



PSICANÁLISE

Martha Maria de Moraes Ribeiro

Rêverie hostil, premonições  
na experiência analítica e  
textos selecionados

**Blucher**



RÊVERIE HOSTIL,  
PREMONIÇÕES  
NA EXPERIÊNCIA  
ANALÍTICA E TEXTOS  
SELECIONADOS

Martha Maria de Moraes Ribeiro

Organização:

Paulo de Moraes Mendonça Ribeiro

Revisão Técnica:

Ana Márcia Vasconcelos de Paula Rodrigues

Paulo de Moraes Mendonça Ribeiro

Sônia Maria Nogueira de Godoy

*Rêverie hostil, premonições na experiência analítica e textos selecionados*

© 2023 Martha Maria de Moraes Ribeiro

Editora Edgard Blücher Ltda.

*Publisher* Edgard Blücher

*Editor* Eduardo Blücher

*Coordenação editorial* Jonatas Eliakim

*Produção editorial* Ariana Corrêa

*Preparação de texto* Douglas Mattos

*Diagramação* Guilherme Henrique

*Revisão de texto* Ana Maria Fiorini

*Capa* Laércio Flenic

*Imagem da capa* Waldomiro Sant'Anna. *O divã ou A procura* (2003).

# Blucher

---

Rua Pedroso Alvarenga, 1245, 4º andar

04531-934 – São Paulo – SP – Brasil

Tel.: 55 11 3078-5366

**contato@blucher.com.br**

**www.blucher.com.br**

Segundo o Novo Acordo Ortográfico, conforme 6. ed. do *Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa*, Academia Brasileira de Letras, julho de 2021.

É proibida a reprodução total ou parcial por quaisquer meios sem autorização escrita da editora.

---

Todos os direitos reservados pela Editora Edgard Blücher Ltda.

Dados Internacionais de Catalogação  
na Publicação (CIP)

Angélica Ilacqua CRB-8/7057

---

Ribeiro, Martha Maria de Moraes

*Rêverie hostil, premonições na experiência analítica e textos selecionados / Martha Maria de Moraes Ribeiro ; organização de Paulo de Moraes Mendonça Ribeiro ; revisão técnica de Ana Márcia Vasconcelos de Paula Rodrigues, Paulo de Moraes Mendonça Ribeiro, Sônia Maria Nogueira de Godoy. – São Paulo : Blucher, 2023.*

360 p.

Bibliografia

ISBN 978-65-5506-353-0

1. Psicanálise I. Título

---

22-7145

CDD 150.195

---

Índice para catálogo sistemático:  
1. Psicanálise

# Conteúdo

1. Introdução – Minhas memórias teórico-clínicas: uma trajetória em busca de significados	13
2. As duas margens do rio: considerações psicanalíticas sobre o fenômeno e a clínica psicossomática	17
3. Rêverie hostil e rêverie benigna: estudo clínico do fenômeno da rejeição e sua correlação com a noção de “rêverie” proposta por Bion em sua obra	61
4. Considerações de Antonio Sapienza sobre o texto “Rêverie hostil e rêverie benigna”	91
5. Transvendo o mundo: o sonhar do analista	115
6. Revisitando os sonhos e o sonhar: de Freud a Bion	137
7. Estesia no cotidiano: estudo de fenômenos clínicos relacionados ao conflito estético e suas vicissitudes	163
8. Microtraumas na sessão de análise	179
9. Premonições na experiência analítica: intuição e teorias de observação	219

10. A relação presa-predador, ou Psicanálise, a ciência dos sentimentos e da compreensão humana	243
11. Exercício da função paterna em Psicanálise: supervisão	283
12. Seminário clínico apresentado para o Dr. Donald Meltzer	313
13. A história de um colecionador: memórias-arquivo em direção às memórias-sonho	337
Posfácio	353

# 1. Introdução – Minhas memórias teórico-clínicas: uma trajetória em busca de significados

*Observo-me a escrever como nunca me observei a pintar, e descubro o que há de fascinante neste acto: na pintura, vem sempre o momento em que o quadro não suporta nem mais uma pincelada (mau ou bom, ela irá torná-lo pior), ao passo que estas linhas podem prolongar-se infinitamente, alinhando parcelas de uma soma que nunca será começada, mas que é, nesse alinhamento, já trabalho perfeito, já obra definitiva porque conhecida. É sobretudo a ideia do prolongamento infinito que me fascina. Poderei escrever.*

– José Saramago, *Manual de pintura e caligrafia*

Durante um tempo recente, comecei a experimentar um fenômeno espontâneo: rememorar algumas experiências que vivi como médica clínica (endocrinologista), e depois vieram as vivências como psicanalista clínica; todas foram anotadas por mim e, agora, surgiram não apenas como memórias (vínculo K), mas como estados de espírito ou lembranças vivas que me impulsionaram a recuperar

fatos e reconstruir significados. Estes resultaram neste relato, o qual expressa minha fé nas experiências que vivi.

Revejo minhas anotações sentindo-as como novas; são novas as experiências vividas, e não memórias de um passado encadernado numa biblioteca que não é mais visitada. Desse modo, fui descobrindo, desvelando, revelando pensamentos que estavam soterrados e, de alguma forma, esquecidos. Empreitada tal qual a dos desbravadores do Cemitério Real de Ur, conforme descrito por Bion. Nessa releitura, senti reviver, resgatar ideias, transformando-as em pensamentos renovados e úteis.

Compreendi, assim, o que ensinaram alguns dos meus mestres: a criatividade de quem escreve, pinta ou compõe requer “esquecimento” para que as memórias, as novas ideias, sejam trazidas à luz em novos contextos (K → O).

Alguns trechos, reli com inusitada alegria, pois fizeram parte de um árduo trabalho na constituição de nossa Sociedade Brasileira de Psicanálise de Ribeirão Preto, a SBPRP. Nos seus primórdios, éramos avaliados em visitas realizadas pelo Sponsoring Committee da Associação Psicanalítica Internacional (IPA), colegas que vinham do exterior, nas pessoas de Jacqueline Amati Mehler (Itália), Moises Lemlij (Peru) e outros que, em nome da IPA, em um esforço contínuo durante cinco anos, nos acompanharam no trabalho de nos constituir como uma sociedade de Psicanálise autônoma.

Fui a primeira a ocupar o cargo de diretora do instituto, depois de conquistarmos o título de sociedade componente da IPA, organizando, junto com uma equipe, os primeiros cursos de formação de analistas da SBPRP.

Trago relatos clínicos dessa época, alguns que foram apresentados ao Sponsoring Committee e outros trabalhados em seminários e encontros científicos. A leitura desses casos se constitui em uma espécie de reviver “como” a Psicanálise clínica surgiu e evoluiu na SBPRP.

Apreendi em nossa “Sociedade-mãe”, a SBPSP (de São Paulo), a “sonhar” a sessão com meus analistas e supervisores. A escrita psicanalítica, transformando fatos em ficção ao refletir a versão imaginativa da experiência ocorrida na sessão, permanece de forma viva no trabalho narrado.

