

## SUPERVISÃO COM DR. DAVID ROSENFELD

Viviane Sprinz Mondrzak\* ; Porto Alegre

Em maio deste ano (1994), o Dr. David Rosenfeld esteve visitando a Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre. Entre outras atividades, realizou uma supervisão coletiva com material clínico trazido por mim, onde, mais uma vez, expôs sua forma clara e completa de pensar psicanaliticamente. Neste material, enfatiza especialmente a importância da decodificação da contratransferência para permitir uma melhor compreensão do paciente e para que o analista possa manter preservada sua função.

Foram duas horas de trabalho conduzidas pelo Dr. Rosenfeld num clima descontraído e afetuoso.

Dr. Rosenfeld Inicialmente, gostaria de colocar como vejo esta atividade de hoje. Não gosto de chamar de supervisão. Vamos discutir juntos e eu vou mostrar como penso o material à medida em que o leio e o que tomo nota quando o paciente sai.

Dra. Viviane - Paulo é um homem de 48 anos, solteiro, alto, moreno, de boa aparência. Parece ter menos do que sua idade real. é engenheiro mecânico e trabalha numa empresa de grande porte. Fala de forma lenta e pausada, parece deprimido e deixa bastante claro a forma como vê a idéia de se analisar: a última chance de viver melhor.

Define-se através de uma única palavra: "trancado", sem ter se desenvolvido como poderia, tanto na área afetiva, como na profissional. Sente se medroso, sempre patinando, com medo de ter e, principalmente, demonstrar sentimentos e opiniões, "como um gurizinho de merda no canto". Em termos profissionais tem tido uma carreira apagada, trabalhando em firmas grandes nas quais procura se manter na posição mais invisível possível. No entanto, parece ser profissional competente e sempre tem tido boas oportunidades de trabalho.

Dr. Rosenfeld - A descrição é de uma pessoa organizada, com adaptação obsessiva e é possível que esteja deprimido. Suas palavras são muito bonitas, é um paciente que vem se analisar seriamente, vem buscar qualidade de vida, o que é um bom prognóstico, ao contrário de pacientes que vêm buscar a cura de um sintoma.

Dra. Viviane - No campo afetivo as coisas não tem se passado de forma diferente. Teve vários relacionamentos de curta duração, caracterizados por sentir se pouco envolvido, demonstrando poucos sentimentos e que terminavam por desistência das namoradas. Teve um único relacionamento mais longo (mais ou menos 6 anos).

Dr. Rosenfeld - Não desista dele! (Diz em tom de brincadeira para a apresentadora). O paciente está dando um aviso: "Não mostro meus afetos e tu vais me deixar de lado como todas as outras".

Ele tem a honestidade de dizer que se tenha paciência, porque lhe custa muito entregar-se afetivamente. Na verdade, está falando da história dele com o pai e a mãe, como toda vida conteve seus afetos.

Isto pode ser por vários motivos: por não poder, porque nunca lhe ensinaram (por exemplo: se a mãe e o pai são obsessivos) ou, ainda, por nunca ter encontrado alguém como a analista que lhe dissesse: "conta o que quiseres que eu não me assusto".

Dra. Viviane - A vida sexual é caracterizada como "pobre"; faz referência a episódios freqüentes de impotência, mas conta poucos detalhes.

Há alguns anos, fez uma tentativa de fazer uma psicoterapia, interrompida pelo psiquiatra após dois anos, por achar que não estava adiantando e que Paulo não mudava.

Dr. Rosenfeld - Viram novamente o medo de ser abandonado pela analista se mostrar afetos?

Logo depois de falar dos afetos, fala da impotência sexual, como um mesmo tema inconsciente. Porque o não poder entregar se sexualmente tem a ver com o não poder entregar se afetivamente. Muitos adolescentes não podem manter relações sexuais pois isto equivaleria a uma entrega afetiva, vivida como se fossem cair num poço, se esvaziar, sem a segurança de serem recebidos.

