnica psicanalítica.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

FREUD, S. (1912). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: **Edição standard brasileira**. v. 12. Rio de Janeiro: Imago 1969.

\_\_\_\_\_. (1913). Novas recomendações sobre a técnica de psicanálise. In: **Edição standard brasileira**. v. 12. Rio de Janeiro: Imago 1969.

FROCHTERGARTEN, J. É preciso ser psicanalista. É preciso? **Revista Brasileira de Psicanálise**, v. 44, n. 2, p. 45-53, 2010.

JOSEPH, B. **Equilíbrio psíquico e mudança psíquica:** artigos selecionados de Betty Joseph. Rio de Janeiro: Imago, 1992. Originalmente publicado em 1989.

QUINODOZ, D. **Words that touch.** London: Karnac, 2003.

SEGAL, H. Melanie Klein's technique. In: **The work of Hanna Segal.** New York: Jason Aronson, 1981. Originalmente publicado em 1967.

STEINER, J. Comments on the case of Raquel. **International Journal of Psychoanalysis**, v. 94, n. 1, p. 99-104, 2013.

ALTAMIRANDO MATOS DE ANDRADE JR.  
Rua Jardim Botânico, 674 / 617 – Jardim Botânico  
22461-000 Rio de Janeiro – RJ – Brasil  
e-mail: altandr@msn.com