Ao trabalhar certas experiências analiticamente com intensidade e emoção, os fatos clínicos serão constantemente transformados pela relação, seja a analítica, ocorrida nos relatos transcritos, seja a da experiência do leitor ao entrar em contato com uma vivência emocional da leitura. A história segue se desdobrando e permanece viva no leitor, no analisando e no analista, os personagens da cena analítica vão sendo criados e recriados no texto do teatro analítico, vida afora.

Bion sempre incentivou os analistas a cultivar e manter um acervo cultural para enriquecer suas experiências clínicas. Preconizava que só assim chegassem com seus analisandos em camadas profundas de suas mentes, a locais onde abrigariam os elementos mais conflitantes da realidade psíquica.

Faço votos de que esta seja uma leitura fértil, especialmente para os jovens analistas e aqueles em formação, pois eles têm, diante de si, um universo de potencialidades, ao qual estes “modelos” clínicos, humildemente descritos no texto, podem ser fonte de inspiração no eterno vir a ser de um psicanalista.

Martha Maria de Moraes Ribeiro, 15 de janeiro de 2021

## 2. As duas margens do rio: considerações psicanalíticas sobre o fenômeno e a clínica psicossomática<sup>1</sup>

*Se quer seguir-me, narro-lhe; não uma aventura, mas  
experiência, a que me induziram, alternadamente,  
séries de raciocínios e intuições. Tomou-se tempo,  
desânimos, esforços. Dela me prezo, sem vangloriar-me.  
... a vida consiste em experiência extrema e séria; sua  
técnica exige consciente alijamento,  
e despojamento de tudo que obstrui o crescer  
da alma, o que a entulha e soterra.*  
– João Guimarães Rosa, “O espelho”

Minha experiência clínica está ligada primeiro à vivência como médica, depois como psicanalista.<sup>2</sup> As raízes perdem-se no acervo de conhecimentos que venho desenvolvendo através da minha própria

---

1 Artigo publicado em 1997 no *Jornal de Psicanálise* (vol. 30, n. 55/56, pp. 339-57).

2 Antes de dedicar-me exclusivamente à clínica psicanalítica, tive a oportunidade de trabalhar por vários anos como clínica geral e endocrinologista, tratando de pacientes que, em grande parte, já haviam passado por outros clínicos que me encaminhavam as pessoas consideradas pacientes “somatizantes” e “difíceis” de tratar.

vida. Existem invariáveis características, singulares, que marcam cada ser humano como único, no tempo e no espaço, e infinitas variáveis que tornam difícil apresentar uma visão retrospectiva em relação a uma experiência que está sempre se renovando, num fluir constante. Nenhum homem, disse um dia o filósofo Heráclito, consegue banhar-se duas vezes na mesma água do rio, porque o homem muda a cada momento, e sempre será uma nova água a correr.

Trarei aqui alguns conceitos que aprendi das ricas fontes do “húmus” psicanalítico, tentando transmiti-los da melhor forma que puder, adaptando-os à minha forma de ser, com a finalidade de expandir meu pensar e transmitir uma experiência vivida, esperando que o leitor possa acompanhar-me e desenvolver reflexão crítica.

Ao atravessar o rio de uma margem à outra, encontrei, na formação para o exercício da Medicina, um abismo profundo em dois campos diferentes: em um havia a visão do corpo ocultando o psiquismo; em outro, a visão do psiquismo ocultando o corpo. Antes o aprendizado enfatizava técnicas predominantemente somáticas, ocultando parte da complexa realidade do homem, que é sempre atingido pela dor no corpo e na mente, em todas as situações da vida.

Quer se tratando de sua expressão física ou psíquica, a dor humana, com seu caráter inefável, é a ponte privilegiada que propicia a ligação entre o soma e a psiquê, ou corpo e mente. É a forma mais arcaica de comunicação humana e, em geral, o que leva a pessoa a procurar cuidados.

Embora Freud (1900/1996) tivesse privilegiado, a partir de sua autoanálise, os sonhos como a via régia de acesso ao inconsciente, foi por meio da linguagem corporal (não verbal) de suas pacientes históricas que ele penetrou nas motivações inconscientes do conflito psíquico. Posteriormente, outras vias de acesso foram privilegiadas sobre o processo analítico, sobressaindo-se as associações livres e as manifestações transferenciais.

Ao longo da evolução da teoria e da técnica psicanalítica, os sintomas deixaram de ser priorizados como sinalizadores dos processos mentais inconscientes. Gradativamente, a escuta psicanalítica da grande maioria dos autores desinteressou-se de decifrar códigos de expressão somática, alegando que quem somatiza tem, como base de sua doença, um déficit ou falha da função simbólica.

A partir de Groddek (1927/1977) e outros autores, temos um retorno às descobertas de Freud, acreditando ser a doença uma forma de linguagem, com inscrição de manifestações somáticas correlacionadas às manifestações psíquicas.

McDougall (1978/1983a) afirma que o psicossoma funciona como um todo. Assim, a dor, surgindo em um compartimento, inevitavelmente provoca algum efeito no outro. Entretanto, nem sempre as exteriorizações de tais dores são acessíveis à nossa observação. A potência da mensagem transmitida poderá ser maior na sua expressão somática ou na sua expressão psíquica, dependendo do terapeuta que irá decodificar sua linguagem. O registro de sensopercepção do psicoterapeuta ou do médico clínico funcionará como seu instrumental de captação.

Hoje se acredita que todas as manifestações de fenômenos vitais são psicossomáticas. Enquanto se pesquisava nessa área, buscando relações de causa e efeito ou fatores etiológicos, persistiu-se contrapondo o físico ao emocional, o orgânico ao psíquico. A busca de significado e de nomeação das emoções norteia a pesquisa atual, que conduz à importância da complexa questão ligada à simbolização.

A capacidade de simbolizar é a marca distintiva e específica da condição humana. Os símbolos permitem uma evolução do ser humano no sentido de poder conceituar, generalizar, abstrair e expandir o pensar. São os símbolos que permitem que um todo seja reconhecido nas partes que se fragmentaram e também que de um todo venha a se reconhecer as partes cindidas.

Os pacientes que adoecem e são difíceis de abordar do ponto de vista psíquico têm sido estudados na escola francesa por Marty e M'Uzan (1963/1994), que os identificam como portadores de “pensamento operatório”.<sup>3</sup> Na escola inglesa, Nemiah e Sifneos (1970) classificam os mesmos pacientes como “alexítmicos” – pessoas com dificuldades de expressar afetos e sentimentos ou de expor sobre sua vida emocional. Esses pesquisadores chegaram a conclusões semelhantes ao observarem que tais pacientes são portadores de déficits ou de falhas na função de simbolização e, conseqüentemente, têm uma vida de fantasia empobrecida, com investimentos libidinais e relações objetais também empobrecidas, sobrecarregando a via somática nas situações conflitivas a que todos estamos sujeitos como seres humanos, predispondo-os às doenças e aos sintomas psicossomáticos.