### A história de Paulo

Dra. Viviane - A figura mais marcante em todo relato que faz é o pai e, praticamente, todas as lembranças que têm giram em torno deste. Paulo é o terceiro de quatro filhos. O pai é descrito de forma vaga, mas muito marcante, como autoritário e grosseiro. Toda justificativa que dá para suas dificuldades centra se no relacionamento com o pai e basicamente numa cirurgia que fez aos seis anos, de apendicite. Teve um quadro agudo e foi levado ao hospital para "bater uma chapa", acordando horas depois com uma dor forte. O pai aproximou se da cama com um vidrinho no qual estava o apêndice retirado, dizendo rindo: "Viu que cortaram teu tico." Como sentia dor difusa, entrou em pânico, custando para se acalmar.

O relato deste episódio é feito com uma emoção e raiva como se estivesse acontecendo agora. Divide sua vida em antes e depois da cirurgia. Antes: tudo parecia bem, sempre aparecia sorrindo nas fotos. Após: teve enurese até os onze anos, passou a ficar calado, carrancudo, "trancado".

Dr. Rosenfeld - Não sei porque ficar em pânico! (diz brincando). Se fosse comigo, ninguém mais me curaria.

Mas vamos trabalhar como psicanalistas. Uma primeira entrevista deve ser tomada como uma tomografia computadorizada, como um código condensado de várias mensagens e que vão aparecer depois na transferência.

O que importa é que diz na primeira entrevista que nunca saiu da fobia de castração que todos os meninos de 5, 6 anos apresentam. (Exceto os psicanalistas homens que estão aqui hoje, diz brincando).

Não importa se o que o pai disse foi ou não real. Importa é que existe um código mental que ele localiza na cirurgia e que avisa que o pai não o deixou ser um menino, não o deixou ter tico, não permitiu que se identificasse com ele, provavelmente por ter sido um pai autoritário. Tirem a cirurgia e teremos ainda o mesmo código.

Dra. Viviane - Sua impressão é de ter treinado bastante para não demonstrar nenhum sentimento, como um plano de vingança contra o pai, que não mereceria nenhuma manifestação sua.

Dr. Rosenfeld - Aqui o paciente explica que, como não aceitaram seus afetos, a vingança é não mostrar los. é uma vingança contra o pai. E está avisando que vai ter muito ódio se não sentir seus afetos aceitos e se não o deixarem ser um menino. Eu jamais usaria a palavra homossexual neste caso: diria, medo de não ser um menino.

Muitos psicanalistas perdem pacientes por usarem apressadamente as palavras. Neste caso, o problema não passa pela homossexualidade, passa por uma falha na identificação masculina.

Dra. Viviane - A mãe aparece muito pouco, sempre como uma figura apagada, submissa, que vivia à sombra do pai, para quem "mulher não tem opinião, cria os filhos e pronto".

Dos 18 aos 30 anos trabalhou na firma do pai (que enfrentava sérios problemas) e viveu em torno do pai, da raiva que sentia dele. Não conta nada específico, é como se a raiva se explicasse por si. Vivia permanentemente angustiado, com azia, dores estomacais que culminaram numa úlcera. Procurou tratamento psicoterápico naquela época e conseguiu retomar os estudos, procurou outro emprego e foi morar sozinho. Mas manteve-se sempre em volta do pai, cuidando dele até sua morte, ocorrida seis meses antes de resolver procurar análise. Diz não ter cuidado do pai por amor e não ter sentido nada com sua morte, a não ser alívio.

Dr. Rosenfeld - Isto é uma mentira na qual procura acreditar, pois, na verdade, sofre muito. Acho que é um paciente que praticamente viveu dentro do pai e sua identidade como homem é algo que tem de dentro do pai, não como alguém separado. Portanto, penso que temos um transtorno de identidade do self e isto faz com que nunca tenha sua identidade sexual própria.