Ligando esses fatos, estudiosos dos fenômenos psicossomáticos, como Chiozza (1988) e Zusman (1991), demonstraram o nível sîgnico e simbólico das comunicações dos pacientes. Afirmam em seus escritos que a doença psicossomática se manifesta nos níveis sîgnico e simbólico. Os sintomas, na semiologia médica, são acontecimentos referidos pelo paciente na anamnese e, portanto, pertencem à área simbólica. Os sinais das doenças são notações somáticas (icterícia, anemia, cianose), portanto pertencem à área sîgnica.

A possibilidade de passagem da manifestação sîgnica para a manifestação simbólica para expressar um mesmo fenômeno vital

---

3 McDougall (1978/1983b), em seu artigo “O antianalisando em análise”, classifica certos analisandos como robôs. São pacientes que fazem uma transferência operatória em que os afetos transferenciais são raramente expressos, e a agressividade tão livremente dirigível às pessoas com quem convivem não transparece durante a análise. Segundo a autora, tais pacientes são diferentes dos inanalísáveis clássicos, ou daqueles que não toleram a frustração e batem em retirada diante da primeira eclosão de afetos transferenciais. Eles apresentam uma forma de inércia que ameaça constantemente a seqüência da investigação analítica.

não é uniforme em todos os seres humanos, como afirma Zusman (1991). Assim, os pacientes com pensamentos operatórios, os alexitímicos, as mentes primitivas, os psicossomatizantes, podem ter uma predominância do fenômeno sígnico, o que não exclui que tenham pensamentos simbólicos, embora nesses casos estes se apresentem empobrecidos.

Azoubel Neto (1993), ao diferenciar os níveis sígnico e simbólico da experiência, demonstrou que, para algumas mentes primitivas, a dor mental é tão grande, para um ego tão rudimentar, que elas necessitam de uma ação sobre o corpo. Estudando o comportamento dos índios carajás em face da dor do luto pela perda de familiares, o autor observou que eles se mutilavam nessas situações, fazendo cortes em seu próprio corpo. Concluiu ele que o sentir, nessas mentes primitivas, está sob a hegemonia física, sensorial. É preciso produzir uma agressão corporal para evidenciar que a dor é mental. Há predominância da manifestação sígnica sobre a manifestação mental ou simbólica.

Há pessoas que têm um ego desenvolvido, mas fazem um *splitting* entre a parte não psicótica da personalidade, que evolui livremente, e outra parte que corresponde a um ego corporal que somatiza como defesa contra angústias psicóticas. Tais pessoas permanecem temporariamente em nível de manifestação sígnica para evitar uma dor mental intensa e desconhecida.

Indivíduos portadores de asma brônquica exemplificam o que descrevi: são pessoas em que a expulsão de ar pelos pulmões está prejudicada e, por isso, vão retendo secreções tóxicas. Seu corpo envia mensagens predominantemente sígnicas quando, no decorrer da doença, ocorrem cianose na pele, dispneia, tosse, face de medo, de pânico. Tais mensagens são de ordem pré-simbólica, enviadas pelo psiquismo, quando o indivíduo se sente ameaçado pelo reaparecimento de acontecimentos dolorosos, ameaçadores, fóbicos,

geradores de culpa, cuja representação é lançada fora do consciente. Paradoxalmente, embora tais reações possam pôr em risco a vida do indivíduo, a doença física destina-se a proteger a pessoa de um dano psíquico inominável.

É dentro dessa visão que McDougall (1978/1983a) afirma que “através de mecanismos de clivagem, projeção e expulsão para fora da psiquê, o espírito humano é capaz de esquivar-se, negar, ou mesmo, destruir todo vestígio de representação do fenômeno perceptivo da sensação dolorosa, desarticulando, assim, a unidade do psicossoma” (p. 156).

Encontrei acolhimento para observações clínicas em um trabalho de Montagna (1996), quando este sinaliza sobre certos pacientes portadores de angústias psicóticas e narcísicas severas que, não sendo contidas em nível mental, irão se expressar somaticamente. Eles interpõem entre o psiquismo e o soma um “espaço estéril” no qual ocorrerão manifestações corporais. Diz o autor que tais espaços correspondem às áreas alexitímicas e operatórias da mente que se expressam em determinadas circunstâncias, quando sentimentos não suportáveis serão eliminados dos níveis conscientes.

Com o desenvolvimento da técnica psicanalítica para tratamento de pacientes psicóticos, foi possível retornar a Freud (1895/1996), que descobriu o inconsciente por meio da linguagem do corpo nos históricos. A linguagem dos psicóticos, dos psicossomatizantes, é a linguagem de estados primitivos da mente; é a linguagem que traz diariamente aos nossos consultórios as comunicações verbais e não verbais que necessitam ser compreendidas, correlacionadas e simbolizadas.

Dentro da experiência clínica, há um grande valor na comunicação entre paciente e médico, terapeuta ou analista. Melanie Klein (1946/1982) conceituou duas posições básicas: esquizoparanoide e depressiva, abrindo caminho para o entendimento das ansiedades

esquizoides, persecutórias e depressivas. Ansiedades persecutórias são comuns nos psicóticos, psicossomatizantes, esquizofrênicos, e identificam-se com os mecanismos que ameaçam fragmentar o ego. Assim, nos indivíduos com ansiedades persecutórias, ocorrem processos de *splitting* e projeção do ego para dentro do objeto, por meio do mecanismo que M. Klein denominou de identificação projetiva.

Bion (1955/1969) expandiu o conceito de Melanie Klein (1946/1982) sobre *splitting* e identificação projetiva, baseando-se no fato de que, se existe uma projeção por cisão do ego, deverá haver um objeto para o qual esta se destina. Surgiu, depois, a noção de continente com rêverie, que aguarda e se propõe a receber e acolher as identificações projetivas para re-significá-las e transformá-las (Bion, 1962/1994).

A passagem do fenômeno pré-verbal ou pré-simbólico (elementos concretos ou coisas em si) dos pacientes psicóticos, limítrofes, psicossomáticos, para o pensamento simbólico (que contém a ausência, o vazio) necessita de alfabetização dos dados da experiência emocional que se fará dentro do campo transferencial, usando a linguagem de Grotstein (1981). Tal operação ocorre por meio da função alfa, estudada por Bion (1962/1994), que conecta sensações providas dos órgãos dos sentidos com as emoções que essas percepções sensoriais evocam, e integra os objetos sensoriais com as emoções por eles estimuladas. Agindo sobre as experiências sensoriais, a função alfa liga o mundo externo ao interno, transformando-as em elementos alfa. Esses elementos unidos formarão a barreira de contato que é o limite entre o consciente e o inconsciente. Elementos alfa servirão para a estruturação do pensamento, tanto em vigília quanto durante o sono.