Outro ponto importante é a respeito da úlcera que fez. Os pacientes que fazem quadros psicossomáticos são geralmente obsessivos, sobreadaptados, que se portam bem, trabalham bem, e que nunca podem mostrar raiva. Este é um típico paciente sobreadaptado que, muito sabiamente, tratou de separar se do pai. Aqui não é sair do trabalho com o pai; é sair de dentro do pai para procurar ter seu próprio self.

O que segue é como ficou destruído coma morte dele. No entanto, faz uma dissociação e nega, para si mesmo e para os outros, este sofrimento, este luto.

#### **O início - O divã**

Dra. Viviane - Desde a primeira sessão foi visível um aumento na ansiedade do paciente: suave, gaguejava e raramente seu discurso era fluente.

Dr. Rosenfeld - Vejam que o paciente deixou de estar organizado e isto é de muito bom prognóstico. Quer dizer que confia na analista.

A lingüística, a forma de falar é mais importante que as palavras. A música da voz transmite as fantasias inconscientes, gaguejar mostra um rompimento na carcaça obsessiva e é como dizer que tem confiança para mostrar seu medo, sua ansiedade.

Dra. Viviane - O assunto girava basicamente a respeito do seu novo trabalho, a insegurança em tomar atitudes, longos relatos sobre suas atividades, queixas do diretor da firma, muito medo dele. Procurei sistematicamente relacionar seu novo trabalho com a análise outro novo trabalho que tinha se disposto a assumir procurando modificações que também o assustavam: não ficar tão "trancado", se expor mais. Assim mostrava lhe todo cuidado na forma de conversar comigo, evitando qualquer referência mais pessoal. Era característico que, após alguma interpretação minha, seguisse como se não tivesse ouvido. Jamais comentava qualquer coisa: desagrado, concordância ou discordância. Nada. Como se eu não tivesse falado. O primeiro foco de resistência se concentrou em torno do divã. Não se tratava simplesmente de não deitar, mas da forma como o assunto parecia não existir. Este tema - deitar no divã foi explorado sob diversos aspectos, mas sempre encontrando reticências da parte de Paulo. Penso que o básico era a "mudança de posição" que significava naquele momento: comprometer se com o desejo de um relacionamento mais íntimo, mais pessoal, o que sempre evitou ao longo de sua vida, principalmente com mulheres. Era como se nossa ligação lutasse contra o destino de praticamente todas as outras: terminar sem muito sentido, sem envolvimento.

Dr. Rosenfeld - Concordo com a abordagem, acho que é assim que se pensa psicanaliticamente, pensando na transferência.

Penso que é importante a descrição da contratransferência, como o analista se sente. Ele obriga a analista a sentir, sem palavras, que não existe.

Aqui teríamos duas hipóteses. A primeira é que a mãe seria a figura inexistente, como vimos no seu relato inicial. A segunda hipótese é que ele próprio seria a figura inexistente, como se dissesse: eu me sentia uma sombra inexistente para minha mãe e, agora, como eu te pago, vou te fazer sentir isto.

Eu fico com a segunda hipótese.

O que se segue é uma radiologia do que se passou no relacionamento com a mãe, durante toda sua vida. Porque "todas as mulheres" significa "a mãe" e também sinaliza o que vai passar com a mulher terapeuta.

Estou pensando na história infantil do paciente, não num adolescente falando de mulheres. é uma criança dizendo que nunca teve um envolvimento afetivo com sua mãe.

Dra. Viviane - Numa sessão de junho (nesta época já fazia referências espontâneas se bem que lacônicas ao divã) diz em tom de aparente brincadeira, que tem medo de "não caber no divã". No início desta sessão descreveu uma situação com o diretor da firma onde trabalha na qual teve ímpetos de soqueá-lo. Terminou paralisado e suando na frente dele, sem falar nada, sentindo se anestesiado.

Procurei mostrar, de várias formas, que o "não caber no divã" dava uma dimensão bastante clara da visão que tinha de si, do montante de agressão caso não se mantivesse anestesiado, controlado. E também, o receio de eu não ser capaz de oferecer um espaço (mental, emocional), capaz de conter este "tamanho".

Dr. Rosenfeld O que procura uma criança se não o colo da mãe? Tem medo de que a analista não possa segurá-lo e seus braços são representados pelo divã. O que diz é o seguinte: "tenho medo que tu não possas me conter porque eu sou muito grande e tu és muito pequena". Pequena no sentido emocional, de uma mãe que não tem condições de cuidar de seu filho.

Penso que este é um paciente muito honesto.

Na seqüência, acho útil a repetição da palavra "anestesiado". Ele a usa com múltiplos significados: medo de entrega afetiva, entrega sexual, entrega no divã, medo da raiva. A analista deve funcionar como uma espécie de dicionário, ajudando o a diferenciar os vários sentimentos.

Dra. Viviane - Aqui certamente também se incluía o receio de fantasias de conteúdo sexual que pudessem surgir. Se bem que não fazia a menor alusão, nem remota ao assunto, chamava justamente atenção a total ausência de referências a mim (de qualquer tipo), o embaraço ao conversar comigo e a maneira como evitava me olhar.

Dr. Rosenfeld - é interessante como ele não usa pronomes pessoais para se referir à tua pessoa. Pensando na nossa hipótese inicial de um distúrbio de identidade do self penso que ele demonstra isto procurando que a terapeuta sinta o que lhe passou, como um espelho. Nunca diz "tu" para que ela sinta, como ele próprio, não encontrar o seu "eu".

E faz bem! Para isto somos psicanalistas e penso que este é o futuro da psicanálise a detecção da contratransferência que possibilita que se coloque em palavras o mundo infantil do paciente.

Mas teríamos que esperar dois, três anos para mostrarmos a ele o que vinha fazendo; como o não olhar, não nomear, era para fazer a analista sentir o que havia se passado com ele quando pequeno.

O não olhar nos olhos passa por um nível muito mais primitivo, da lactância. Os que trabalham com crianças, e tiveram oportunidade de observar bebês, sabem que a criança, enquanto mama, olha nos olhos na mãe.

No paciente que não pode olhar seu analista, devemos pensar num transtorno de mãe ausente, o que pode ser depressão materna.

Assim, há dois pacientes: uma criança de seis anos, com uma fobia de castração e outra na lactância, que não pode olhar nos olhos da mãe.

Dra. Viviane - Numa determinada sessão, diz não entender porque não deitava já que no primeiro tratamento que fez deitou-se sem dificuldade. Segue traçando um paralelo, achando o outro tratamento mais "leve" e a A (psicóloga que o atendeu) bem mais velha, "diferente". Esta foi uma das oportunidades de procurar mostrar-lhe o temor de fantasias sexuais, se não me visse como uma velha (penso que, aqui, no sentido de assexuada). Geralmente respondia com silêncio ou falando de alguma tarefa de trabalho.

Paulo deitou-se no divã sete meses após o início da análise. Provavelmente teria se deitado bem antes se eu tivesse determinado que deveria se deitar, ou seja, se fosse uma atitude de minha responsabilidade e não partisse de uma decisão sua.

A partir daí o trabalho, assunto sempre presente, transformou-se praticamente; no único assunto das sessões. Eram longos relatos de suas tarefas e, principalmente, queixas do chefe. Toda tensão em que vivia era justificada através do comportamento deste e da raiva e medo que sentia dele.

Dr. Rosenfeld - Ele disse que o chefe o comanda e penso que se refere a um general-analista, correspondendo ao pai na transferência.