Transcrevo um exemplo do cotidiano que ilustra a passagem do fenômeno pré-verbal ou pré-simbólico para pensamento verbal<sup>4</sup> ou

---

4 Segal (1981/1983) afirma que os símbolos são necessários não só para a comunicação com o mundo externo, mas também na comunicação interna. A capacidade

simbólico por meio da função alfa: diferentemente de outras formas de simbolismo inconsciente, a “fala” tem que ser aprendida. Sob o vértice da relação continente-contido, por exemplo, uma criança pode ter um doloroso espasmo muscular. A mãe (continente) nomeia: “Isso é câibra”. Tal alfabetização da dor fornece a palavra que, ligada à experiência, inscreve-se em nível mental e passa a ser simbolizada. O ato de nomear circunscreve o fenômeno, fornecendo um continente à criança, que poderá internalizá-lo, verbalizar e conter a dor, quando esta ocorrer novamente.

A elaboração das experiências de desencontro com o objeto de frustração ou de dor mental são indispensáveis à vida humana, podendo seguir dois caminhos em relação ao desenvolvimento psíquico:

1. Se o ódio resultante da frustração pelo objeto ou se a dor mental não forem excessivos à capacidade do ego de suportá-los, o resultado será um sadio rumo à simbolização, à formação do pensamento, por meio do que Bion denominou de “função alfa”.
2. Se o ódio ou a dor mental forem excessivos, os protopensamentos são deformados, o que Bion denominou de elementos beta. São experiências sensoriais muito primitivas que adquirem uma natureza concreta porque não puderam ser pensadas. Eventualmente, aguardam a possibilidade de re-significação. Tais elementos tornam-se aglomerados, e seu conjunto formará a tela beta.

Bion (1962/1980) demonstrou que há situações em que a função alfa é deficiente ou falha. Nessa situação, os dados da experiência emocional não serão alfabetizados e haverá prevalência de elementos beta ou de elementos de concretude do mundo sensorial. Essa teoria dá suporte para as comunicações dos pacientes alexitímicos, dos

---

de comunicar-se consigo mesmo usando símbolos é a base do pensamento verbal. Nem toda comunicação interna é pensamento verbal, mas todo pensamento verbal é uma comunicação interna por meio de símbolos, palavras.

portadores de pensamento operatório e dos psicossomatizantes de difícil alcance pela técnica psicanalítica clássica.

A ideia de que o fator somatizante dos psicossomáticos seja decorrente de um déficit ou falha na função simbólica não explica a ocorrência de frequentes somatizações em pacientes nos quais a função simbólica está não só preservada, mas até mesmo bastante desenvolvida. Essa questão é intrigante. Entretanto, a teoria da reversão da função alfa, descrita por Bion (1962/1980), veio lançar novas luzes. Assim, diante de estímulos fortemente dolorosos, a função simbólica começa a se processar, porém, ao enfrentar a dor psíquica intensa, ela recua e produz elementos beta, que retornam com traços de ego e superego, ficando acumulados. Tais elementos agem no sentido de se livrar das experiências sensoriais ou dolorosas que não puderam ser digeridas ou pensadas, buscando alívio imediato e onipotente, por meio dos seguintes caminhos:

1. Sob forma de alucinações ou delírios, à custa da expulsão de tais elementos, por meio de identificações projetivas na realidade externa.
2. Sob a forma de *actings*, por meio da atividade muscular.
3. Como doenças e sintomas psicossomáticos quando a evacuação se faz em direção ao corpo.

Em 1989, Meltzer, descrevendo o modelo da mente, afirmou que a melhor concepção teórica para o entendimento dos fenômenos psicossomáticos é a que Bion propõe sobre a evacuação dos elementos beta ou de seu conjunto para o corpo, estruturando, assim, os sintomas psicossomáticos.

Nas vicissitudes dessa viagem de uma margem para a outra do rio – ou no caminho corpo → mente, ou ainda Medicina → Psicanálise, que percorri –, fui adquirindo experiências e compreensão dos fenômenos psicossomáticos. Com fins didáticos ou de praticidade,

explícito aqui as duas margens pelas quais naveguei, trazendo casos clínicos que me facilitaram ilustrar essa travessia.

### *A primeira margem do rio: a Medicina*

Bion (1970/1973) diz que o médico, ao examinar um paciente, usa seu equipamento sensorial – “o ouvir”, “o ver”, “o tocar” e “o cheirar” –, e que os psicanalistas podem fazer isso com a intuição. Entretanto, os poetas, os linguistas e os estudiosos de semiótica nos ensinam que existem palavras tão amplas e ricas que também podem transmitir o “ouvir”, o “ver”, o “cheirar”, o “tocar”..., levando ao “sentir”, aos significados e ao entendimento de dores e emoções.

Etimologicamente, médico clínico é aquele que “se inclina”, que “cuida”, que “ouve” sobre a dor humana, e isso está relacionado com a função de continente com rêverie, como descreve Bion (1962/1980).

Como médica clínica, fui crescentemente despertada pela observação dos processos psíquicos e somáticos ocorrendo em um mesmo fenômeno vital. Tal percepção me levou à conscientização da formação psicanalítica da personalidade em desenvolvimento.

A ciência psicanalítica é a ciência dos afetos humanos que se dedica à dor mental. A dor humana é, portanto, o referencial que aproxima essas duas profissões, porque a dor, na sua expressão física ou psíquica, é a ponte que propicia a ligação entre o soma e a psiquê, ou corpo e mente, sendo a forma mais arcaica de comunicação. A mensagem poderá ser maior na sua expressão somática ou na sua expressão psíquica. Caberá ao terapeuta decodificar sua linguagem e abordá-la.

No campo pertinente à análise, a percepção e ausculta de uma mensagem de dor transmitida variam de analista para analista, de analisando para analisando e entre o par analista e analisando, além de variar conforme o momento na análise.

## *Experiências vividas com pacientes que atravessaram comigo as duas margens do rio:* *Medicina – Psicanálise*

Alguns pacientes que atendi como médica clínica, depois de um certo tempo, voltaram a procurar-me em busca de análise.

Algumas situações clínicas descreverei a seguir:

### **Caso A – A poetisa atendida pela médica clínica**

Um dos casos clínicos que tratei refere-se a uma senhora idosa. Acompanhei-a como médica clínica durante oito anos. Foi casada e viveu com seu par um amor maduro e verdadeiro, ou seja, viveu uma grande paixão no sentido exato da palavra.

Era septuagenária e foi uma pessoa que durante toda a vida sofreu de males que afetaram seu físico e seu psíquico. Na primeira infância teve febre tifoide e sobreviveu. Seu intestino passou a ser o órgão receptor de todos os seus males. Era portadora da síndrome do cólon irritável: tinha cólicas abdominais frequentes, relacionadas com crises de diarreia intercaladas com crises de constipação intestinal, agravadas por uma alergia alimentar e medicamentosa. Com o passar da idade, foram-lhe aparecendo fenômenos de arritmia cardíaca por miocardioesclerose, que, ao serem desencadeados, levavam a paciente a correr riscos de vida.

Durante um período de tratamento, houve grande melhora clínica, e sua veia poética foi aflorada. Ela começou a fazer poesia. Os melhores poemas seu orgulhoso marido levava para serem publicados no jornal de maior circulação da cidade. Havia quase sempre uma publicação semanal.

Certo dia, fui chamada à sua residência em caráter de urgência. Encontrei-a em franca crise de diarreia, desidratada, com cólicas

intestinais, enjoos, vômitos, fibrilação atrial e com sensações de que iria morrer. Com esse quadro clínico, fiz uma investigação e não encontrei nenhum agente tóxico, infeccioso ou alérgico que pudesse ter desencadeado o processo. Tomei as medidas clínicas necessárias, como hidratação, uso de antiarrítmicos etc., e continuei ali, observando e conversando com ela e o marido. Quando ela e eu pudemos ficar a sós, soube que ela havia feito, na véspera, um poema que ela queria destruir. Queria que o marido queimasse o manuscrito porque, segundo a paciente, seus sintomas haviam sido desencadeados após ela ter criado aquele poema, de que ele gostara muito e insistia em publicar. Ela dizia que estava assim doente por castigo de Deus, por ter criado algo tão erótico. Pedi para ver o poema, que se intitulava “O amor não envelhece”, no qual ela, septuagenária, falava de amor, de paixão, de sexo, de vida! Fiquei encantada com o que li.

O poema, no caso dessa paciente, foi o veículo de explosão de sua sexualidade reprimida; foi o veículo de explicitação do relacionamento apaixonado que ela vivia com o marido.

Dentro da paciente, havia uma voz que dizia: “Sexualidade de velho não existe! Não pode ser publicada! Não se publicam os segredos de alcova de um casal!”.

E de outro vértice ela ouvia: “Publica! É verdadeiro o que você escreve, publica sim!”.

E o conflito veio: “Se publico, vou me entregar! Se publico, vou me expor! A sociedade iria me ironizar!”.

Esse material clínico, escrito há vários anos, despertou-me muitas inquietações. Estudei-o inicialmente sob o vértice da Teoria Estrutural de Freud (1923/1996), destacando que a formação dos sintomas pode ser compreendida pelos mecanismos de defesa do ego. Somatizando, adoecendo fisicamente, a poetisa buscou soluções para o conflito. Transformando a dor psíquica em dores epigástricas,

alterações da motilidade intestinal, taquicardia, fibrilação (signos – elementos pré-simbólicos, não verbais), a paciente usou mecanismos de defesa, procurando aliviar a pressão do superego, demonstrando, assim, que boa parte dos sintomas entram na pauta de penitência e castigo (Ribeiro, 1985).

Ao conversarmos sobre esse episódio, em consulta médica domiciliar, compreendendo-a, pudemos juntas nomear suas dores, desfazendo o estado confusional de equação simbólica, semelhante ao que é descrito por H. Segal (1981/1983), de que escrever sobre sexo era como fazer sexo em público.

Agora, posteriormente, a título de exercício, usando o referencial bioniano para estudar essa vivência clínica, quero destacar o seguinte: a função alfa é a primeira que predomina no aparelho psíquico. Se bem-sucedida, tal função irá transformar as primeiras experiências emocionais em elementos alfa, e esses em pensamentos úteis. Conceituar, fazer poesia, criar, abstrair... representa evolução exitosa da função alfa.

A poetisa teve sua função alfa em funcionamento exitoso quando criou o poema, mas, ao enfrentar a dor mental e o conflito por se sentir exposta na sua intimidade, essa função recuou, produzindo elementos beta, diferentes dos elementos beta originais, por serem aderidos de vestígios de ego e de superego (Bion, 1962/1980). Tais elementos rumaram em direção ao corpo, transformando-se em sintomas psicossomáticos conforme a descrição que fiz.

Falando de outra maneira, a mesma pessoa capaz de fazer abstração e produção de poemas usando recursos criativos artísticos pode, dependendo do “quantum” de ansiedade insuportável, regredir à concretude de pensamentos e a outros fenômenos ligados à reversão dos elementos  $\alpha \rightarrow \beta$ . De um modo um tanto esquemático, se poderia correlacionar os fenômenos observados da seguinte maneira: estando tomada de angústia de conteúdos impensáveis, a poetisa

vivencia a invasão desses elementos não digeridos na direção do próprio corpo e somatiza.

### *A poetisa atendida pela médica psicanalista*

Essa poetisa desenvolveu, durante os anos em que a tratei clinicamente, um forte vínculo comigo. Assim, dois anos depois de minha mudança para a Psicanálise, ela veio procurar-me para tratamento, já com 77 anos. Situações de “catástrofe” antigas, ligadas agora à passagem do tempo, à finitude da vida, à morte, estabeleciam-se como fatos reais que puderam ser reabertos devido à profundidade da relação transferencial comigo e às regras do *setting* analítico que agora se fazia presente, como o número de sessões, o tempo de 50 minutos, horários, interpretação transferencial etc.

A analisanda aparentemente tinha um intenso “medo da morte” como um “fato em si”. Por isso, vivia doente fisicamente e em estado de depressão. Acentuaram-se tais sintomas com o passar da idade, quando as “marcas do tempo” começaram a se fazer presentes em seu belo corpo físico.

O medo de “morrer” não era simplesmente medo de morrer ou medo da morte como um fato em si. Seu grande medo era de “ficar sozinha”, medo da “solidão”, ou medo de perder seus objetos significativos que agora eram representados por mim, na transferência, pelo marido e pelos filhos na vida real, pois queria controlá-los para ficarem juntos de si para sempre. Morte, para ela, seria estar ausente, longe de quem lhe dava “segurança” e afetos.

A seguir, transcreverei uma sessão de análise para demonstrar a chegada a níveis mais profundos dessa mente privilegiada e criativa.

### *A sessão analítica*

O fato de conhecer-me anteriormente fez com que ela se lembrasse da data do meu aniversário. Ela entra para a sessão de análise

trazendo-me uma garrafa de champagne para que “eu tomasse com o meu marido”. O presente pode ser compreendido como expressão de um modelo de continente ↔ contido, com seu contido, o líquido, em turbulência.

Entregou-me o presente e, em seguida, começou a falar sobre um sonho que tivera naquela noite, dizendo estar “assustada” com ele.

No sonho, ela estava num velório...

Estava num velório de um tio, e o caixão estava num ponto estratégico da sala, atrapalhando as pessoas que circulavam em torno do falecido, e ninguém percebia isso... Ela percebeu e chamou alguém da família para juntos arranjar a posição do defunto, ficando mais fácil a visitação em torno dele.

A seguir, associou o seguinte: quando uma de suas irmãs morreu, ela estava no velório e sofria porque a irmã, em vida, era muito vaidosa e, morta no caixão, estava toda desarrumada. Quando chegou ao velório e olhou para aquela imagem da irmã no caixão, levou um susto: chamou outra pessoa da família e pediu ajuda para arrumá-la. Tiraram a faixa crepe que lhe envolvia o rosto, arrumaram o cabelo e colocaram um lenço no pescoço para que tivesse uma aparência melhor. Depois de todos esses feitos, a filha da falecida gritou-lhe: “Tia, deixe-a assim... deixe a mamãe assim!”. A lembrança desse fato a faz chorar quando recorda da situação vexatória pela qual passou quando essa sua irmã faleceu.