Não sei porque nós, sul-americanos sempre associamos militares com autoridade. (Risos). Quando fala obsessivamente do trabalho e do chefe, o faz:

1. para evitar falar que está no divã contigo;
2. fala de ti, como se tu fosses o general pai que o dirige, como o chefe;
3. pode ser que procure mostrar como sempre foi um menino obediente, que fazia tudo que o pai mandava, desde que ele não o abandonasse. é como se o pai fosse só o que sobrasse, já que a mãe não o olhava nos olhos. Portanto, está repetindo como foi a história com o pai.

Uma coisa me ocorre agora: eu o chamaria pelo nome. Eu diria: "Veja João, eu Viviane, digo a você João, para que você pense a respeito do que eu te digo como analista."

Eu introduzo, assim, os pronomes pessoais sem obrigá-lo a usá-los. Desta forma, estou criando na estrutura lingüística da interpretação, um mundo de identidade que nunca teve.

Dra. Viviane - Neste momento (que representaram vários meses), minha preocupação maior foi com a função defensiva deste discurso centrado no trabalho (com o cuidado de deixar claro que não significava diminuir a importância do assunto, mas conhecer sua finalidade neste momento, de preencher todos os espaços do seu pensamento e das sessões, me mantendo como outro chefe pai ameaçador, neutralizado).

Contou, nessa época, que pensava muito na história infantil "João e Maria". Sentia-se como o Joãozinho da história, usando um truque, mostrando um ossinho de galinha para não mostrar o dedo gordo para a bruxa. Para ele, a bruxa de sua vida foi e é o pai, mas a extensão para se compreender seu comportamento nas sessões é direta.

Dr. Rosenfeld - Acho que esta é uma grande verdade do paciente: a bruxa é o pai. Esta mãe ausente nos primeiros meses, que estamos imaginando, está metida dentro do pai e ele, para sobreviver, meteu-se dentro do pai.

Além do mais, é um paciente realmente honesto, parece uma criança em análise, brincando. É uma criança de seis anos tentando resolver a questão edípica, dificultada porque, para se ver com ela, é necessário estar fora do pai, poder brigar com ele. Ao mesmo tempo, é uma criança de oito meses que nunca pôde ter a mãe.

Dra. Viviane - Em vários momentos desta análise, em que predominou a total desesperança, me lembrei e usei a história de João e Maria.

Dr. Rosenfeld - A desesperança é a contratransferência mais terrível. Se o analista não percebe que o paciente está inoculando sua própria desesperança (no caso, de não poder mudar aos 47 anos), pode se destruir como analista. Pode querer mudar a teoria.

Mas, se pode decodificar esta esperança como a de um menino que nunca olhou nos olhos da mãe porque esta estava deprimida ou ausente; ou de um menino que o pai corta o "dedo gordo", não permite que seja um homenzinho, pode dar outro significado a esta desesperança e ao seu sentimento.

Vejam que, numa mesma sessão o analista pode ser a mãe, o pai e o próprio analista. Penso que análise hoje em dia é microfísica, é trabalhar na velocidade da luz.

Dra. Viviane - O assunto "trabalho" foi aos poucos perdendo a prioridade e, em torno da metade do segundo ano de análise, começou a fazer algumas referências à sua vida sexual, falava vagamente sobre algum episódio de impotência e a presença de herpes genital.

Mas o assunto tomava principalmente a forma de queixas de uma "dor no saco", interminável e repetitiva, de desânimo, perda de esperança. Dizia que a vida não tinha graça, mas que não adiantava falar no assunto, não tinha pensamentos, era como se tudo estivesse desligado. Minha vontade era de ter mais dados; pensava na possibilidade do paciente ter algo para contar como uma perversão, fantasias homossexuais. No entanto, esta via era inacessível. O paciente mantinha-se falando de dor no saco, do desânimo. Suspirava e arrotava sessões inteiras. Procurava mostrar-lhe: o temor de que eu não tivesse como me opor a um sistema "castrado" de vontades que havia montado e o uso que poderia fazer disto fora e dentro das sessões; como procurava colocar a questão unicamente em termos anatômicos, de ter ereção, deixando de lado a impotência para pensar e sentir; a expectativa de que eu pudesse proporcionar uma fonte de ânimo e excitação; queixas do meu desempenho como analista.