Minha rêverie, ou meus pensamentos-sonhos durante essa narração, diante dessa fala e ao receber o presente, evocaram-me “dia do aniversário” como “*cesura* do nascimento”. Ela convoca-me para “beber à vida”, mas, logo a seguir, algo se insinua dentro dela, e ela começa a falar sobre a “*cesura* da morte”. Fiz esta interpretação:

*A: A senhora vem comemorando a vida, trazendo-me uma garrafa de champanhe... lembrando de vida, de*

*comemorações, mas sua fala diz o contrário... fala só de morte...*

*P: É que eu tenho medo de morrer... de morrer, não, meu medo é de “ser enterrada viva”.*

*Sabe, Martha, o que eu temo mesmo é ser enterrada viva... Duas situações ocorreram-me e intensificaram esse medo: a primeira foi durante uma “reversão anestésica” quando eu ainda estava curarizada. Não podia mover nenhum músculo e ouvia tudo sem poder mover-me... E não podia abrir o olho, nem fazer sinal com a mão... Eu ouvia minha filha dizer-me: “Mamãe, acorda...” e eu não podia responder... Achei que aquilo era estar entre a vida e a morte. Outra situação ocorreu quando extraí as amígdalas, e o anestésico não pegou... As amígdalas foram arrancadas à força, e tudo ficou muito inchado, e eu não podia falar, nem me comunicar.*

Essa paciente vai trazendo elementos, e começa a se formar na mente da analista uma condição propícia para desencadear pensamentos-sonhos que chamamos de função de rêverie... Formou-se assim, em minha mente, uma imagem emotiva (um pictograma emotivo) naquele instante da sessão, ou um fotograma: lembrei-me dos bebês que ficaram “soterrados” no México após o terremoto e foram resgatados com vida após 15 dias soterrados porque eram bebês recém-nascidos.<sup>5</sup>

A partir dessa ideia, nesse momento da sessão, pude dizer que morte para ela significava uma não comunicação, era um estar infinitamente sozinha.

---

5 Os bebês prematuros e recém-nascidos possuem condições fisiológicas especiais que permitem a sua sobrevivência, do ponto de vista da respiração-circulação, de modo diferente do ser humano adulto.

Quando lhe contei a história que veio à minha mente sobre os bebês soterrados, coloquei-me junto dela, na transferência, dizendo ainda que nós, analistas, somos como os “bombeiros do México” – e que eu estava ali, junto dela, para encontrar vida... Ou resgatar, com ela, elementos para pensar sobre esses medos e compreendê-los, porque eu a sentia tão forte quanto os bebês e com muita força de vida para enfrentar suas dores e angústias.

Ela sorriu diante dessas colocações e disse-me que sabia que fora um bebê bem forte, e ia relatar-me uma situação que ocorrera em sua vida aos 3 meses de idade. Disse-me que nessa idade sua mãe não tinha mais leite de peito para amamentá-la. A família toda ficava procurando “amas de leite”, e qualquer leite que não fosse o materno não dava certo, aparecia intolerância com diarreias ou vômitos. Continuou dizendo que um dia experimentaram dar-lhe leite artificial, e ela desenvolveu, por isso, um abdome agudo, seu intestino ficou paralisado (íleo paralítico), e seus médicos diziam que ela ia morrer.

Disse-me que foi a avó materna quem a salvou dando-lhe para beber um óleo de oliva (contrariando as ordens dos médicos) e fazendo massagens no abdome. Soltou gases e fez excretações em abundância e curou-se.

Nesse momento, ela faz uma pequena pausa e fala que tem achado sua vida longa... pois tem jovens conhecidos seus que estão morrendo em idades prematuras. Então lembra-se de um conhecido recente, que faleceu de morte trágica aos 30 anos, e emociona-se. Digo a ela que sente que estou a seu lado, como a avó que salvou sua vida, mas que ela tem muito medo de me perder, medo de que eu morra antes dela.

Ao ouvir-me, ela ilumina seus lindos olhos azuis, o rosto fica mais corado, e ela passa a falar sobre outras lembranças da vida:

Mostra-me uma fotografia que estava em sua bolsa. A foto refere-se a uma festa em sua casa, onde ela era anfitriã. Estavam

comemorando o aniversário de 100 anos que seu sogro faria se não tivesse falecido! Havia na foto uma mesa e um buffet com lindas baixelas de prata. Ela está atrás do buffet (lindíssima, aos 50 anos), e ao seu lado está um homem, servindo a todos, com roupas de “chef” de cozinha; ela referiu-se a ele como um primo mais jovem que era alegre, que animava todas as festas da família, mas faleceu de acidente vascular cerebral (AVC) aos 64 anos.

Nesse contexto ela confirma minha interpretação e teme perder-me lembrando-se do “chef” que festejava a vida, já que esta é efêmera, e a morte é um fato que ocorrerá a todos nós, podendo acontecer-nos em qualquer idade.

Ela faz um pequeno silêncio e diz que sente estar incomodando-me com essas histórias tão pesadas... e começa a chorar ao lembrar-se de uma ocasião em que foi operada da vesícula e queria que eu a acompanhasse ao centro cirúrgico. Chegou a pedir isso ao cirurgião, mas ele não autorizou minha presença lá porque eu já não estava mais trabalhando como médica clínica (o que iria fazer num centro cirúrgico uma psicanalista?). Ela volta ao tema do medo de perder-me e perder-se sozinha (anestesiada – morta em vida).

A sessão encerra-se por aí.

### *Comentários*

O clima entre nós é de trabalho analítico. Bion, em seu trabalho com grupos, nos mostra que duas pessoas (♀♂) estão juntas para atender a suas necessidades emocionais, sendo essa uma cooperação diferente daquela do modelo cirúrgico, em que alguém fica passivo e a outra pessoa é que trabalha. Em análise trabalhamos juntos. Ninguém pode estar anestesiado, principalmente o analista.

De certa forma, essa analisanda tenta levar-me às lembranças de sua infância. Mas, logo no início, eu digo a ela que estamos juntas, e o sentimento mais importante na atualidade é o que está

acontecendo entre nós. A relação é comigo mesma... Se eu entrasse nas suas histórias vividas tentando descobrir somente o significado verbal, como nas técnicas anteriores, eu ficaria com essa analisanda num mesmo plano entretendo-me com verbalizações repetitivas.

A poetisa, a partir da metade de sua vida, passou a psicossomatizar com mais frequência. Suas doenças e sintomas (intestinais, colón irritável) eram provenientes de doenças curáveis... quando o intestino entrava em disfunção, como acontece na síndrome do colón irritável, ela tinha sempre alguém ao seu lado para curá-la... quando havia diarreia, vômitos, desidratação, anorexia, emagrecimento etc., ela fazia com que todos se “inclinassem” diante dela... e um soro, um antiespasmódico, um “alimento especial”, um “óleo de oliva”, junto com a presença “viva” de alguém que cuida com afetos, melhoravam seus sintomas. São, portanto, os “afetos”, junto com os medicamentos, os elementos que “curam” nesse nível.

Depois, logo depois, os sintomas reapareciam... e por quê? Porque a dor verdadeira não pôde ser pensada em profundidade para ser elaborada, transformada.