Dr. Rosenfeld - Concordo, porque é importante não entrar no esquema do paciente e falar sobre escroto e impotência, mas sim, trazê-lo para o que importa, para a transferência, para o esquema do seu pensamento. Este paciente tem a cabeça "inchada", não o escroto.

Dra. Viviane - Tudo se mostrava infrutífero. Aos poucos percebia que o mais marcante era uma sensação de desânimo que surgia perto da hora de atendê-lo e durante a sessão. Me sentia impotente, incapaz de alguma interpretação mais "ereta" e com capacidade de "penetração".

Dr. Rosenfeld - Aqui é muito importante esta descrição da contratransferência, de desânimo. Se isto não é possível, amanhã vamos dizer ao paciente que ele não é analisável ou vamos duvidar da nossa capacidade como analistas.

Devemos sempre supervisionar o paciente que nos faz sentir desanimados e ver isto na análise pessoal.

O que transmite este paciente? A impotência de um bebê de oito meses que não pode penetrar no corpo da mãe para ser contido.

Ele não se lembra dos oito meses, mas faz o analista sentir a impossibilidade de penetração.

Por isto digo novamente que o futuro da psicanálise está na contratransferência, principalmente em pacientes graves.

Dra. Viviane - Após as sessões não era raro me sentir incômoda, culpada, pensando se, de fato, estaria ajudando o de alguma forma. Procurei mostrar-lhe a campanha (inconsciente, é claro) para me desanimar a seu respeito, desistir e declarar-lo definitivamente castrado, portanto, sem nada para fazermos a respeito. Se isto o angustiava e o deixava sem esperanças, por outro lado traria o alívio de não pensar, não enfrentar mudanças e continuar com a explicação que vinha dando para suas dificuldades: o pai, de fato, o castrou, o impediu de progredir, ter prazer. E justificava-se, portanto, fazer de odiá-lo o centro de sua vida. Só faltava eu atestar esta tese.

### **Sessões do final do terceiro ano de análise**

Dra. Viviane - As sessões de segunda e terça-feira são das mais silenciosas. Na segunda-feira suspira, arrota e diz "não sei". Digo apenas que os suspiros e arrotos substituíam o que teria para me dizer. Na terça-feira mantém a mesma atitude. Digo apenas que esperava que eu me responsabilizasse pelo desejo de compreender o que se passava, desejo que também era seu. Me mantenho em silêncio o resto da sessão. Não tenho vontade de dizer nada; penso que talvez tenha falado demais nesta análise, preocupação que várias vezes tive ao longo destes anos. Paulo segue arrotando até o final da sessão.

Na quarta-feira inicia silencioso e suspirando, o que dura uns quinze minutos. Depois diz, no mesmo ritmo de reticências, que teve um sonho:

"Estava numa sessão . . . era teu consultório... mas bem maior, parecia uma casa, cheia de peças bem decoradas. Tu estavas sentada numa cadeira ao lado do divã... eu estava deitado... me sentia um pouco assustado... tu parecias uma putana, começava a abaixar a blusa e mostrava os seios..."

Diz depois: "...é estranho... que estranho...".

O sonho me surpreende, penso em várias coisas que gostaria de dizer a respeito do sonho, mas opto por mostrar sua estranheza por ter sonhado comigo e, ao contrário do que procura parecer, ter-me colocado numa posição próxima de si, por mais que me atribuisse a responsabilidade pela aproximação.

Dr. Rosenfeld - Vejo como mudas tua expressão, está mais contente, ao contrário das páginas anteriores quando percebíamos o desânimo na própria expressão.

Por isto é tão importante a supervisão direta porque a transmissão entre candidato e supervisor se faz também pelas expressões.

Este tema, inclusive, vai estar presente no próximo congresso internacional.

Dra. Viviane - Permanece em silêncio. Diz depois: "Pois é. . . não sei... pois é. . .". Diz, no final da sessão, que pensa no destino que vai ter seu namoro atual, acha que depende da maneira como vai se sentir nas sessões, não sabe como vai ser, mas acha que se não der certo aqui, vai dar certo lá.

Falta na sessão seguinte, quinta feira. Apesar de previsível e compreensível, não deixo de ter um sentimento de frustração, por não poder continuar o trabalho, levar adiante a compreensão do sonho.

Na segunda feira, fica em silêncio toda sessão, suspira, se remexe. Não parece a mesma pessoa que, na semana anterior, conversava de forma mais espontânea e me contava um sonho. E é isto que procuro mostrar lhe, falando do contraste que percebo. Gostaria que se intrigasse, que percebesse claramente este contraste, antes de lhe mostrar que o silêncio desta sessão procurava defendê-lo dos sentimentos da semana passada. Não me responde. Segue suspirando e arrotando.

Na terça feira retoma o tom de incômodo e queixa: inicia falando de um funcionário que só sabe reclamar, está sempre "do contra", criticando tudo. Quando mostro que ele ontem, na sessão, estava "do contra", suspira e discorda: "...não sei... não tinha vindo na quinta feira... não adianta... ontem estava se sentindo mal... sempre pergunta o que está acontecendo... não sei de que lado estou... mas tu que parece do outro lado... tem que se entender o que acontece nas sessões..."

Concordo com ele: temos que compreender o que se passa. Mas há uma contradição: quer entender e, ao mesmo tempo, queixa-se justamente por eu procurar a compreensão. Depois de um silêncio diz: "Não sei... talvez tenha a ver com a semana passada... se falou alguma coisa sobre... como... me sinto... aqui...". Não consegue prosseguir. Digo que tinha sido a semana na qual, no sonho, me colocava numa posição mais próxima, de mais intimidade, de algum valor para ele. Isto o preocupava, o que fazer com este tipo de sentimento, quando admitia que alguém (no caso, eu) tinha importância. A saída era ou a paralisia da segunda feira ou me recolocar no campo oposto: a analista que é do contra, a análise que não funciona. Não diz mais nada. Suspira e arrota.

Dr. Rosenfeld - Que lindo material! \$ um sonho muito bonito. Quem sabe pode sonhar por estar conseguindo discriminar melhor o "eu" do "tu", como apareceu um pouco antes. Acho que é um paciente que está se analisando de fato e que tem insight.

O inconsciente não mente e sonha que está em análise, que se sente analisando. Sonha com a analista com nome próprio e o consultório com nome próprio e há muito espaço para depositar sua angústia. Um bebê de oito meses penetra por todo o corpo da mãe, pelos olhos, pelas narinas, pela pele, por todas as "peças" da analista.

Coloca a analista na cadeira, ou seja, segue sendo analista, na sua função e, além disto, ao seu lado. Ele está deitado e vê a analista firme na sua posição. Estar sentada representa ter sua função como analista mantida.

Poderíamos passar horas pensando sobre este sonho e seus significados, mas penso que o básico, já que temos pouco tempo, é a descrição que dá de sua patologia como se dissesse: "meu problema é que quero muito me aproximar do seio da mãe, preciso muito do seu colo, mas quando me aproximo, já confundo com uma aproximação sexual e me assusto". Com a analista, portanto, é desta mesma forma e, por isto, acho que eu também interpretaria colocando a ênfase na angústia que cerca a aproximação e a intimidade.

**Viviane Sprinz Mondrzak**  
Av. Taquara, 198/201  
90460-210 Porto Alegre - RS

© Revista de Psicanálise - SPPA

---

\* Graduada do Instituto de Psicanálise da SPPA.