O que mais a médica psicanalista pode dar a essa analisanda que a mesma médica clínica não pôde?

Ocorre na análise um processo de “investigação a dois”, por meio das sucessivas experiências emocionais que vão dando significado profundo às dores mentais e colocando os objetos internos nos devidos lugares.

Em Psicanálise há grandes mudanças no atendimento: transformo-me, pela Teoria da Transferência de Freud, em um “objeto de grande significação” para essa analisanda, como são os seus objetos primários, dos quais ela dependia desde seus inícios, quando sentia ansiedades profundas, para sentir segurança e conforto psíquico.

Durante o processo analítico, se ela conseguir “introjetar-me” como um “bom objeto” nesse vazio escuro que lhe ocorreu desde

seus inícios, sua dor e seus medos irão mudar, e ela poderá ter um final de vida em clima de maior tranquilidade.

## Caso B

Inicialmente fui médica clínica dessa minha analisanda que citarei agora. Se eu fosse “abolir o tempo”, pensaria ser a situação psicossomática do bócio difuso tóxico ou doença de Basedow Graves o que a desestabilizou há 24 anos. Não havia contratos nem *setting* analítico, mas acredito que começamos desde aquela ocasião a abrir fatos psíquicos em parceria, mesmo por meio da Endocrinologia Clínica.

Portanto, durante 20 anos, essa pessoa viveu uma peculiar transferência comigo. Foi somente há quatro anos que se iniciou o trabalho analítico. Chamarei essa analisanda de C.

Quando ocorreu nosso primeiro encontro terapêutico há 24 anos, C., que já perdera o pai aos 5 anos de idade, havia perdido a mãe, concomitantemente ao nascimento de seu terceiro filho. A doença tireoidiana (hipertireoidismo) se apresentou com um quadro típico de doença consumptiva, muito resistente às drogas habituais, e seu tratamento clínico demorou aproximadamente um ano. A doença e os sintomas físicos desapareceram, mas C. telefonava-me com frequência durante esses anos, querendo conversar comigo. Tentei enviá-la a colegas psicanalistas, para análise, mas ela resistia sempre.

Anos depois, C. procurou-me para análise, porque havia sofrido um colapso (físico e mental), que foi contido pela análise. Ocorreu após a morte de três de seus irmãos, em praticamente dois anos (um de aids, um de suicídio e um de intoxicação por lítio, pois era esquizofrênico); e sua única irmã viva havia desenvolvido um câncer de mama. Questões de falha na sua função de continência à dor, necessidades de restauração e de possibilidade de luto, em outra etapa da vida, motivaram-na a procurar-me como psicanalista.

Nessa ocasião, ela estava em estado de depressão profunda, usando medicação psiquiátrica.

C. tinha 51 anos de idade e uma bela aparência física. Saudável, aparentava ter dez anos a menos. Esportista, vestia-se com roupas leves, embora predominantemente de cor preta; seus olhos eram verdes e profundos, e os cabelos, pretos. O marido era um empresário bem-sucedido, e contavam quatro filhos saudáveis.

A história de C. era pungente de realidade e dados históricos... e minha expectativa era a revivência desses fatos na relação comigo. C., então, poderia começar a pensar, enterrar os seus mortos, aprendendo a fazer lutos verdadeiros e conviver com os objetos vivos que têm para amar. Até então, vivia petrificando a vida, misturando objetos vivos e mortos, temendo muito a morte, aterrorizada com questões relativas à temporalidade, e principalmente com grande pânico pela ideia de adoecer.

Ocorria-me, ao tomar o caso de C. para análise, que sua relação comigo era antiga e intensa, com todo o colorido que Bion (1957/1994) descreveu como “transferência na psicose”. Surgiram-me, por isso, temores quanto à possibilidade ou não de ela vir a se enquadrar no *setting* analítico. Inicialmente ela provocava-me real compaixão por suas vivências históricas sombrias. Tomei-a para análise porque havia em mim um estado de compaixão madura, imaginando que C. pudesse conseguir ter para si um destino diferente dos seus antepassados.

Transcrevo uma sessão dessa época, numa segunda-feira; a primeira sessão após um feriado prolongado:

Chega 15 minutos atrasada com um papel nas mãos. Deita-se no divã, e percebo-a irritada (pelo jeito de entrar e cumprimentar-me).

Coloca um papel sobre as minhas mãos, dizendo-me: “Leia aqui, você deve entender, porque é letra de médico e vocês são todos iguais”.

Olhei aquele papel enquanto ela se deitava. Era um pedido de tomografia no qual um oftalmologista especificava o local exato em que ela teria que medir as câmaras do seu olho esquerdo. Percebi que ela queria que eu enxergasse e decifrasse esse termo: exoftalmia. Pensei que foi por causa “dessa palavra” que nos conhecemos há 24 anos...

Perguntei a ela o que significava aquilo, especialmente a exoftalmia.

*P: É isso mesmo, imaginei mesmo que você entenderia bem tudo isso [fala arrogantemente e não esclarece].*

Digo que, por meio daquele ato, estava querendo dizer-me algo... que deveríamos pesquisar. Ela responde-me:

*P: Já sei, acontecem muitas coisas, e eu acho que você anda “esquecida”... Vou me irritando com você. Por exemplo, você falou algo sobre meu pai na última sessão que eu não concordei. Você disse que eu me lembrava dele, e eu não me lembro nada! Ele morreu quando eu tinha 5 anos! Você está confundindo-me com outros analisandos seus... Tanta gente vem aqui. Isso também não é tão importante assim!*

*[Sentia-me atingida... Ela queria confundir-me, mas pude dizer-lhe:]*

*A: Você está irritada e confusa com seus pensamentos todos. Quer que eu a ajude a decifrá-los: há uma história sua com seu pai, e você coloca-me dentro dela; há uma história sua comigo, que começou quando você teve aquela doença na tireoide, há muitos anos.*

*[Ela continua polemizando:]*

*P: Você vê, Martha, o que é que tem a ver meu pai com o meu olho? Eu só não quero mais é somatizar. Detesto ser*

*portadora de algo que me deixa com aparência ruim. O olho é muito importante para mim. Fui ao cirurgião plástico, e foi ele quem viu primeiro essa posição do meu olho... e me mandou procurar um endocrinologista. Perguntei ao oftalmologista se isso tem a ver com o ressurgimento de uma nova crise de tireoide ou não. Ele respondeu-me que isso pode ocorrer sempre que a doença tireoidiana aparece como descompensação. Depois, perguntei se havia cirurgia para isso, ele disse que sim, e descreveu uma cirurgia que é cheia de riscos. Falou a seguir que meu caso não é complicado, que poderia ser resolvido com uma plástica no olho. Aí eu disse que isso eu não faria com ele, pois já tenho o “meu cirurgião plástico”.*

Era eu, na transferência, o objeto que ela queria atingir. Lembra-me da leitura de Caper (1999/2002) sobre “a patologia da receptividade” do analista quando este se identifica com as projeções do paciente. Isso ocorre porque o analisando, astutamente, manipula o relacionamento do analista com seus próprios objetos internos. A habilidade de C. estaria em querer inocular-me “o desejo de cura”, pois, anteriormente, conhecera-me como a “médica que cura”. Perguntei-lhe:

*A: Sua “exoftalmia” lembra-lhe o quê?*

*P: Lembra-me que há muitos anos procurei você, após o nascimento do A. [terceiro filho], e minha mãe havia morrido. Fiquei doente com hipertireoidismo, e você tratou-me pela primeira vez... Você se lembra? Cheguei com os olhos para fora da órbita, o coração muito acelerado, diabética, emagrecendo... e tinha três filhos pequenos. Nessa ocasião eu confundia o cansaço físico*

*com a doença... Sabe, Martha, eu não quero mais somatizar... Estou aqui há tanto tempo e quero que você ajude a minha mente a controlar meu corpo.*

*[Intervenho nesse momento, interpretando-a:]*

*A: Quando anteriormente você me procurou como médica, a ação dos medicamentos fez com que desaparecessem seus sintomas físicos. Imaginou-se “curada”. Depois ao procurar-me como psicanalista, imaginou que eu iria livrá-la para sempre de todos os seus males: “do corpo e da alma”. Isso a faz ficar decepcionada comigo.*

*[Ela confirma:]*

*P: Martha, fico com raiva de você, porque eu não quero “somatizar” nunca mais. Procurei você para me tratar daquela doença, e você me tratou. Agora voltou a mesma doença e me surpreendeu desse jeito. A diferença agora está em que eu percebo o início dos sintomas. Começou a crescer meu olho esquerdo, mas os exames laboratoriais e outros sintomas clínicos ainda não ocorreram. A diferença agora está em poder perceber-me e cuidar de mim, antes que aconteça o pior, ou que a doença avance. Vivi a vida inteira procurando alguém que tomasse conta de mim.*

*Quem tomava conta de mim era a R. (irmã mais velha), e eu sonhei com ela esta noite. Sonhei que estava com a R. num dos quartos da casa, e ela dormia. Estava linda... Mas dormia e roncava alto. Aí entra uma menininha de 3 anos com uma fraldinha na mão e cutuca R. E aí ela dá um ronco mais alto, e eu acordo. Olho para o lado, e era meu marido que estava roncando. Precisei ir dormir em outro quarto, sozinha.*

*[Termino a sessão dizendo:]*

*A: Você sonha estar ainda pequenina e sozinha. Ao sentir que “tomo conta” de você de uma forma bem diferente, ajudando-a a pensar, isso vai fortalecendo-a e tornando-a independente de mim e de quem quer que esteja ao seu lado. Todo esse barulho que percebe como ronco, na sessão hoje vem acordá-la para a realidade, porque agora você começa a pensar e perceber o início dos seus sintomas. Poderia sentir-se mais equipada para viver...*

A Medicina como profissão, para a analista, fora anteriormente um bom objeto interno. A Psicanálise hoje é quem ocupa esse lugar. A analista tem conhecimento desses fatos.

“Medicina cura? Psicanálise não cura?”, pergunta essa analisanda diante da peculiaridade dos acontecimentos históricos que tem vivido.

A “Psicanálise”, estabelecendo-se como um bom objeto interno da analista, permite-lhe identificar as projeções da paciente como objetos de seu conhecimento, e só assim poderá interpretar. A interpretação identifica o analista como um ser separado, o que faz a analisanda perceber que ele possui um forte elo de ligação com seus próprios objetos internos, e também que esses objetos não foram transformados em “objetos de fantasia” (Strachey, 1934).

Quando C. começa a perceber que há diferenças entre a médica que a cura e a médica que a analisa ajudando a pensar, a preencher seus vazios, ela começa a compreender a grande diferença que há entre curar um paciente e analisá-lo.

O analista que está tentando “curar” o paciente estaria desempenhando o papel de superego arcaico deste, fazendo-o sentir que alguns dos seus relacionamentos com objetos internos são “bons”, e outros são “maus” e precisam ser alterados.

A análise consiste em interpretar descrevendo os relacionamentos do paciente com seus objetos internos, sem tentar alterá-los, dando autonomia para que o analisando os altere, se quiser ou se puder fazê-lo. Somente assim cada um terá “uma mente própria” (Caper, 1999/2002).

Pensando na relação histórica dessa analisanda comigo, percebo que anteriormente a tratei de uma doença física (hipertireoidismo) na qual seu corpo concretamente perdia “matéria-prima”, pois os hormônios tireoidianos em excesso queimavam gorduras e proteínas, danificando a integridade e a estrutura física do corpo. Atualmente, se a relação continente-conteúdo com rêverie não for eficaz, ou se as identificações projetivas forem excessivamente violentas (micro-momentos psicóticos violentos), ela poderá perder matéria-prima da mente, ou perder chances de transformar suas emoções brutas (elementos beta) em elementos do pensamento (elementos alfa). Alucinações, delírios e somatização são transformações projetivas, que procuram quem pense o que não pode ser pensado (Bion, 1962/1980, 1962/1994).

### *A segunda margem do rio: a Psicanálise*

Acredito que foram minhas origens como clínica médica, que trouxeram ao meu consultório muitos analisandos sofrendo de transtornos do pânico,<sup>6</sup> que me ajudaram a realizar e sedimentar

---

6 “Pânico vem do prefixo grego ‘pan’, que significa ‘todos’. ‘Pânico’, então, significa ‘todos os medos’. ‘Medo’ ou ‘fobia’ podem ter o mesmo significado. A palavra ‘phobia’ vem de ‘Phobos’, nome de um deus da Grécia Antiga, filho de Ares e Afrodite, que era a personificação do medo. Phobos acompanhava seu pai, Ares, o deus da guerra, em todos os campos de batalha” (Martinez et al., 1985, p. 262, tradução livre).



Extraído das “*ricas fontes do húmus psicanalítico*”, como propôs a autora, temos em mãos um livro eminentemente de clínica e investigação de fenômenos psicanalíticos.

A cada capítulo é desvelada a maturidade estética e científica da autora, com suas fascinantes histórias de vivências em sala de análise, a nos conduzir a novas dimensões de conceitos garimpados da obra de Bion.

De forma pioneira, por meio da compreensão de suas **premonições**, a autora se debruça sobre a distinção entre **rêverie benigna e hostil**, ampliando de forma inédita a noção de **rêverie hostil**, ao tratar de analisandos imersos em redes de amargura e ressentimentos.

Na leitura, torna-se evidente a ampla capacidade sonhante de Martha, sustentando fina captação de movimentos emocionais do par analítico.

*Ana Márcia V. Paula Rodrigues*

PSICANÁLISE

ISBN 978-65-5506-353-0



9 786555 106353 0



[www.blucher.com.br](http://www.blucher.com.br)

**Blucher**



Clique aqui e:

[VEJA NA LOJA](#)

## Rêverie hostil, premonições na experiência analítica e textos selecionados

---

Martha Maria de Moraes Ribeiro

ISBN: 9786555063530

Páginas: 360

Formato: 14 x 21 cm

Ano de Publicação: 2023

---